TÜRK PLASTİK
REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK
CERRAHİ DERNEĞİ
1961

42. Ulusal Kurultayı

22-25 Ekim 2020

TValör On-line Toplantı Platformu üzerinden canlı yayın

Bildiri Özetleri Kitabı

ANA SPONSOR

ETHICON PART OF THE Johnson&Johnson FAMILY OF COMPANIES | Shaping the future of surgery

ALTIN SPONSOR

mim grup | Motiva implants

ALTIN SPONSOR

sanovis Official Partner of POLYTECH | POLYTECH

GÜMÜŞ SPONSOR

doğsan cerrahi dikiş malzemeleri

www.plastikcerrahi2020.org

Değerli Üyeler,

21-25 Ekim 2020 tarihlerinde Antalya'da düzenlenmesi planlanan 42. Ulusal Kurultayımızın, Covid-19 salgın süreci içinde yapılan anket sonuçları ve sizlerden gelen geribildirimler doğrultusunda 22-25 Ekim 2020 tarihlerinde SANAL KURULTAY olarak yapılmasına karar verilmiştir.

Sanal Kurultayımızda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahinin tüm ana başlıklarına mümkün olduğunca yer vermeye çalışacağız. Ülkemizden ve yurtdışından yetkin ve deneyimli konuşmacıların yer alacağı Kurultayımızda bilimsel içeriği duyurucu bir program yapmayı hedefliyoruz. Sanal Kurultayımızda ilk gün kurslar düzenlenecek; sonraki üç gün ise normal kurultay programı gerçekleştirilecektir. Sanal Kurultayın daha yoğun bir şekilde takip edilebilmesi amacıyla bir kanaldan yani tek salon üzerinden yayın yapılacaktır. Serbest bildiriler ilgili oturumlara eklenecektir. Programda uydu sempozyumlara da yer verilecektir. Kurultayın online yapılması nedeniyle bu yıl maalesef uzman ve asistan yarışmaları yapılmayacaktır. Genel hatlarıyla belirlediğimiz programın oluşturulması amacıyla Derneğimizin çatısı altında yer alan Çalışma Kurullarımızla birlikte yoğun bir şekilde çalışıyoruz.

Son yıllarda giderek artan çalışma temposu, ekonomik koşullar ve şehirlerarası seyahatler nedeni ile bilimsel toplantılara zaman ve para ayırmak giderek güçleşiyordu. Sanal toplantılar bu olumsuzlukları ortadan kaldırdığından toplantılara katılımın arttığını da görmekteyiz. Ancak biz yine de bir an önce hep birlikte bir arada olacağımız toplantı ve kongreler düzenlemeyi ve katılmayı arzu ediyoruz.

Tüm dünyada olduğu gibi biz de özel bir dönemden geçiyoruz. Bu dönemin hepimize getirdiği olumsuzlukları ve zorlukları göz ardı etmemiz mümkün değil. Bu zor dönemde siz değerli üyelerimizden Derneğimize desteğinizi ve Kurultayımıza katılımınızı daha yoğun olarak bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Dr. Sühan Ayhan
TPRECD Başkanı

Dr. Şükrü Yazar
Bilimsel İşler Sorumlusu

TPRECD Yönetim Kurulu

Başkan
Dr. Sühan Ayhan

Başkan Yardımcısı
Dr. Selahattin Özmen

Genel Sekreter
Dr. Özay Özkaya

Sayman
Dr. Gaye Filinte

Bilimsel İşler Sorumlusu
Dr. Şükrü Yazar

İnternet ve Bülten/e-Dergi Sorumlusu
Dr. Zekeriya Tosun

TTB-Tarihçe ve Üyelik Sorumlusu
Dr. Burak Kaya

SÖZLÜ SUNUMLAR

SB-01
Ultrasonik kavitasyon ve kryolipolizin abdominal yağ dokusuna etkisi: In-vitro ve in-vivo araştırma

Ali Gökkaya
Bolu Abant Izzet Baysal Universitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Yağ dokusunun noninvaziv olarak eritilmesi için ultrasonik kavitasyon (UC) ve kryolipoliz (C) yöntemleri kullanılmaktadır. Bu iki yöntemin hem ayrı ayrı kullanımı hemde birlikte kullanımı mümkündür. Çalışmamızda kryolipoliz cihazı ile ciltaltında elde edilen soğutma miktarını in-vitro ortamda objektif olarak ölçtük. Çalışmanın invivo kısmında ultrasonik kavitasyon (UC) ve kryolipoliz (C) birlikte kullanımı ile ble çevresinde elde edilen incelme oranını ölçtük ve alınan biopsilerle histopatolojik sonuçlarını değerlendirdik.

Materyal ve Metod

Invitro: Kryolyposis cihazı tarafından yağ dokusu üzerinde oluşturulan soğutma derecelerini invitro olarak ölçtük. Bu işlem için abdominoplasti operasyonu sırasında elde edilen 8 farklı cilt ve yağ dokusunu içeren surplus fresh abdominal doku kullanıldı. Cilt üzerindeki ve içindeki ısılar ölçüldükten sonra kryolipolysis cihazının başlığı bağlandı ve soğutma uygulaması sırasında cilt ve yağ dokusu içinde sağladığı ısı düşüşü ölçüldü. Isı ölçümü 3 ayrı yöntemle yapıldı; cilt üzerinden doğrudan infrared/lazer termometre ile, cilt üzerinden termal camera ile ve cilt insize edilip, cildin yağ tabakasının içinde 0,5 cm, 1 cm, 1,5 cm ve 2 cm derinliklere yerleştirilen ısı probeları ve bağlı oldukları kaydedici cihaz ile yağ tabakasında oluşan ısı değişiklikleri ölçüldü.

Invivo: 12 gönüllü üzerinde ultrasonik kavitasyon ve kryolipoliz kombine olarak karın bölgesinde uygulandı. Uygulama Protokolü: Bel çevresi ölçüldükten sonra 4 günde bir olmak üzere 6 seans UC ve son seanstan 4 gün sonra 1 seans kryolipoliz olarak uygulandı. 1hafta sonra yağ dokusundan iğne biopsisi ile biopsi alındı, 6 hafta sonra kontrolde bel çevresi ölçümü yapıldı. UC uygulamaları 40 dk süre ile 28/40 KHz combine frekansa sahip UC başlığı ile uygulandı. Kryolipoliz bölgeye her bir alan için 20 dk süre ile cihaz ısısı -10 C ye ayarlanarak cilt yüzeyinde ısı 0-4 C arasında olacak şekilde uygulandı. Uygulama sırasında cildin yüzeyel ısısı cihazın ölçümleri dışında verifiye etmek için dışardan IR/Laser thermometre ile ölçüldü. Biopsiler true-cut kalın iğne biopsisi ile alındı. Parçalar histopathologic inceleme yapıldı.

Sonuçlar: UC ve kryolipoliz kombinasyonunun bel bölgesnde incelme sağladığı gözlemlendi. Bel çevresinde 5-13 cm (mean 9 cm) incelme sağlandı. Biopsilerde nekrotik yağ dokusu ile karşılaşıldı.

Tartışma: UC ve kryolipoliz non-invaziv zayıflama tekniklerinde kullanılan önemli armatürleridir. Diğer yöntemlerle kombine edilerek veya yalnız olarak günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Cihazların ana özelliklerinde fazla bir değişiklik olmamasına karşın güç, frekans, soğutma özelliklerinde, başlık sayılarında vb değişiklikler yapılarak yeni cihazlar armatüre eklenmektedir. Çeşitli cihazlarla birleştirlerek kombine cihazların sayısıda artmaktadır.

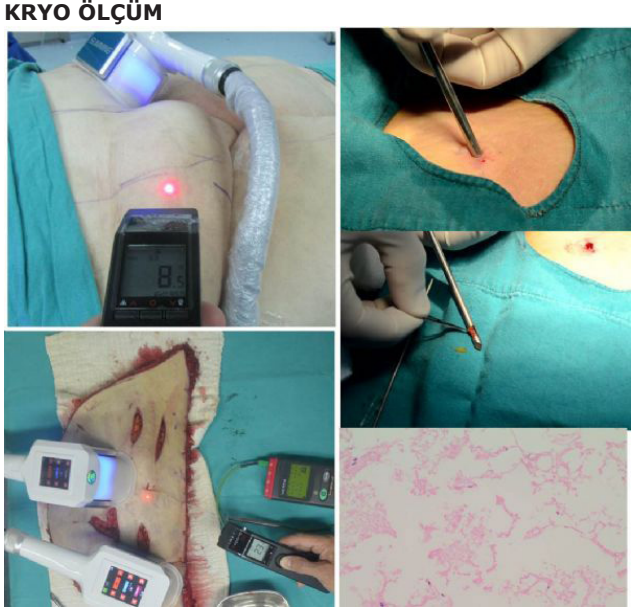
Çalışmamızın invitro kısmında ısı düşüsünde elde edilen değerlerin aktif dolaşımın olduğu canlı dokuyla bire bir örtüşmeyecektir, ancak çalışmamızda taze dokuda gösterdiğimiz ısı düşüsünün oranı ve derinliği tedavi prensipleri konusunda fikir vermektedir. Isı düşüşünün oluşturduğu etkiyi 5 dk içinde sağladığımızı göz önünde tutarsak 20 dakikalık seanslarda canlı dokuda benzer derecelere inebileceğini varsayabiliriz. Kryolipoliz hasta uygulamalarında değişkenler arasında sadece cihaz özelliklerinin değil aynı zamanda epidermisi donmaktan korumak için başka faktörlerinde yer aldığını belirtmeliyiz. Örneğin bazı cihazların başlık özellikleri nedeni ile tekstile antifriz koruculu membranlar kullanılmaktadır.

Ultrasonik kavitasyon ve kryolipolizi kombine kullanarak bel çevresinde ortalama 9 cm incelme elde ettik. Bu sonucumuz literatürde beklenen rakamlarla oranlıdır. Non-invaziv yöntemler cerrahiye alternatif olacak düzeyde değildir. Yağ dokusunun ultrason ile parçalanması ve kryolipoliz ile yağ hücrelerinin apopitoza gitmesi teorikte ve invitro çalışmalarda umut vericidir. Ancak dinamik ortamda teoride olduğu kadar yüksek bir performans elde edilememektedir. Bunun nedenleri arasında bireysel farklar, kullanılan cihazların farklılıkları söylenebilir, ayrıca her girişimin non-invaziv bile olsa sınırları ve riskleri vardır. İnvitro ortamda doku nekrozundan korkulmadan çalışmalar yapılırken, in-vivo ortamda soğutmanın epidermiste donuğa neden olması, yada ultrason dalgalarının derinliğinin kontrolündeki riskler ve bireysel farklılıkların getirdiği bazı faktörler sınırlamaktadır.

Sonuç: Non-invaziv girişimler bölgesel yağlar için cerrahiye alternatif değildirler ancak cerrahi uygulanamayan hastalar için sınırlı katkıda bulunurlar.

Anahtar Kelimeler: *Kryolipoliz, Non-invaziv, Ultrasonik Kavitasyon, Yağ Dokusu, Zayıflama*

KRYO ÖLÇÜM



SB-02
İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Tarafından Estetik Cerrahi ve Minimal İnvazif İşlemlerde Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Başvuran Olgular İçin Düzenlenmiş Raporların Değerlendirilmesi

Ahmet Faruk Yücel[1], Cüneyt Destan Cenger[2], Birgül Tüzün[2], Rifat Atilla Arıncı[1]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Estetik amaçlı tıbbi uygulama; kişinin bedeni üzerinde doğuştan sahip olduğu veya doğuştan var olmamakla birlikte; sonradan bir etken, kaza, yaralanma, hastalık sonucu ya da kendiliğinden meydana gelerek, kişinin dış görünümünde bozulmaya neden olan deformasyonların giderilmesi amacıyla veya deformasyon olmaksızın, kişinin salt olarak daha güzel bir görünüme kavuşturulması, ruhen daha iyi, mutlu olması amacıyla gerçekleştirilen müdahaleler, estetik amaçlı tıbbî müdahale olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi uygulama hatası (TUH) kavramı son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle tartışılan çok kapsamlı bir konudur. TUH iddialarına ait dava sayıları ülkemizde giderek artmaktadır. Bu çalışmada estetik cerrahi ve minimal invazif estetik müdahaleler alanında tıbbi uygulama hataları iddialarına ait başvuru profilinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırmada, 2011-2020 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na mahkeme aracılığıyla ve resmi kurumlar tarafından gönderilen veya bireysel başvuran, hakkında tıbbi uygulama hatası olup olmadığı değerlendirilen olguların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, tanı, yapılan girişim, tıbbi uygulamanın yapıldığı tarih, mahkemeye başvurma tarihi, rapor tarihi, hakkında tıbbi uygulama iddiası bulunan hekimlerin çalıştığı birim, tıbbi uygulamanın yapıldığı yer, başvuru şekli, şikayet edilenin ünvanı, tıbbi uygulama hatası olup olmadığı, tıbbi uygulama hatası varsa sebebi ile ilgili veriler toplandı. Verilerin İstatiksel analizleri Windows SPSS program (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Verilerin tanımlanması ve sonuçların değerlendirilmesi için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Tüm numerik veriler sıklık ve yüzde olarak ifade edildi.

Bulgular: 2011-2020 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı tarafından değerlendirilen 72 tıbbi uygulama hatası iddiası dosyası geriye dönük olarak incelendi. Olguların %80,6 oranında kadın, % 19,6 oranında erkek cinsiyette olduğu, tıbbi uygulama sırasında yaş ortalamalarının 39,6 olduğu saptandı. Olguların %37,5'inin Asliye hukuk mahkemesinden, %29,2'sinin ise Tüketici mahkemesinden Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na gönderildiği, % 27,8'inin ise bireysel başvuru olduğu belirlenmiştir. Tıbbi uygulamanın yapıldığı yerler değerlendirildiğinde bu yerlerin %70,2'sinin Özel Hastane, %15,8'inin Özel Tıp Merkezi, %10,5'inin güzellik salonu, %1,8'inin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %1,8'inin Devlet Hastanesi olduğu belirlenmiştir. Tıbbi uygulama ile mahkeme başvuru süresi bilinen olguların tıbbi uygulama ile mahkeme başvuru süresi arasının ortalama olarak 1,9 yıl olduğu belirlenmiştir. Olguların %70'ine ameliyat, %30'una minimal invaziv işlemler yapıldığı, işlemlerin dağılımlarının; %18'inin rinoplasti, %16,6'sının mamoplasti, %15'inin lazer epilasyon, %13,8'inin abdominoplasti, %9,7'sinin saç ekimi uygulaması olduğu saptanmıştır. Hastaların %54,2'sinde tıbbi uygulama hatası olduğu belirlenmiştir. Tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilenler arasında en sık saptanan sebep aydınlatılmış onamın ya eksik alınması ya da hiç alınmaması olduğu görülmüştür.

Sonuç: Dünyada ve ülkemizde estetik cerrahi ve minimal invazif estetik uygulamalar hakkında tıbbi uygulama hatası başvurularının sayısı gittikçe artmaktadır. Ülkemizde son yıllarda başvurunun yoğunlaştığı alanın Tüketici Mahkemeleri olduğu, estetik cerrahi ve minimal invazif estetik müdahaleler hakkında tıbbi uygulama hatası kararı verilmesindeki en önemli kriterlerden birinin aydınlatılmış onamın alınması ve içeriğinin uygunluğu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Aydınlatılmış Onam, Estetik Cerrahi, Malpraktis, Tıp Hukuku*

SB-03
Yanıkta Staz Zonunun Kurtarılmasında Udenafil'in Etkinliği

Alper Ural
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kahramanmaraş

Giriş: Yanık travmasının deride oluşturduğu hasar üç farklı yaralanma zonu şeklinde sınıflandırılmıştır (1). Koagulasyon zonu, dokunun geri döndürülemez şekilde hasar gördüğü ve koagulasyon nekrozunun oluştuğu merkezdir. Yanık sonrası dokuların dolaylı olarak hasar gördüğü bu bölgeyi çevreleyen bölgeye staz bölgesi denir, en dış zon ise direkt yanmayan ancak artan kan akışı ve inflamatuar yanıt gözlenen hiperemi bölgesi olarak bilinir (2). Yanık hasarından sonraki ilk 48-72 saatte tedavi edilmediğinde staz zonunun nekroze olması oksidatif stres, ödem, uzamış ve yüksek inflamasyon, artmış koagulasyon, azalmış perfüzyon gibi patofizyolojik mekanizmalar sebebiyle genellikle kaçınılmazdır (3). Anti-inflamatuar, antikoagülan, antioksidan ilaçlar, antitrombotik ajanlar, platelet zengin plazma ve mezenkimal kök hücre terapileri kullanılarak doku sağkalımını arttırmak ve staz bölgesinde nekroz oluşumunu önlemek için çeşitli deneysel çalışmalar yapılmıştır. Bazı makul sonuçlar elde edilmiş olmasına karşın bugün klinikte yerini almış ve standart protokol haline gelmiş bir tedavi yaklaşımı yoktur (4,5,6,7,8). Udenafil hücre içinde siklik guanozin monofosfat (cGMP) seviyesi arttırılmasını sağlayan fosfodiesteraz tip 5 (PDE 5) enziminin kompetitif inhibitörüdür (9). Bu çalışmada farmakokinetik olarak en hızlı sürede etkinliği başlayan PDE5inhibitörü olan udenafilin staz zonunun kurtarılmasında etkinliğinin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmadaki protokoller, Hayvan Araştırmaları Etiği Yerel Komitesi tarafından onaylanmıştır (Etik Kurul Dosya Numarası: 2019/19, Onay tarihi: 01.08.2019).Çalışmada ağırlıkları 250-300 g arasında değişen 15 adet erkek Wistar Albino türü sıçan kullanıldı. Sıçanlar rastgele olarak (n=5) üç gruba ayrıldı. Grup 1'e yanık oluşturulduktan sonra 1 hafta boyunca günde bir defa gastrik gavaj ile 1 ml saline, Grup 2'ye bir hafta boyunca günde bir defa 10 mg/kg dozda Udenafil(Naman Pharma, India) verilirken Grup 3'e ise bir hafta boyunca günde bir defa 20mg/kg dozunda udenafil verildi. Sıçanların sırtında 2. derece derin yanık oluşturmak için Regas tarafından tanımlanan 'comb burn model' kullanıldı (10). Her biri 2x1 cm yüzey alanına sahip ve aralarında 1x0,5cm'lik boşluk olan pirinç blok kaynar suda 5 dk.

bekletildi ve sonrasında 20 sn blokları kendi ağırlığında temas ettirmek suretiyle sıçanların sırtlarında çift taraflı yanıklar oluşturuldu. 7 gün sonra yanık spesimenleri histopatolojik analize,karaciğer ve kanlar biyokimyasal analiz için laboratuvara yollandı. Histopatolojik incelemede inflamatuar hücre yoğunluğu, damarlanma, fibroblastik hücre yoğunluğu ve re-epitelizasyon değerlendirildi ve istatiksel analizi yapıldı(Tablo-1). Staz zonu alan ölçümleri sakrifikasyon öncesi fotografik dökümanlar kalibre edilerek Image J programı kullanılarak standardizasyon sonrası hesaplandı.

Biyokimyasal Analiz

Deneysel prosedür sonunda deneklerden alınan kan örnekleri 4000 rpm de 10 dakika santrifüj edildi ve serumları ayrıldı. Serum ve doku numuneleri analiz edildi. Karaciğer dokuları buz soğukluğundaki 0,15 Molarlık(M) KCl (10 %, w/v) ile homojenize edildi. Doku homojenatları, ham fraksiyonları gidermek için 4 ° C'de 10 dakika boyunca 600 x g'de santrifüje tabi tutuldu. Ardından, süpernatanlar 10,000 x g'de 20 dakika santrifüj işlemine tabi tutuldu. Sanrifüj sonrası elde edilen süpernatantta Toplam Antioksidan Status/Seviye (TAS), Toplam Oksidan Status/Seviye (TOS), Total Thiol (TTL), Native Thiol (NTL) düzeyleri kitler (Rel Assay Diagnostic, Türkiye) kullanılarak kolorimetrik olarak kit prosedürlerine uygun şekilde ölçüldü. Oksidatif stresin bir göstergesi olarak gösterilen Oksidatif Stres İndeksi (OSI), Toplam Oksidan Status/Seviye (TOS) düzeylerinin Toplam Antioksidan Status/Seviye (TAS) düzeylerine oranının yüzde derecesi olarak ifade edildi. Native tiyol, total tiyol ve disülfit miktarlarının hesaplanması sonrası disülfit / total tiyol yüzde oranları, native thiol / total thiol oranları ve disülfit / native thiol yüzde oranları saptandı.

İstatiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. İstatistiksel değerlendirilmelerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Normal dağılmayan verilerde Kruskal Wallis H testi kullanıldı.

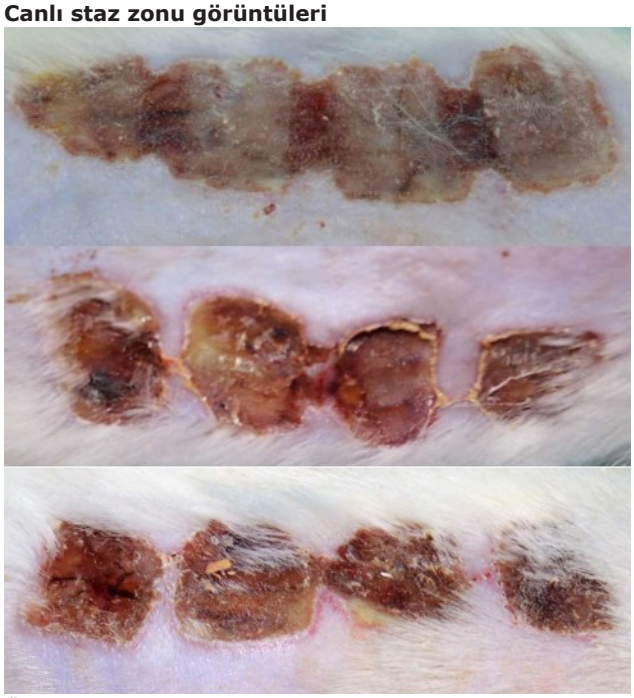
Bulgular: İstatiksel analiz sonucunda histopatolojik olarak reepitelizasyon, fibroblast proliferasyonu, anjiogenezis ve ortalama anlı staz zonu alanı Grup 2 ve 3 te Grup 1' göre istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır($p<0,05$). Grup 2 ve 3'te ortalama PDGF, ICAM parametreleri Grup 1 'e göre daha yüksek ve ortalama TNF-a ve IL-6 proinflamatuar sitokin ölçümleri daha düşük olmasına karşın istatiksel olarak ise gruplara göre istatistiksel anlamı bir farklılık göstermemektedir($p>0,05$). Oksidatif Stres İndeksi (OSI), Toplam Oksidan Status/Seviye (TOS) düzeylerinin Toplam Antioksidan Status/Seviye (TAS) düzeylerine oranları gruplar arasında istatiksel olarak fark saptanmadı($p>0,05$).

Tartışma: Yanık sonrasında gelişen vazodilatasyon, yükselmiş ekstravasküler osmotik aktivite ve artmış mikrovasküler permeabilite sonucu, ödem periyodu, yangı ve bunu takiben perfüzyon azalır. Bu süreçte kompleman sistemi aktive olur proinflamatuar sitokinler salınır, plateletlerin ve lökositlerin damar duvarında toplanmaları ile tromboza eğilim artarken doku iskemisi de şiddetlenerek çoğunlukla nekrozla sonuçlanır (11,12). Staz zonunu kurtarmayı hedefleyen çalışmalar trombozu önlemek, oksidan etkiyi azaltmak, aşırı inflamasyonu kırmak gibi yolaklar üzerinden çözüm bulmayı hedeflemiştir (13,14,15). En çok bilinen PDE5 inhibitörü olan sildenafilin selüler ve endovasküler alanda vasodilatasyon oluşturması ve kan akımını arttıran NO (nitrik oksit) salınımını arttırdığını bildirmiş ve NO salınımının artması ile yara iyileşmesinde; anjiogenezis, inflamasyon, endotelial ve epitelial hücre proliferasyonu ve yeniden şekillenme gibi çok yönlü olarak pozitif etkilere sahip olduğu Salcido tarafından gösterilmiştir (16). Jamshidzadeh, topikal sildenafil kullanımının fibroblast proliferasyonunu, revaskülarizasyonu, kollajen rejenerasyonunu ve epitelizasyonu arttıdığını bildirmişler (17). Sarifakioğlu da NO ve cGMP' nin kan akımını iyileştirerek deri flebi sağkalımını arttırdığını bildirmişlerdir(18). Singer ve ark. tadalafil ile naproksen ve N-asetil sistein ile kombine ederek staz zonunda kullanmış ve progresyonu iyileştirenin esas PDE5 inhibisyon tedavisi olduğunu göstererek sonuçları ile ileri çalışmalara yol göstermiştir (19). Bizim çalışmamızda ise PDE inhibitörleri arasında etkisi en kısa sürede başlayan, yaklaşık 1 saat süre içinde zirve plazma konsantrasyonuna ulaşan tek subgrup olan Udenafil ile yanık deneysel olarak tedavi edilmiştir. Plazma yarı ömrü 11-13 saat olan Udenafil bu farmakokinetik özelliği ile diğer PDE inhibitörlerinden farklı olarak aynı zamanda günde bir defa ilaç alınması tek doz tedavi verilmesini mümkün kılmıştır. 10mg/kg ve 20mg/kg dozu verilen iki grupta da istatiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilerek staz zonundaki nekroza ilerlemenin önüne geçilmiştir. Yücel ve arkadaşları PDE4 inhibitörü olan Pentoksifilin ile sıçanlara günde iki defa ilaç uygulaması yapmak suretiyle 17 günlük bir tedavi sonucunda staz zonunda olumlu sonuçlar elde etmişlerdir (20). Udenafil tedavisi ile günde sadece bir kez ilaç vermek mümkündür, diğer PDE5 inhibitörlerine göre hem potent olması hem de en hızlı sürede etkinliğinin başlaması bu ajan ile tedavinin öncelikli avantajı sayılabilir.

Sonuç: Bu çalışmada udenafil tedavisi ile yanık staz zonu kurtarılmıştır. Sıradaki çalışmalar udenafil ile ilgili ileri çalışmalar ve PDE inhibitörleri ile diğer antiinflamatuar, antioksidan ajanlar ile optimum bir kombinasyon ile sinerjistik etki elde etmek üzerine deneysel ve klinik çalışmalar olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fosfodiesteraz, nitrik oksit, staz zonu, udenafil, yanık

Canlı staz zonu görüntüleri



Üstteki resim Grup 1 (saline verilen),ortadaki resim Grup 2 (Udenafil 10mg/kg ile tedavi edilen), alttaki resim ise Grup 3 (Udenafil 20mg/kg ile tedavi edilen) deneklerin birinci haftadaki staz zonu alanlarını göstermektedir

Parametrelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	GRUP 1 (Saline)	GRUP 1 (Saline)	GRUP 1 (Saline)	GRUP 2 (Udenafil 10mg/kg)	GRUP 2 (Udenafil 10mg/kg)	GRUP 2 (Udenafil 10mg/kg)	GRUP 3 (Udenafil 20mg/kg)	GRUP 3 (Udenafil 20mg/kg)	GRUP 3 (Udenafil 20mg/kg)	KW	P değeri	P o s t Hoc
NI	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,618	0,270	-----
FP	3,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	3,0	6,994	0,030*	3>2
MD	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	3,0	3,669	0,160	-----
R	2,0	0,0	2,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	12,230	0,002*	1<2,3
A	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	3,0	2,0	3,0	8,400	0,015*	3>1,2
CSZA	66,0	36,0	122,0	160,0	130,0	216,0	160,0	142,0	248,0	9,712	0,008*	3>1

*NI: Nötrofil Infiltrasyonu; FP:Fibroblast Proliferasyonu; MD: Macrofaj Dansitesi; R: Reepithelizasyon; A: Anjiogenezis; CSZA: Canlı stasis zone alanı(mm2), p<0,05=**

SB-04
Yanık Rekonstrüksiyonunda Perifasiyal Areolar Doku Greftlemesi Deneyimlerimiz

Burak Özkan, Abbas Albayati, Kadri Akıncı, Süleyman Savran, Nilgün Markal Ertaş
Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: Perifasiyal areolar doku (Perifascial Areolar Tissue), kas fasyası üzerindeki bir areolar tabakadır. PAD, oldukça vasküler bir ağ içerir ve kas fasyası ile deri altı derin yağ tabakası arasında bir geçiş bölgesi oluşturur. PAD'nin iskemiye dirençli olduğu ve süper ince kalınlığı ve sağlam damar yapısı nedeniyle çevrelenmiş dokulardan revaskülarizasyon ile iskemik uzuvlarda bile hayatta kalmaya eğilimli olduğu gösterilmiştir. PAT, iskemik yaralarda greft olarak kullanıldığında umut verici sonuçlar yayınlanmıştır. Rekonstrüktif cerrahide PAT greftlemenin ana endikasyonu cilt greftlemesinin mümkün olmadığı yerlerde nekrotik kemik ve tendonlar üzerinde bir vasküler doku tabakası sağlamaktır. Bununla birlikte, iskemik uzuv veya yanıklar gibi zor bölgelerde hayatta kalan PAD greftlerinin üzerine deri grefti tatbik edilebilir. Literatürde yanık rekonstrüksiyonunda PAT greftleme ile ilgili sınırlı sayıda rapor vardır ve bu çalışmadaki amacımız yanık rekonstrüksiyonunda PAT greftleme deneyimimizi sunmaktır.

Araç ve yöntemler: 2019-2020 yılları arasında Başkent Üniversitesi Yanık Ünitesi'nde yatan 7 hastaya 8 PAD greftlemesi yapıldı. Tüm hastaların ekstremitelerinde derin ikinci ve üçüncü derece tam kat yanıklar vardı ve kemikler veya tendonlar açıkta kalmıştı. PAD greftleri suprainguinal kıvrımdan yaklaşımla karından alındı. PAT greftleri 4 hastada el sırtına, 3 hastada alt ekstremiteye yerleştirildi. Aynı seansta anında cilt grefti yapıldı.

Sonuçlar: Tüm PAT greftleri hayatta kaldı ve açıkta kalan kemikler / tendonlar kapatıldı. Komplikasyon olarak 3 hastada kısmi deri grefti kaybı, 1 hastada ise toplam deri grefti kaybı görüldü. Hiç bir hastada tendon ve kemikler tekrar ekspoze olmadı. Medial malleolde total deri grefti kaybedilen hastaya yeniden deri grefti uygulaması yapıldı ve takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Sonuç: PAD greftleme, rekonstrüktif cerrahide yeni bir yöntemdir. PAD greftleme, şiddetli komorbiditeleri ve iskemik uzuvları olan hastalarda serbest fleplerin veya diğer sofistike rekonstrüktif yöntemlerin uygulanamadığı açıkta kalan kemik ve tendonları kapatmak için umut verici bir tekniktir. Aynı anda deri grefti uygulamasında deri grefti kayıpları yüksek olabileceği için, PAD greftleme sonrasında ikinci bir seansta vaskülerize olmuş PAD üzerine deri grefti uygulaması yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: *perifasyal areolar doku, pat graf, pad greft, yanık rekonstrüksiyonu*

Resim 1

El dorsumunda alev yanığı sonrası ekspoze olan kemik yapıların üzeri rektus fasyası üzerindeki perifasyal areolar doku greftiyle örtüldü. PAD greft üzerine deri grefti uygulandı. Geç dönem sonucu kolajda görülmektedir.

SB-05
Kliniğimizde Kronik Yara Nedeniyle Yatan Hastaların Analizi

Fatma Nilay Tutak, Fatih Doğan
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adıyaman

Yara, herhangi bir hasar ya da hücresel bozukluk sonucu dokularda meydana gelen bozulma durumudur. Yara iyileşmesi bir çeşit mikroevrendir. Daha çok sistemik hastalığı olan veya hastanede yatan hastalarda bu mikroevrenin herhangi bir aşamasında bozulma olduğunda yara iyileşmesi sağlanamaz. Plastik cerrahlar genelde; son görünüşü önemli olan akut yaraları, genel sağlık durumu ve/veya yaralanma şekli sorun yaratabilecek yaraları ve tedeviye dirençli kronik yaraların olduğu hastaları değerlendirirler. İlerleyen yaş, sigara kullanımı, kilo fazlalığı, diyabet ve vasküler hastalıklarda artma olması, kronik yaraları olan hasta sayısının artmasına sebep olmuştur. Gelişmiş ülkelerde, hasta ve yara yönetimi konusuna yönelik yara bakım üniteleri vardır. Bu alanlarda multidisipliner yaklaşım ile hizmet verilerek ülkenin yara ile ilgili harcamaları azaltılmaya çalışılmaktadır. Bizim ülkemizde de sınırlı sayıda yara bakım ünitesi mevcuttur.

Amaç: Ülkemizde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çok az sayıda yara bakım ünitesi mevcuttur. Ülkemizde bu hastaların mevcut durumu ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Hastanelere başvuren hastaların epidemiyolojik özellikleri, aldıkları sağlık hizmetleri, mortalite ve morbiditeleri hakkında değerlendirme yapmak gerekmektedir. Genelde bu hastalar, disiplinler arasında sıkışan, yara bakımları pansuman ve yara örtüleri ile sınırlı, günlük yaşamlarının önemli bir kısmını hastanede geçiren hastalardır. Biz bu bildiride kliniğimizde takip ettiğimiz kronik yarası olan hastaların verilerini paylaşarak tecrübelerimizi aktarmak istedik.

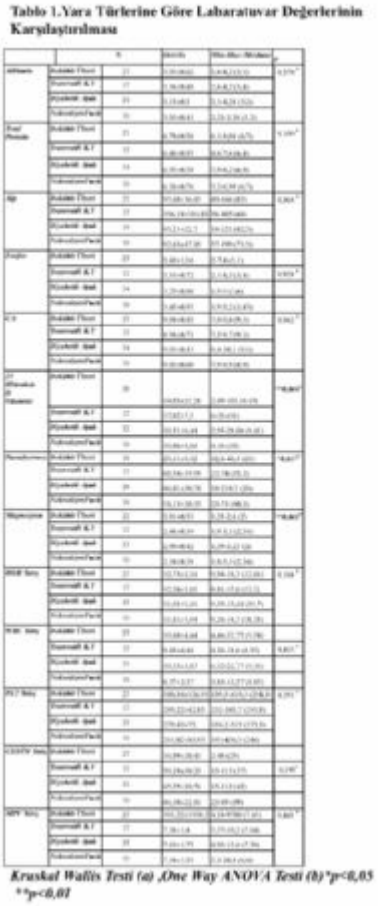
Gereç ve Yöntemler: Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde 2014- 2019 yılları arasında takip ettiğimiz hastalar çalışmada değerlendirilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, yara türü, hastanede kalış süreleri ve kan laboratuvar değerleri çalışılıp parametreler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Yara türlerine göre veriler değerlendirilip istatistiksel olarak fark araştırılmıştır. İstatiksel çalışmada Chi-Square Testi ve Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır.

Sonuçlar: Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde 2014-2019 yılları arasında 92 hasta kronik yara nedeniyle takip edildi. Çalışmada kronik yara nedeniyle başvuran hastalar; dekübit ülseri, travmatik kronik yara, diyabetik ayak, nekrozitan fasiit olarak sınıflandırıldı. Hastaların yaşları 14 ile 80 arasında değişmekte olup ortalama 53,22 ± 19,13 bulundu. Hastaların %60,2'si (n=56) erkek iken, %39,8'i (n=37) ise kadındır. Yatış süreleri 1 ile 86 arasında değişmekte olup ortalama 28,98±18,78 bulundu. Hastaların, %26,9'u (n=25) dekübit ülseri iken, %18,3'ü (n=17) travmatik yara, %37,6'sı (n=35) diyabetik ayak ve %17,2'si (n=16) ise nekrotizan fasiittir. Cinsiyete göre yara türleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001;p<0,01). Dekübit ülserinin ve travmatik yaranın erkeklerde kadınlara göre fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001;p<0,01). Diyabetik ayak ve nekrotizan faciitin kadınlarda erkeklere göre fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001;p<0,01). Yara türüne göre albümin değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,270;p>0,05). Yara türüne göre yaş değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,445;p>0,05).Yara türüne göre yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,127;p>0,05). Bu sonuçlar ele alındığında en sık yaralar erkeklerde görülmektedir ve en fazla görülen yara türü diyabetik ayaktır. Hastaların laboratuvar sonuçlarında ise D vitamin değeri tüm yaralarla karşılaştırıldığında travmatik kronik yaralar dışında anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Tüm yara grupları karşılaştırıldığında PTH (paratroid hormonu) ve Mg(Magnezyum) seviyesi dekübit ülseri ve diyabetik ayak yarası olan hastalarda anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Tartışma: Yara iyileşmesinin kesintiye uğradığı hasta gruplarında, ortak etkenlere sahip olduklarını görmekteyiz. Yaş, tekrarlayan iskemi perfüzyonlar, hipoksi ve enfeksiyon kronik yaranın bilinen ortak özellikleridir. Tıp disiplinlerinin neredeyse hepsinin ilk ve ana konularından birinin yara iyileşmesi olmasına rağmen iyileşmeyen yarası olan hastaların bu disiplinlerin arasında sıkışması düşünülmesi gereken bir konudur. Kronik yarası olan hastalara sunulan sağlık hizmeti politikasındaki yetersizlik bu hastaların hastanede uzun yatış süreleri ile iş gücü kaybına, uzuv kaybı ile devlet ve sağlık sistemine ekonomik yük getirmektedir. Ülkemizde bu hasta grupları ile ilgili yapılacak akademik çalışmaların bu hastaların verilerini ortaya koymak, bu hastalara yönelik sağlık politikası geliştirmek açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *kronik yara, Magnezyum, D vitamini*

Tablo 5


Tablo 1.Yara Türlerine Göre Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

Kruskal Wallis Testi (a) ,One Way ANOVA Testi (b) *p<0,05 **p<0,01

Yara Türlerine Göre Labaratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

SB-06
Yanık Sonrası Hipertrofik Skar Gelişen Çocuk Hastalarda Tedavi Algoritması

Hüsnü Hacı
S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Yanık sonrası hipertrofik skar, çocuk hasta grubunda oldukça sık karşılaşılan, estetik görünümü bozan, fonksiyonel kısıtlılık yaratabilen patolojik skarlardır. Bu patolojik doku kırmızı-mor renkte, ciltten eleve, sert ve kaşıntılı olmaktadır. Ağrı ve kaşıntı ile kişinin hayat kalitesini düşürmekte, eklem hareketlerini etkileyerek fonksiyonel kısıtlılık yaratmakta ve görünümüyle kişinin özgüvenini ve psikososyal durumunu olumsuz etkilemektedir. Yanık sonrası hipertrofik skar yönetimi ve tedavisi plastik cerrahi klinik pratiğinde halen oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Çalışmadaki amacımız bu vakalardaki klinik yaklaşımımızı aktarmak ve bir tedavi algoritması ortaya koymaktır.

Yöntem: Nisan 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve yanık sonrası hipertrofik skar gelişen 79 pediatrik olgu (18 yaş altı) çalışmamıza dahil edilmiştir, hasta verileri geriye dönük olarak taranmıştır. 38 hastada silikon kaplı bası giysisi, 22 hastada silikon tabaka ve 19 hastada intralezyoner steroid (triamsinolon) uygulanmıştır. Silikonlu bası giysisi ve silikon tabaka günde minimum 20 saat kullandırılmış, steroid enjeksiyonu skarın durumuna göre 2-4 seans olarak uygulanmıştır. Hastalar tedavi başladıktan sonra en az 6 ay takip edilmiştir. Modifiye Vancouver Skar Skalası'na(MVSS) göre aldıkları skorlar kıyaslanarak tedavi etkinlikleri değerlendirilmiştir. Skarın vaskülaritesi(0-3), sertliği(0-5), pigmentasyon derecesi(0-3) ve yüksekliğinin(0-4) değerlendirildiği bu skalada hastalar 0-15 arasında skor almaktadır. Tedavi gruplarındaki hastaların tedavi öncesi ve 6 ay sonrası arasındaki skor değişimleri birbirleri ile kıyaslanmıştır. Bu veriler IBM SPSS 22.0 programında, Kruskal-Wallis testiyle $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde incelendi.

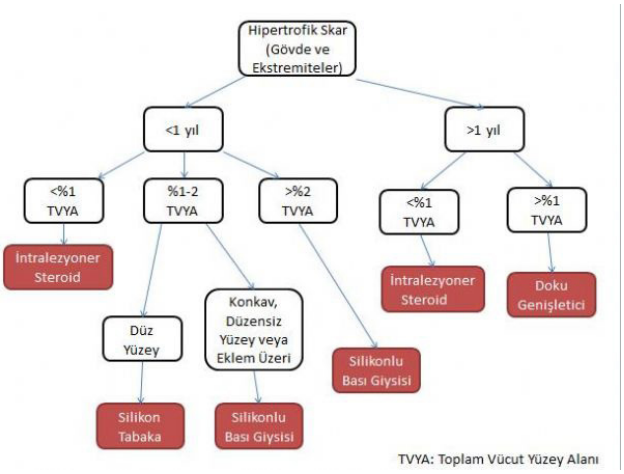
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 79 olgunun yaş ortalaması 5,4'tü (min-max: 1-17). 44'ü (%55,7) erkek, 35'i (%44,3) kız çocuktu. Yanık etiyolojisinde sıcak su, süt, yağ, yemek, alev, temas ve pres yer alıyordu. Yanık sonrası hipertrofik skar tedavilerinin başlama zamanı ortalama 2,4 aydı (min-max: 0-12 ay). MVSS skorlamasıyla yapılan istatistik analiz sonuçlarına göre tüm gruplardaki tedavi öncesi ve 6 ay sonrası skor değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu; ancak intralezyoner steroid grubunda atrofi, hipopigmentasyon ve telenjiektazi daha sık görülmüştür.

Tartışma: Yanık sonrası hipertrofik skar tedavisinde birçok tedavi seçeneği denenmiş olup hipericum perforatum, allium cepa gibi topikal ürünler etkili olmaktan çok uzaktırlar. Literatürde ön plana çıkanlar bası giysisi ve silikon tabaka olarak görülmektedir ve matürasyonun tamamlandığı 12. aya kadar ve günlük en az 20 saat kullanılmaları önerilmektedir. Bası giysisi hipertrofik skar dokusunda kollajen fibrillerin yeniden düzenlenmesini, kollajen nodüllerinin küçülmesini ve kan akımının azalmasını sağlar; besin ve oksijen desteğini azaltarak fibroblast apopitozunu hızlandırmaktadır. Silikon tabakalar ise oklusiv etkileri yanında lokal ısıyı ve nemi artırmaları sayesinde hipertrofik skarda etkili olmaktadır. Daha küçük boyutlu skarlarda ise intralezyoner steroid enjeksiyonu 2-4 seansta tatmin edici sonuçları daha düşük maliyetle daha kısa sürede vermektedir. Ancak geniş alanlarda uygulamanın genel anestezi gerektirmesi ve steroid dozunun çok yükselmesi nedeniyle tercih edilmemelidir. Aksiller, popliteal ve inguinal bölge gibi konkav alanlarda, yüz gibi düz olmayan alanlarda ve eklem yerlerinde silikon tabakaların etkin kullanımı mümkün olmamaktadır. Özellikle bu bölgelerde kıvrımlara etki gösterebildiği ve eklemin hareketinden olumsuz etkilenmediği için silikon kaplı bası giysisi kullanılmalıdır. Yanık sonrası ilk 6-12 ayda bu tedaviler başlanırsa birçok skar kontraktürü önlenebilmektedir. Ancak tedavi daha ileri dönemlere kalırsa silikon tabaka ve bası giysisi etkisi azalmakta; çok aşamalı doku genişletici uygulamaları gerekmekte ve tedavisi oldukça zor olan eklem hareket kısıtlılıkları gelişebilmektedir.

Sonuç: Yanık sonrası hipertrofik skar gelişimi fark edilen olgularda tedaviye bir an önce başlanmalı ve ne kadar geç kalınırsa kozmetik ve fonksiyonel kayıpların o kadar fazla olacağı unutulmamalıdır. Tedavi planlarken karar vermede ise sunduğumuz algoritmanın basit ve net yapısıyla kullanışlı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *yanık skarı, hipertrofik skar, keloid, bası giysisi, silikon tabaka, kortikosteroid*

Yanık Sonrası Hipertrofik Skar Olgularında Tedavi Algoritması



Yanık Sonrası Hipertrofik Skar Olgularında Tedavi Seçenekleri

	Silikonlu Bası Giysisi	Silikon Tabaka	Steroid Enjeksiyonu
Tedavi Uyumu	++	+	+++
Maliyet	+++	++	+
Komplikasyon	Deri Erozyonu	Dermatit	Atrofi, Telanjiektazi
Ağrı- Rahatsızlık	+	Ø	+++

SB-07
Lateral sirkümfleks femoral arter sistemi üzerindeki pediküllü fleplerin çeşitliliğini kullanarak hastaların ihtiyacına göre onarım planlanması

Fuat Barış Bengür, Tahsin Oğuz Acartürk
University of Pittsburgh, Department of Plastic Surgery, Pittsburgh, PA

Giriş: Lateral sirkümfleks femoral arter sistemi vücuttaki donör alanlar arasında hareket kabiliyeti ve çeşitliliği en fazla olan bölgelerdendir. Bu bölgedeki fleplerin pediküllü kullanımı son yıllarda giderek artmakta ve supraumbilikal bölgeye kadar uzanabilen bir rotasyon imkanına sahiptir. Standart fasiyokütan anterolateral uyluk flebine ek olarak, boyut, şekil, içerik ve oryantasyonda farklılıklar yaratılarak, onarılması gereken defekte göre planlama yapılabilmektedir. Çalışmanın amacı lateral sirkümfleks femoral arter sistemi üzerinden farklı komponentleri içeren pediküllü fleplerin farklı bölgelerdeki onarım seçeneklerini sunmaktır.

Materyal/Metod: 2007-2015 yılları arasında tek bir cerrah tarafından 22 hastada (10 kadın, 12 erkek; yaş aralığı 4-71) toplam 23 pediküllü flep ile onarım gerçekleştirilmiştir. Flep boyu, tipi ve içeriği defektlerin ihtiyacına göre (1) yerleşim, (2) yüzey alanı, (3) derinliği, (4) sayısı, (5) kritik yapıların açıkta olması, (6) yabancı cisim varlığı, (7) farklı seçeneklerin tükenmiş olması, (8) bölgeye radyasyon öyküsü, (9) hastanın diğer komorbiditeleri parametreleri göz önüne alınarak belirlenmiştir.

Bulgular: Onarılan defektlerin yerleşimi 10 karın (kasık ve pubis dahil), 9 iskio-gluteo-torkanterik ve 4 perine şeklindedir. Defekt boyutları 6x6 ile 32x25 cm, defekt derinlikleri 7-18 cm aralığındadır. Flep boyutları ise 9x6 ve 36x22 cm arasında değişmektedir. 2 flep fasiyokütan perforatör, 4 flep kas koruyucu myokütanöz vastus lateralis, 10 flep segmental myokütanöz vastus lateralis, 5 flep myokütanöz üç-kaslı, 1 flep sadece üç-kaslı, 1 flep ise sadece rektus femoristir. Donör alanlar 20 işlemde primer kapatılırken, 3 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılmıştır. Fleplerin tamamı hiçbir kayıp ya da konjesyon izlenmeden tamamen yaşamıştır

Sonuç: Lateral sirkümfleks femoral arter sistemi üzerinden pediküllü flepler hastaların ihtiyacına göre farklı etiyolojiler ve yerleşimler için planlanabilir. Bu sisteme ait kas dokuları "kas koruyucu", "segmental" ve "üç-kaslı" olarak sınıflandırılarak defektin ihtiyacına göre şekillendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: *anterolateral uyluk flebi, lateral sirkümfleks femoral arter sistemi, pediküllü flep, vastus lateralis, rektus femoris*

SB-08
Geniş orta hat sakral defekt onarımlarında süperior gluteal arter perforatör flebi: Pratik ve güvenli planlama metodu

Fuat Barış Bengür[1], Tamer Seyhan[2], Vasıl Ercüment Erbaş[3], Tahsin Oğuz Acartürk[1]
[1]University of Pittsburgh, Department of Plastic Surgery, Pittsburgh, PA
[2]Özel Klinik, TS Clinic, Adana, Türkiye
[3]Özel Klinik, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Orta hat sakral defektler, bası yarası, hidradenitis suppurativa, pilonidal sinüs, maliniteler gibi farklı etiyolojiler sonrası gelişip, onarımının zorlu olduğu bir bölgedir. Küçük defektler için lokal flepler ya da sekonder iyileşme gibi yöntemler uygulanabilse de, büyük defektler kompleks onarımları gerektirmektedir. Süperior gluteal arter perforatör flebi bu bölgedeki geniş defektleri onarmak için yeterli dokuya ve hareket kabiliyetine sahiptir. Çalışmanın amacı tek bir süperior gluteal arter perforatör flebi kullanarak gerçekleştirilen geniş defekt onarımlarını sunmaktır.

Materyal/Metod: Süperior gluteal arter perforatör flepleri, 17 hastada (12 erkek, 5 kadın; yaş aralığı 25-72) yüzey alanı geniş (>100 cm^2) orta hat sakral defektlerin onarımında kullanılmıştır. Fleplerin rotasyon açısı (45-60 derece arasında), defektlerin genişliğine ve dokuların laksitesine göre belirlenmiştir. Fleplerin yüzey alanı, defektten küçük olacak şekilde planlama yapılmıştır. Intramusküler diseksiyon ile perforatör iskeletleştirilmesi uygulanmamıştır. Perforatörlerin konumu ameliyat esnasında el dopleri ile tespit edilmiş ve perforatörler korunmuştur. Yeterli hareketlilik sağlanınca flepler defektlere transpoze edilmiştir.

Bulgular: Ortalama flep uzunluğu defekt uzunluğundan %10, genişliği ise %27 oranında küçüktür. Ortama defekt yüzey alanı (211.1 ± 87.2 cm^2, aralık 10x10 - 28x14 cm), ortalama flep yüzey alanından (136.1 ± 45.6 cm^2, aralık 9x8 - 26x10 cm) büyüktür ($p<0.05$). Fleplerin tamamı hiçbir kayıp ya da konjesyon izlenmeden tamamen yaşamıştır. 4 hastada gelişen yara açılmaları pansuman veya negatif basınçlı vakum terapisiyle iyileşmiştir. Tüm hastalarda dayanıklı onarım elde edilmiş ve hiçbir hastada rekürens izlenmemiştir.

Sonuç: Tek bir süperior gluteal arter perforatör flebi, geniş orta hat sakral defektlerin onarımında yeterlidir. Flepler, defektlerden daha küçük olacak şekilde tasarlanarak, perforatör diseksiyonu yapılmadan kaldırılıp, 60 dereceyi aşmayacak bir açıyla ilgili bölgeye döndürülebilir. Defektlerin proksimal bölgesi ile, planlanın flebin kenarının kesişmesi, hem donör alanın hem de defektin kapatılmasında gluteal bölgedeki yumuşak dokuların mobilitesinin kullanılmasını kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: *orta hat defektleri, perforatör flep, sakral defektler, superior gluteal arter perforatör flebi*

SB-09
Tessier 30 alt yüz orta hat yarığında farklı bir tedavi seçeneği: Mini plakla onarım

Mehmet Dadacı[1], Majid İsmayılzade[1], Mehmet Emin Cem Yıldırım[2], Bilsev İnce[1]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya
[2]Bilecik Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü, Bilecik

Giriş: Kraniyofasiyal yarıklar embriyolojik gelişim esnasında füzyon bozukluklarına sekonder olarak ortaya çıkmakta olup yüz ve boyun bölgesinde kemik ve yumşak doku defektleriyle karakterizedir.Alt çene veya alt yüz median klefti ilk defa 1819 yılında Couronne tarafından tanımlanmasına rağmen Tessier 1976 yılında kendi adıyla anılan kraniofasiyal yarıkların klasifikasyonunu geliştirmiş ve bu tip yarıkları tip 30 şeklinde numaralandırmıştır.Diğer yarık tiplerine kıyasla daha nadir görülen tip 30 kleftler klinik prezentasyon olarak çeşitlilik gösterebilmektedirler.Sadece alt dudak vermilyonunda çentik gibi subklinik belirtilerle ortaya çıkmasının yanı sıra,mandibuler simfizis, hiyoid kartilaj ve boyun ön duvar kaslarında majör defektler ve dilden hiyoid kartilaja kadar uzan fibröz bantlar ile kendini gösterebilmektedir.Dil anterior kısımda bifid olabileceği gibi çoğunlukla ankiloglossi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada Tessier 30 yarıklı yenidoğan olgusunun literatürde mevcut olan vakalara göre çok erken dönemde uygulanan tedavi yönetimi tartışılacaktır.

Olgu sunumu: Doğum sonrası 3. günde alt dudak yarığı nedeni ile plastik cerrahi bölümüne başvuran aileden yenidoğanın 38. haftada,3500 gr ağırlıkta normal yolla doğduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde alt dudak orta hatta tam kat yarık olduğu, dilin mandibula simfizis bölgesine ve ağız tabanına doğru uzanan sert fibrotik bant ile bağlı olduğu ve bu bağın ağız tabanı ve mandibula orta segmentinden hyoid kemiğe kadar uzandığı farkedildi.(Resim 1,A) Palpasyon muayenesinde olası füzyon yetersizliği sebebiyle sağ ve sol mandibulanın ayrı ayrılıkta hareket ettiği ve simfizis bölgesinin defektif olduğu anlaşıldı. Çekilen X-ray ve maksillofasiyal tomografide mandibuler simfiziste kemik defektin eşlik ettiği, diğer mandibula segmentlerinin ise normal olduğu görüldü. Hastanın yaşı ve kilosu gereği beslenmesini engelleyen ankiloglossinin ortadan kaldırılması için kısa operasyon planlandı. Birinci haftasında ameliyata alınan hastanın dilden başlayıp mandibulaya kadar uzanan ve ankiloglossiye neden olan fibrotik bandı horizontal olarak kesilip dilin tümden serbestleştiği görüldü. Vertikal uzunluk kullanılarak onarım sağlandı. Toplam 10 dakikayı geçmeyen sürede ameliyat başarıyla tamamlandı. Mandibula orta hat defekti ve boyun ile ilgili ameliyat ikinci seansa ertelendi. Hastanın 3.ayında mandibuler simfizis defeki, alt dudak yarığı onarımı ve boyuna uzanan bandın serbestlenmesi için operasyon planlandı. Gingivobukkal insizyon ile girildikten sonra mandibula orta hatta fibröz bandın bulunduğu ve her iki mandibula kemik uçlarının yetersiz füzyon sonrasında bu bantta sonlandığı görüldü. Her iki mandibular osseoz kısımlar fibröz banttan diseke edilip uçlar ortaya konuldu. Aradaki fibröz bant boyun hyoid bölgeye kadar takip edilerek rezeke edildi ve yeterli ekspozisyon nedeniyle ek insizyona ihtiyaç duyulmadı. Rezeksiyon sonrası boynun mandibuladan tümden serbestleştiği görüldü. İlk önce her iki mandibuler segmentin kör uçları testere ile kesilerek tazelendi ve kemik fragmanları greft olarak hazırlandı. (Resim 1,B) Mandibuler alt ve üst rimler aynı hizada simetrik şekilde stabilize edildikten sonra 1 adet nonrezorbabl 8 delikli mini plak ve 6 adet vida ile diş köklerine zarar gelmeyecek şekilde fikse edildi. (Resim 1,C) Elde edilen kemik greftleri fibröz doku rezeksiyonundan sonra ortaya çıkan 0,5 cm'lik açıklığa yerleştirildi. (Resim 1,D) Daha sonra alt dudaktaki yarık için mukoza ve kas doku diseksiyonu yapılıp orbikularis oris kası 4/0 polydioxanone, mukoza ise 5/0 rapid vikril ile onarıldı. Alt dudak yarığı rekonstrüksiyonu Z plasti tekniği ile vertikal boy uzatılarak sağlandı. (Resim1,E ve F) Takiplerinde komplikasyonla karşılaşılmayan hasta postoperatif 1.ci günden itibaren normal beslenme şekline geri döndü. Hastanın postoperatif 3.ayda çekilen 3 boyutlu tomografisinde defektli simfizisde kemikleşmenin büyük oranda gerçekleştiği görüldü. (Resim1,G) Plak çıkarılması ameliyattan 4 ay sonrasına planlanmasına rağmen Covid- 19 pandemisi nedeni ile 6. ayında rezeksiyon sağlanabildi.(Resim 1,H)

Tartışma: Mandibulanın ve alt yüzün orta hat yarığı çok nadir karşılaşılan konjenital anomalilerden biridir. Senan ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada literatürde rapor edilmiş Tessier tip 30 olgu sayısının o yıla kadar 66 olduğunu bildirmişlerdir. Bu bölgedeki yarıkların embriyolojik patofizyolojisiyle ilgili birçok hipotez bulunsa da birçok yazar birinci brankiyal arkların yetersiz füzyonu veya birinci brankiyal arkların mandibuler kısma yanlış mezodermal penetrasyonuyla ilişkilendirmektedir. Embriyolojik süreçte bu bölgedeki yetersiz veya yanlış gelişimin kompleksitesine bağlı olarak klinik prezentasyon da değişebilmektedir. Bizim olgumuzda hastanın alt dudağında tam kat yarık ve ankiloglossiye mandibuler simfiziste defekt ve boyunda hyoide uzanan bant eşlik etmekteydi. Literatürde Tessier 30 kleftlerde tedavi yönetimiyle ilgili çeşitli alternatifler bulunsa da, mandibular osteosentez için 4 yaştan önce mini plak ve vida kullanımıyla ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bu tip kleftlerdeki varyasyon fazlalığı ve daha da önemlisi çok nadir karşılaşılması sebebiyle cerrahi tedavi yöntemleri ve zamanlaması ile ilgili tek bir konsensus bulunmamaktadır. Biz bu vakada öncelikli olarak ankiloglossi problemini erken dönemde tedavi edip hastanın rahat beslenmesini ve dil hareketlerindeki kısıtlılığı ortadan kaldırmayı amaçladık. Armstrong and Waterhouse alt dudak yarığını 5 aylıkken tedavi etmelerine rağmen oklüzyon problemini ortadan kaldırmak amacıyla mandibuler defekti kemik grefti kullanarak 4 yaşında opere etmişlerdir. Sherman and Goulian ise median mandibuler kemik defektini 20 aylıkken başarılı operasyonla tedavi etmişlerdir. Millard ve ark. alt dudak orta hat defektini 6 aylıkken onarmalarına rağmen mandibular yarık tedavisini diş köklerine zarar vermemek için 8 yaşındayken gerçekleştirmişlerdir. Bizim vakamız 3.ayda mini plakla onarım yapılan öncü vakalardan biridir. Mandibuler segmentler arasındaki fibröz bantın ve kemik defektin geniş olmaması cerrahi sırasında avantaj sağladı. Buna rağmen öncelikli hedef muntazam okluzyonun sağlanması olduğu için biz yine de 0,5 cm'lik açıklıkla tespit etmeyi ve aradaki boşluğu mandibuler segment uzantılarından elde ettiğimiz kemik greftiyle doldurmayı tercih ettik. Postoperatif 3.ayda çekilen 3 boyutlu maksillofasiyal CT'de defektli simfizisin büyük oranda ossifiye olduğunu gördük.(Resim 1,G) 9.ayında tüm tedavileri tamamlanan hastanın diş gelişiminde herhangi problemle karşılaşılmadı. İbrahim ve ark.,mandibular orta hat yarığını 3 aylıkken yarığın her iki tarafındaki hamartamatöz kitleleri pediküllü şekilde tasarlayıp defekt alana adapte ederek onarmışlardır. Ladani ve ark. 6 aylıkken hem alt dudak orta hat defektini hem de mandibular defekti 1/0 vycril ile sütüre ederek onarmışlardır.Walker ve ark. ise mandibular orta hat defekt için önceden hazırlanmış 'U- şekilli emilebilen plak' kullanmışlardır. Olgumuzda emilebilen plak ve vida tercih etmememizin birkaç nedeni bulunmakta olup bunlardan en başlıcası rezorbabl plakların degradasyon süresinin üretilen materyallere bağlı olarak 6 ay – 6 yıl gibi değişken sürelerde olması idi. Plak biodegradasyonu süresi boyunca

3 aylık bebekte hızlı mandibuler iyileşmenin ve kemik olgunlaşmasının ne derecede etkileneceği öngörülemezdi. Bunun dışında rezorbabl plakların temin edilmesi devlet ödeme sisteminde yer almadığından dolayı ve yüksek maliyetleri sebebiyle zordur.

Sonuç : Tessier 30 mandibular orta hat defektleri çok nadir anomaliler olması nedeniyle kesinleşmiş tedavi modalitesi mevcut değildir. Bu nedenle, yarık anomalisinin ciddiyeti göz önünde bulundurularak kemik ve yumuşak doku gelişimini engellemeyecek cerrahi zamanlama ve tedavi seçiminin uygulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *alt yüz orta hat yarığı, konjenital anomaliler, mini plak, Tessier tip 30*

Resim *1*

A. Alt dudak orta hatta tam kat yarık olduğu ve yarığın fibrotik bantla dil tabanına doğru devamlılığı görülmekte, B. Serbest mandibula kemik uçlarının tazelenmesi sonrası elde edilen kemik grefti, C. Her iki mandibular segmentin simetrik stabilizasyonu sonrası alt rimlerin 8 delikli mini plakla fiksasyonu, D. Oluşan 0,5 cm'lik defektli alana kemik greftlerinin yerleştirilmesi (yeşil ok: kemik greftleri) E,F. Alt dudak yarığı rekonstrüksiyonu için eleve edilen flepler ve adaptasyonu, G. Postoperatif 3.ayda çekilen tomografide mandibuler simfiziste mini plak ve gelişen ossifikasyon, H. Plak çıkarılması sonrası tamamen iyileşmiş madnibuler simfizis.

SB-10
Metilen Mavisi ile Boyanmış Silikon İmplantlarda Kapsül Oluşumu. Deneysel Çalışma

Abbas Albayati[1], Burak Özkan[1], Alev Ok Atılgan[2], Tuğçe Şençelikel[3], Çağrı A Uysal[1], Nilgün M Ertaş[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Günümüzde mastektomi sonrası meme onarımları en sık protez ile yapılmaktadır. Bu hastalarda eş zamanlı yapılan sentinel lenf nodu biyopsisinde sıklıkla metilen mavisi (MM) kullanılmaktadır. MM'sinin inflamatuar etkisinden dolayı meme implant etrafında oluşan kapsülün üzerinde olumsuz bir etki yapabilmektedir. Çalışma deneysel ortamda MM'nin implantların etrafında oluşan kapsül üzerine etkisi olup olmadığını araştırmak için yapıldı. Çalışmada 250-300 gram ağırlığında 32 adet Sprague Dawley cinsi sıçan kullanıldı. Her grupta 8'er denek olmak üzere toplam 4 grup oluşturuldu. Tüm hayvanların sırt bölgelerinde Panniculus Carnosus (PC) kası altında 1x1 cm'lik cepler içerisine 1 adet 1 cm3 implant yerleştirildi. Birinci kontrol grubunda oluşturulan ceplerin içerisine herhangi bir madde enjekte edilmeden kapatıldı. İkinci kontrol grubunda oluşturulan ceplerin içerisinde 0,1 ml %0.9 izotonik sodyum klorür verildi. Üçüncü ve dördüncü deney grubunda oluşturulan ceplerin içerisine sırasıyla 0,1 ve 0,2 ml MM verildi. Operasyonun 60. gününde kapsül dokusu ve silikon implantlar ayrı ayrı çıkarıldı. Kapsül oluşumu hem makroskopik hem de mikroskopik olarak değerlendirildi. Histolojik incelemede inflamasyon, vaskülarizasyon ve fibrozis şiddetine ek olarak kapsül kalınlığı ölçüldü. Kapsül kalınlığı her bir hayvanda ölçülen implantların dorsal, ventral ve lateral kalınlıkların 5 farklı bölgesinden alınan değerlerin ortalaması olarak hesaplandı. İnflamasyon, vaskülarizasyon ve fibrozis şiddeti kesitler içerisinde kapladığı alana göre 0'dan 4'e kadar derecelendirildi. Kapsül kalınlığı açısından Grup I-III, grup I-IV, grup II-III ve grup II-IV arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (sırasıyla p=0,004; p=0,024; p=0,001; p=0,009). Gruplar arasında inflamasyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,093). III. grubun %50'si orta derecede, %37,5'unda şiddetli derecede ve %12,5'unda hafif derecede inflamasyon görülmüştür. Benzer şekilde IV. grubun %62,5'unda orta derecede görünürken, %25'inde şiddetli derecede ve %12,5'unda hafif derecede inflamasyon gözlenmiştir. Grup I'de %57,1'inde hafif, %42,9'unda orta derece, grup II'de %71,4'unda hafif, %28,6'sında orta derecede inflamasyon gözlenmiştir. Bu gruplarda şiddetli derecede inflamasyon gözlenmemiştir. Gruplar arasında vasküler proliferasyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,014). Grup I ve grup II %85,7'inde 10'dan az, %14,3'ünde 10-20 arası damar kesiti gözlenmiştir. Bu gruplarda 20'dan fazla damar kesiti gözlenmemiştir. Üçüncü grubun %62,5'u 10-20 arası damar kesiti, %25'inde 20'den fazla damar kesiti görülmüştür. Benzer şekilde dördüncü grubun %62,5'unun 10-20 arası damar kesiti görünürken, %12,5'unda 20'den fazla damar kesiti ve %25'inde 10'dan az damar kesiti gözlenmiştir. Gruplar arasında fibrozis durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Grup III ve grup IV hayvanların %75'inde şiddetli derecede, %25'inde orta derecede fibrozis görülürken, hafif derecede fibrozis hiç gözlenmemiştir. Grup I'deki deneklerde %57,1 orta derecede, %42,9 hafif derecede, grup II'dekilerde %42,9'unda orta derece, %57,1'inde hafif derecede fibrozis gözlenmiştir. Bu gruplarda şiddetli derecede fibrozis gözlenmemiştir.

Bu çalışmada metilen mavisinin kapsül kontraktürü üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Metilen mavisinin implant cebi içerisine verilmesi kapsül kalınlığını, inflamasyon, vaskülarizasyon ve fibrozisi artırarak kapsül kontraktürü riskini artırmaktadır. Kapsül kontraksiyonu enjekte edilen metilen mavisinin dozundan etkilenmemektedir.

Anahtar Kelimeler: *metilen mavisi, kapsül kontraktürü, meme implantı, meme rekonstrüksiyonu*

SB-11
Silikon İmplant ile Augmentasyon Mammoplasti Sonrası Gelişen Bilateral İnflamatuar Meme Kanseri; Olgu Sunumu

Ramazan Hakan Özcan, Başak Karasu, Halil İbrahim Kanlıkama
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi ABD, Denizli

Giriş: Augmentasyon mammoplasti kozmetik yanısıra rekonstrüksiyon amaçlı yapılan cerrahi prosedürlerin en çok talep edilenlerinden biridir. 2018 yılında dünyada 1,862,506 primer meme büyütme ameliyatı bildirilmiştir[1]. Meme kanseri günümüzde 8 kadından 1'inde görülmekte olup augmentasyon sonrası bazen kanser vakaları rapor edilmektedir[2]. İnflamatuar meme kanseri, hızla ilerleyen ve nadir görülen agresif bir karsinom olup augmentasyon mammoplasti ile birlikteliği olan az sayıda vaka bildirilmiştir[3-6]. Bu olguda, silikon jel implant ile yapılan augmentasyon mammoplasti sonrası görülen bilateral inflamatuar meme kanseri sunulmaktadır.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta Kasım 2019 tarihinde polikliniğimize her iki memede endürasyon, ısı artışı ve protez çapına uyumlu dairesel şekilli, yer yer papüllerin görüldüğü eritemli plaklar şeklinde deri lezyonları ile başvurdu. Bir sene önce yuvarlak–pürtüklü yüzeyli silikon implant ile augmentasyon mammoplasti operasyonu geçirdiğini ve 3 ay sonra sol memede diffüz sertlik, dokunmakla nipple-areolada ağrı ve inverted nipple şikayetiyle uzun süreli antibiyotik kullandığını belirtti. Operasyondan 6 ay sonra her iki meme cildinde lezyonlar çıktığını ve dermatolojide alerjik kontakt dermatit tedavisi gördüğünü fakat sonuç alınamadığını bildirdi. Ameliyat öncesi ve sonrasında genel cerrahide düzenli kontrolleri yapılan hastanın USG ve MR takiplerinde malignite lehine bulguya rastlanmadığı görüldü.

Ailesinde meme kanser öyküsü bulunmayan hastanın muayenesinde, her iki meme diffüz şekilde inflame görünümde olup herhangi bir kitle palpe edilmedi (Resim 1a). Kontrol altında Tip 2 Diyabeti bulunan hastanın laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinde patolojik veriye rastlanmadı. Öncelikle implanta karşı hipersensitivite reaksiyonu düşünülerek bilateral implant çıkarılması planlandı.

Ameliyatta pectoralis majör altındaki implantların kapsülü açıldığında seröz nitelikte sıvı boşaldı. Her iki memeden çıkarılan silikon implantlar intakt görünümdeydi. Her iki memeden çıkarılan kapsül dokularının tamamı, parankim ve cilt biyopsileri yanısıra sitoloji gönderildi (Resim 1b-c). Patoloji sonucu; Her iki memede İnflamatuar Karsinom (MBR:GradeIII, ER-, PR-, cErbB2:skor3), lenfatiklerde emboliler tarzında tümöral proliferasyon, sağ memede Duktal karsinoma in situ ve sol memede 2 adet intramammarian metastatik lenf düğümü(Evre IVd) idi. Sitolojik incelemelerde malignite negatifti.

Postop yapılan PET sonucunda; Sol meme üst-dış kadrandaki lezyonda patolojik artmış F-18FDG tutulum (primer malign lezyon), sol aksiller bölgede multipl ılımlı hipermetabolik lenf nodları(met?) ve sağ aksiller bölgede ılımlı hipermetabolik lenf nodları(reaktif?/met?) izlendi. Hastaya neoadjuvan kemoterapi sonrası 01.06.2020 tarihinde PET çekilerek, eski PET ile karşılaştırıldığında tedaviye yanıt ile uyumlu olduğu görüldü.

Ardından hastaya genel cerrahi tarafından bilateral mastektomi ve aksiller lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Oluşan defekt tarafımızdan reverse abdominoplasti ile onarıldı (Resim 1d-e). Patoloji sonucu; Sol memede İnvaziv Duktal Karsinom (MBR:GradeII, ER-, PR-, cErbB2:skor3), sağ memede tedaviye tam yanıt gösteren meme dokusu ve fibrokistik değişiklikler, bilateral aksiller reaktif lenf nodları olarak geldi. Haziranda yapılan kontrolünde, genel durumunun ve ameliyat bölgesinin iyi olduğu izlendi. İlerleyen dönemde bilateral meme rekonstrüksiyonu planlanan hasta halen 30 günlük radyoterapi tedavisine devam etmektedir.

Tartışma: Augmentasyon mammoplasti sonrası meme kanseri vakaları bildirilmiş olsa da günümüzde halen silikon implantlar ile artmış kanser insidansı arasındaki ilişki, vaka sayısı yetersizliği, fikir ayrılığı yaratan veriler ve ispatlanmamış tavsiyeler nedeniyle net olarak anlaşılamamıştır. İnflamatuar meme kanseri, ilk olarak 1924 yılında Lee ve Tannenbaum tarafından kullanılmış[7] olup eritem, ödem, portakal kabuğu görünümü, hassasiyet, endurasyon, ısı artışı ve büyüme yanısıra dermal lenfatiklerde tümör embolisi ile patolojik olarak kanıtlanan klinik bir terimdir. Meme kanserlerinin yaklaşık %2,5'ini oluşturan, nadir görülen ve agresif seyreden bir alt tiptir. Genelde ilk tanı anında %2'sinin memeye sınırlı, %70'inin bölgesel lenf nodu ile birlikte ve kalanının ise metastatik olduğu bildirilmektedir. Nadir görülmesinden ve cilt bulgularının inflamatuar-enfeksiyoz hastalıkları andırmasından dolayı tanıda gecikmeler yaşanmakta ve hastaların metastazla gelmesine yol açmaktadır[8]. Nitekim bizim hastamızda da cilt lezyonları hipersensitivite reaksiyonu olarak düşünüldüğünden tedavide 6 aylık bir gecikme yaşanmıştır. Klinikte benzer vakalarla karşılaşıldığında, tanıda gecikme yaşanmaması açısından ayırıcı tanı için insizyonel biyopsi gerekliliği akılda tutulmalıdır.

Literatürde silikon meme implantı ve inflamatuar meme kanseri ilişkisinin bildirildiği ilk vaka, 44 yaşındaki kadın hastanın sol memesinde, enjeksiyon ile augmentasyondan 25 yıl sonra gelişen meme kanseri olup 1995'te Kasahara ve ark.nın çalışmasında yayınlanmıştır[9]. İkinci vaka 2000 yılında yayınlanmış olup silikon implant ile augmentasyondan 30 yıl sonra, sağ memede gelişen inflamatuar meme kanseri görülen 54 yaşındaki kadın hastaya aittir[10]. 2011 yılındaki Collins ve ark.nın makalesinde[5], 51 yaşındaki kadın hastada, 11 sene önce her iki memedeki silikon implantı çıkarıldıktan sonra, sol memede görülen ve implant rüptürüne bağlı olduğu düşünülen inflamatuar karsinom literatürde üçüncü vaka olarak, 2012 yılında yayınlanan Chow ve ark.nın makalesinde[6] ise, silikon implant ile augmentasyon öyküsü bulunan, sol memede inflamatuar karsinomu gelişen 62 yaşındaki kadın hasta dördüncü vaka olarak bildirilmiştir.

Sonuç olarak; Hastamız 43 yaşında olması nedeniyle diğer hastalar arasındaki en küçük yaşa sahiptir. İnflamatuar meme kanseri, şu ana kadar bildirilen vakalardan farklı olarak silikon implant ile augmentasyondan birkaç ay gibi kısa süre sonra ortaya çıkmıştır. Ayrıca diğer dört vakada, hastaların sadece tek memesinde karsinom olup, bizim hastamızda her iki memede birden görülmektedir. Bütün bunlar göz önüne alındığında, silikon implant ile augmentasyon sonrası kısa dönemde gelişmesi ve her iki memede birden eş zamanlı izlenmesi sebebiyle, bizim vakamız literatürdeki ilk vaka olma özelliğini taşımaktadır.

Referanslar:1-ISAPS INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC PROCEDURES performed in 2018 https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf. 2-StivalaA, Lİbra M, Stivala F, Perrotta R:Breast cancer risk in women treated with augmentation mammoplasty(Review);ONCOLOGY REPORTS 28:3-7,2012. 3-Kasahara M, Ishida T, Kusaba T, et al:A case of breast cancer after augmentation mammaplasty;Kitakantoigaku 1995;45:121-128. 4-Kasamaki S, Tsurumaru M, Kamano T, Kobayashi S, Hino M, Kuwatsuru R:A Case of Inflammatory Breast Cancer Following Augmentation Mammoplasty with Silicone Gel Implants;Breast Cancer Vol.7 No.1January2000. 5-Collins J:A Woman With Multiple Silicone Rupture Complicated by Inflammatory Breast Carcinoma;J Natl Med Assoc.2011;103:163-168. 6-Chow H T, Tran K, Millar E K A, Lynch J, Murrell DF:Diverse Presentations of Carcinoma Erysipelatoides from a Teaching Hospital in Australia,Case Reports in Dermatological Medicine Volume 2012, ID:134938, 5pages. 7-Lee BJ, Tannenbaum NE:Inflammatory carcinoma of the breast:a report of twenty-eight cases from the breast clinic of Memorial Hospital;Surg Gynecol Obstet 1924;39:580–95. 8-Johnston S, Trudeau M, Kaufman B, Boussen H, Blackwell K, LoRusso P, et al;PhaseII study of predictive biomarker profiles for response targeting human epidermal growth factor receptor 2(HER-2) in advanced inflammatory breast cancer with lapatinib monotherapy;J Clin Oncol 2008;26(7):1066-72. 9-Kasahara M, Ishida T, Kusaba T, et al:A case of breast cancer after augmentation mammaplasty;Kitakantoigaku 1995;45:121-128. 10-Kasamaki S, Tsurumaru M, Kamano T, Kobayashi S, Hino M, Kuwatsuru R:A case of inflammatory breast cancer following augmentation mammoplasty with silicone gel implants; Breast Cancer;2000Jan;7(1):71-4.

Anahtar Kelimeler: *augmentasyon mammoplasti, bilateral inflamatuar meme kanseri, silikon implant, olgu sunumu*

Resim 1

Resim 1: a-b:Her iki memede izlenen ve solda daha yaygın olan cilt lezyonları c: İntakt görünümde implantlar ve çıkarılan kapsüller d: Bilateral mastektomi sonrası intraop görünüm e: Reverse abdominoplasti ile onarım sonrası postop görünüm

SB-13
NAK Koruyucu Mastektomi Ve Eşzamanlı İmplant İle Rekonstruksiyon Yapılan Hastalarda Önceki Skara Bağlı Seçilen İnsizyonun Nekroz Gelişimi Üzerine Etkisi

Hasan Basri Çağlı, Haluk Vayvada, Adnan Menderes, Cenk Demirdöver, Süleyman Çakmak, Safa Eren Atalmış
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Meme başı(NAK) koruyucu mastektomilerin en önemli komplikasyonu cilt ve meme başı ile çevresi(nipple-areola kompleksi) nekrozlarıyken komorbid hastalıkların, sigara kullanımının, radyoterapi ve kemoterapi öyküsünün, cerrahi prosedürün nekroz oluşumuna etkisiyle ilgili farklı sonuçlar literatürde bulunmaktadır. Bu çalışmada nipple koruyucu mastektomi ve eşzamanlı implant ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda memeye yönelik geçirilmiş cerrahinin, cerrahiye bağlı skarın memede nekroz gelişimi üzerine etkisi incelenmiştir. Bunun yanında önceki skara bağlı olarak insizyon seçimi, nipple-areola kompleksinin dermal pedikülünün skara göre belirlenmesi gibi cerrahi kaygıların nekroz üzerinde etkisi olup olmadığı ortaya kondu.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 2006 ile Temmuz 2020 arasında nipple koruyucu

mastektomi operasyonu ve eşzamanlı implant ile rekonstrüksiyon yapılan 129'u bilateral olmak üzere 152 kadın hasta, 281 meme değerlendirildi. Hastaların komorbid hastalıkları, sigara kullanımı, radyoterapi ve kemoterapi öyküsü, memeye yönelik önceki cerrahi öyküsü, cerrahi prosedür ve operasyon sonrası komplikasyonlar kayıt altına alındı. Operasyonlarda insizyon olarak inframammariyan, periareolar, wise pattern, eski cerrahi skar kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 46,21 olan 152 kadın hastanın 54(%35,52)'üne komorbid hastalıklar eşlik ederken en sık olarak hipotiroid hastalığının 23(%15,13) eşlik ettiği görüldü. Hastaların 67(%44,07)'si kemoterapi ya da radyoterapi tedavisinin en az birini alırken, 40(%26,31) hastada sigara kullanım hikayesi mevcuttu.281 memeye yapılan meme ucu koruyucu mastektomi ve eş zamanlı implant ile meme rekonstrüksiyonu işlemi öncesinde 131(%46,61) memede geçirilmiş cerrahi ve cilt skarı vardı.41(%14,59) memede inframammariyan, 54(%19,21)'ünde periareolar, 138(%49,11)'nde wise pattern, 44(%15,65)'ünde önce cerrahi skarından insizyon yapıldı. İşlem sonrası 56(%19,57) memede çeşitli büyüklükte meme ucu ile çevresi, cilt nekrozu gelişti. Bazı nekroz komplikasyonları konservatif olarak izlenirken bazıları için ek operasyonlar yapıldı. Nekroz gelişen olgularda hastaya ait özelliklerine bakıldığında 20(%35,71)'sinde sigara kullanım öyküsü, 35(%62,5)'inde kemoterapi ya da radyoterapi öyküsünden en az birine sahip, 21(%37,5)'inde en az bir komorbid hastalık mevcuttu. Meme bazında değerlendirildiğinde sigara kullanım ve KT-RT tedavisi olanların memelerinde nekroz gelişiminin daha fazla olduğu görüldü. Nekroz gelişimi olan 56 memenin 47(%83,92)'sinde geçirilmiş cerrahi ve skarı mevcuttu. Sadece ikisinde eski skarından insizyon seçimi yapılabilirken bu iki meme dışında beş memede önceki skar insizyon ya da cilt eksizyon alanına dahil edilebildi. Bu açıdan bakıldığında önceki cerrahi öyküsü ve cerrahi prosedüre dahil edilemeyen önceki skar varlığında memelerde nekroz komplikasyonunun daha fazla olduğu belirlendi.

Sonuç: NAK koruyucu mastektomi operasyonlarında insizyon seçimi hem estetik açıdan hem en önemli komplikasyonlardan biri olan nekroz gelişiminin engellenmesi açısından önemli bir aşamadır. Önceki skara bağlı insizyonun çeşitlendirilmesi, skarında insizyon ya da cilt eksizyon alanına dahil edilmesi, nipple-areola kompleksinin dermal pedikülünün yakın bir skar varlığında zıt tarafa alınması olası nekroz gelişimini önleyebilir ya da nekroz büyüklüğünü azaltılabilir. Bununla birlikte nipple koruyucu mastektomi adayları olan hastalarda Genel Cerrahi tarafından yapılan memede kitlenin eksizyonuna yönelik işlemlerdeki insizyonların sonraki insizyon seçenekleri dahilinde yapılması, hem estetik olarak görünür ek bir skarın oluşmasını engelleyebilir hem de cilt fleplerinin dolaşımını azaltabilecek ek skarlar oluşturmayarak olası nekroz gelişimi azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: İmplant, Mastektomi, Nekroz, Skar

SB-14
Sıçanlarda random deri flebi yaşayabilirliğine sığla yağının etkisinin araştırılması

Adem Usta[1], Esin Avcı[2], Emel Kılınçarslan[3], Bahriye İnci Gökalan Kara[4]
[1]Iğdır Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Iğdır
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Denizli
[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli
[4]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Günümüzde rekonstruktif cerrahide aksiyel paternli fleplerin uygun olmadığı durumlarda random deri flepleri sıklıkla tercih edilir. Random fleplerde en iyi planlama ve en iyi cerrahi tekniğe rağmen gelişen distal uç nekrozu tatminkar sonuçların önüne geçebilir. Flep nekrozunun önlenmesi amacıyla çalışmalarda sistemik yan etkilerinin az olmasıyla lokal etkili ajanlar topikal olarak kullanmışlardır. Farklı çalışmalarda topikal uygulanan hirüdoid, minoksidil ve nitrogliserin gibi ajanların flep yaşayabilirliğine olumlu etkisi gösterilmiştir. Medikal ajanların yanı sıra kapsaisin, copaiba oil, ozonlanmış zeytinyağı gibi etnofarmasotik maddelerinde flep yaşayabilirliğine olumlu etkileri gösterilmiştir. Literatür taramasında bir etnofarmasotik olan sığla yağının antioksidan, antiinflamatuar, antibakteriyel, antiülserojenik etkinliği gösterilmiştir. Ancak sığla yağının flep yaşayabilirliğine etkisi hakkında çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamızda sığla yağının ve ekstraktlarının sıçanlarda flep yaşayabilirliğine etkisini, güncel biyokimyasal oksidatif stres belirteçleri olan serum TOS (Total oxidant status), TAS (Total anti-oxidant status) ve tiyol seviyelerini, ayrıca fleplerin histopatolojik değerlendirmelerini yaparak sonuçları karşılaştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi (PAÜTF) Hayvan Deneyleri Etik Kurulu'nun 29/01/2019 tarih ve 60758568-020/13971 sayılı onayı ile Deney Hayvanları Araştırma Laboratuarı'nda yapılmıştır. Çalışmada kullanılan sığla yağı ekstraktlarının eldesi aynı üniversitenin İleri Teknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmada Wistar Albino cinsi 250-300 g ağırlığında 32 erkek sıçan rastgele 4 gruba ayrıldı. Sıçanlarda 1:3 en-boy oranında olacak şekilde 3x9 cm'lik kaudal tabanlı dorsal yarımada flebi kaldırıldı. Flepler 5/0 keskin iğneli naylon dikişle süture edilerek defekte iadesi sağlandı. Fleplerin yara bakımları deney prosedürüne uygun şekilde yapılmak üzere sıçanlar tekli kafeslere yerleştildi.

Grup 1 (n=8) serum fizyolojik ile pansumanı yapıldı.

Grup 2 (n=8) sığla yağının su ekstraktı ile topikal pansumanı yapıldı.

Grup 3 (n=8) sığla yağının hekzan ekstraktı ile topikal pansumanı yapıldı.

Grup 4 (n=8) sığla yağı ile topikal pansumanı yapıldı. 7. Günün sonunda sıçanlardan biyokimyasal oksidatif stres belirteçleri olan serum TOS, TAS ve tiyol seviyelerini değerlendirme amacıyla 2 ml kan alındı. Sıçanlara yüksek doz ketamin ile ötenazi yapıldı. Sıçanlar nekroze alan hesaplanması için eşit mesafeden fotoğraflandı. Histopatolojik olarak değerlendirme amaçlı nekroz geçiş zonundan doku örnekleri alındı. Sıçanlarda yaşayan flep yüzey alanı, histopatolojik örneklerde ise PNL (Polimorf nüveli lökosit) infiltrasyonu, papiller ve retiküler dermis ödemi, ektravaze eritrosit, kollajen ve damar yoğunlukları karşılaştırıldı. Çalışmada elde edilen tüm veriler SPSS17.0

paket programıyla analiz edildi. Bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı.

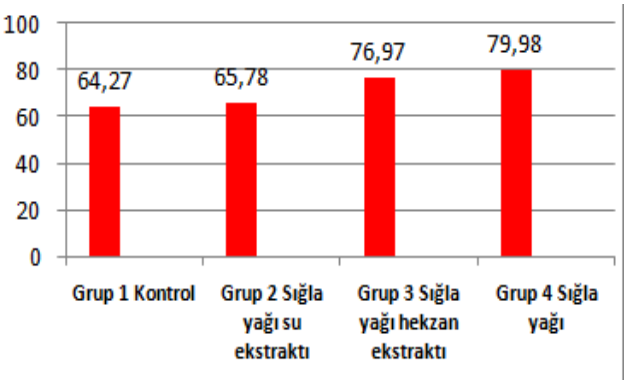
Bulgular: En yüksek flep yaşayabilirliği grup 4 sığla yağı ile tedavi grubunda görüldü(%79,98±9,95). Grup 3 sığla yağının hekzan ekstraktı ile tedavi grubununda flep yaşayan alan yüzdesi grup 4'e yakın hesaplandı(%76,97±9,68). Grup 1 kontrol grubu ve grup 2 sığla yağının su ekstraktı ile tedavi edilen grupta anlamlı şekilde flep yaşayan alan yüzdeleri birbirine yakın ve düşük saptandı (sırasıyla %64,27±9,09 ve %65,78±8,44)(p<0,006).

Histopatolojik değerlendirmede grup 4'te PNL infiltrasyonu ve eritrosit ekstravazasyonu daha az görüldü(Sırasıyla p<0,002 ve p<0,004). Papiller dermis ve retiküler dermis ödemi grup 4'te en az görüldü(Sırasıyla p<0,001 ve p<0,029). Yeni damar oluşumu grup 4'te diğer gruplara göre daha yüksek bulundu(p<0,002). Serum TOS seviye ortalaması en yüksek grup 1'de ölçülürken en düşük ortalama grup 4'te saptandı. Diğer yandan grup 3 serum TOS seviyesi grup 4'e yakın olarak ölçüldü(p<0,581). Grupların serum TAS düzeyleri değerlendirildiğinde, grup 4 en yüksek ortalama değere, grup 1 ise en düşük ortalamaya sahipti(p<0,138). Her bir sıçanın nativ tiyol serum seviyesi değeri total tiyol serum seviyesi değerine oranlandı. Her sıçana ait oranların kendi grupları içinde ortalamaları alındı ve en yüksek değer grup 4'te görüldü. Grup 1 ve grup 2'de birbirine yakın oranlar elde edildi. En düşük oran ise grup 3'te bulundu(p<0,527).

Tartışma-Sonuç: Çalışmamızda sığla yağı ile tedavi grubunda flep yaşayabilirliğinin arttığı, nekrozun azaldığı gösterilmiştir(p<0,006). Öçsel ve ark. çalışmamızın sonuçlarıyla örtüşür şekilde domuzlarda kısmi ve tam kat yara iyileşmesinde re-epitelizasyon, granülasyon oluşumunun sığla yağı ile tedavi grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığını deneysel çalışmalarında göstermişlerdir. Çalışmamızda PNL infiltrasyonunun grup 4 ve grup 3'te anlamlı şekilde düşük olduğu görüldü(p<0,002). Sığla yağının inflamatuar hücrelerin aktivitesini azalttığını düşünmekteyiz. Ayrıca grup 4'te fleplerde eritrosit ekstravazyonu (p<0,004), papiller dermis ödemi(p<0,001), retiküler dermis ödeminin(p<0,029) istatistiksel olarak anlamlı şekilde az olmasının yine sığla yağının PNL sayısındaki azalmaya(p<0,002) bağlı antiinflamatuar etkinliğiyle olduğunu düşünüyoruz. Sığla yağının flep nekrozunu azaltmasını daha önce yapılmış birçok çalışmada gösterildiği üzere azalmış doku ödemiyle ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Karadeniz ve ark. sığla yağının hücre zarı geçirgenliğinde inhibitör etkisini gösterdiği çalışmayla örtüşür şekilde grup 4'te eritrosit ekstravazasyonunun azalttığını gösterdik(p<0,004). Süzek ve ark. sığla yağının serbest oksijen radikallerine karşı koruyucu etkisini göstermişlerdir. Çalışmada grup 4 ve grup 3'te TOS seviyeleri düşük olarak gözlenmiştir(p<0,581). Veriler sığla yağı ve hekzan ekstraktı ile tedavi edilen fleplerin oksidatif süreci daha sınırlı geçirdiği hakkında fikir verebilir. Çalışmada oksidatif süreçle metabolizmanın ilişkisi hakkında bilgi veren serum TAS düzeyleri ölçüldü. Flep yaşayabilirliği arttıkça TAS düzeylerininde istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görüldü(p<0,138). 2018 yılında Zhang ve ark. sığla yağının yenidoğan Wistar ratlarından elde edilen kortikal astrositlerde deneysel oksijen-glukoz yoksunluğu ve reoksijenasyonun neden olduğu primer astrosit hasarında inflamatuar sitokinlerin ekspresyonunun azaldığı gösterilmiştir. Sığla yağının bu etkiyi NF-κB(Nükleer Faktör Kappa Beta) sinyal yolu aracılığı ile yaptığı gösterilmiştir. Sığla yağının nöroprotektif etkisinin bileşenlerini ve mekanizmalarının detaylarının nasıl işlediği ile ilgili gelecek araştırmalar oldukça önemlidir. Sonuç olarak sığla yağının flep yaşayabilirliğini arttırdığını, ayrıca dokuda inflamatuar hücrelerin fonksiyonlarını azalttığını, doku ödemini ve eritrosit ekstravazasyonunu azalttığını, antioksidan etkinliğini gösterdik. Sığla yağı, etnofarmasötik tedavilerin ucuz olmaları, kolay erişilebilmeleri, uygulanabilmelerine bir örnektir. Literatürde sığla yağı-flep yaşayabilirliği hakkında çalışma bulunmamaktadır, çalışmamız bir ilk olup gerek doz gerek süre ile ilgili ideal sonuçların elde edilmesi açısından yapılacak çalışmalara öncülük edecektir.

Anahtar Kelimeler: *Deri Flebi, Flep Yaşayabilirliği, Sığla Yağı*

Şekil 1. Grupların flep yaşayabilirliği oranları yüzde olarak gösterilmiştir(p<0,006).



SB-15
Geniş meningomyelosel defekti onarımında modifiye bipediküllü fasyokutan fleple ilgili deneyimlerimiz

Nese Kurt Ozkaya[1], Ali Rıza Erçöçen[2]
[1]*Sivas Cumhuriyet Ünv. Tıp Fk. Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi A.D. Sivas*
[2]*Bayındır Sağlık Grubu İçerenköy Hastanesi, Levent Tıp Merkezi Plastik Rek. Estetik Cerrahi. Ataşehir/İstanbul*

Amaç: Meningosel (MS) ve meningomyelosel (MMS) onarımında anatomik bütünlüğü olmayan nöral tüp ve duranın onarımı ve bunların üzerinin sağlıklı, kalın cilt ve deri altı dokularla ve minimum yara gerginliği ile onarılması gerekir [01]. Geniş meningomiyelosel defektlerinin kapatılması için, defekt etrafından birçok yönde gevşetici insizyonlar, lokal transpozisyon deri flepleri, kas flepleri, veya kas-deri kombine flepleri gibi çok sayıda teknik tanımlanmıştır [2,3,4,5,6,7]. Bu çalışmada amaç geniş meningomyelosel defektlerini kapatmak için kullandığımız modifiye bipediküllü fasyokutan fleple ilgili deneyimlerimizi sunmaktır.

Yöntem-Gereçler: Zook ve ark. ları [08] tarafından yapılan ve 1969 da yayınlanan bir çalışmada geniş defektleri kapatmak için bipediküllü fasyokutan flepler tanımlanmıştır. 1996 yılında ise geniş meningomyelosel defektlerini kapatmak için fasiokutan flepler için yapılan bir anatomik çalışmada ise bipediküllü planlanan fasyokutan fleplerin güvenli ve yeterli doku aktarımı sağlayan flepler olduğu bildirilmiştir. Fleplerde donör alanların hemen veya ikincil bir cerrahi yapılarak deri grefti ile kapatılabileceği vurgulanmıştır [01]. Bipediküllü fasyokutan fleple ilgili Erçöçen ve ark.[09] 1999 yılında geç onarım yapılan 13 vakalık bir olgu serisi sunmuşlardır. Bu çalışmada tüm

vakaların lateral insizyonları primer kapatılmış ve flep ile axiller bölgedeki cilt arası konulan dikişler gerginlik oluşturur ise veya oluşan gerginlik sırttaki orta hattaki dikişlere gerginlik uygularsa donör alana deri grefti konulabileceği bildirilmiştir. Bipediküllü fasyokutan fleplerde diseksiyon esnasında özellikle inferiorda gluteal, süperiorda ise torakodorsal ve sircumflex scapular arterin dalları korunarak güvenli bir diseksiyon yapılır [01,09]. Kliniğimizde bipediküllü flep planlanırken arka axiller çizgi çizilip, bu çizgi üzerinde defektin craniogluteal yönde orta noktası hizasında işaretlenir. Defektlerin cranial ve gluteal sınırlarının lateralinden bu noktadan çizgi çizilir. Bu iki çizgi arası açı 60-90 derece arasıdır. En az defekt yarıçapı kadar bipediküllü flep genişliği korunur. Lateralde v şeklinde en fazla defekt yarıçapı uzunluğunda cilt-ciltaltı insizyonu ile defektin kenarlarından fasyokutan bipediküllü flep diseke edilerek birleştirilir. Diseksiyon esnasında özellikle gluteal ve cranial yönde perforatör arter ve venler korunmaya çalışılır. Fleplerin diseksiyonu sağlanmış olur. Flepler orta hatta meningomyelosel defektinin kapatılmasında kullanılır. Lateralde yapılan insizyona V-Y ilerletme şeklinde kapama yapılır. Şekil 1 de flep planlamasının şematik çizimi, Şekil 2 de ise modifiye bipediküllü fasyokutan fleple onarım yapılan hasta ve postop erken dönem görünümü görülmektedir. Özellikle gibbusu olan hastalarda flebin gerilimi artar, bu tip hastalarda özellikle gluteal ve cranial tarafta perforatörlerin korunması flebi venöz konjesyondan korur. Şekil 2 de gibbusu olan hastanın venöz konjesyon oluşumu ve geç dönem sonucu görülmektedir. Bu planlama ve lateralde V-Y kapama ile flep donör alanda deri grefti ihtiyacı ve gerginlik azalır.

Çalışmaya 2005-2020 yılları arası sırtta meningomyelosel defekti için plastik rekonstrüktif estetik cerrahi kliniği tarafından flep yapılan hastalar dahil edildi. Onarım yapılan hastaların fleplerinin revizyon ihtiyacı, kısmi veya tam nekroz oranları, donör alan defektlerinin deri greft ihtiyaç oranları ve ek cerrahi alan oluşturulma oranları, donör alan morbiditesi, yaş, cinsiyet, gibi demografik özelliklerini karşılaştırıldı.

Bulgular: Tablo 1 de görüldüğü üzere hastalarin 49'u erkek, 39'u kız idi. Tüm hastalar doğumdan sonraki ortalama 2.5 (±3.15) (min1-max15) gün içerisinde opere edilmiş idi. Hastaların 26'sı MS ve 62'si MMS idi. MS ve Meningomyelosellerin 55'i lumbosakral bölgede iken 33'ü torakolomber bölgede idi. Ortalama defekt boyutu 41.4cm2 idi. Toplam 88 hastanın 67'sine modifiye bipediküllü fasyokutan flep yapılmıştı. Modifiye bipediküllü fasyokutan flep yapılan hastaların yalnız 2 sinde V-Y ilerletme yapılan yerde dehiscense olması nedeniyle deri grefti konulmuştu. Orta hatta herhangi bir komplikasyon olmamıştır (Tablo 2).

Sonuç olarak geniş meningomyelosel defekti olan hastalarda bipediküllü fasyokutan fleplerin lateral insizyonlarına yapılan V-Y şeklinde modifikasyon ile flep gerginliği ve greft ihtiyacı azalır.

Referanslar

[1]. Iacobucci JJ, Marks MW, Argenta LC. Anatomic studies and clinical experience with fasciocutaneous flap closure of large myelomeningoceles. Plast Reconstr Surg. 1996;97(7):1400-1410.

[2]. Atik B, Tan O, Kiymaz N, Yilmaz N, Tekes L. Bilobed fasciocutaneous flap closure of large meningomyeloceles. Ann Plast Surg. 2006;56(5):562-564.

[3]. Tenekeci G, Basterzi Y, Unal S, et al. Comparison of Dorsal Intercostal Artery Perforator Propeller Flaps and Bilateral Rotation Flaps in Reconstruction of Myelomeningocele Defects. Turk Neurosurg. 2019;29(1):83-89.

[4]. Gümüş N. A new approach to closure of myelomeningocele defect: z advancement-rotation flap. Ann Plast Surg. 2008;61(6):640-645.

[5]. Moore TS, Dreyer TM, Bevin AG. Closure of large spina bifida cystica defects with bilateral bipedicled musculocutaneous flaps. Plast Reconstr Surg. 1984;73(2):288-292.

[6]. Ozçelik D, Yildiz KH, Iş M, Döşoğlu M. Soft tissue closure and plastic surgical aspects of large dorsal myelomeningocele defects (review of techniques). Neurosurg Rev. 2005;28(3):218-225.

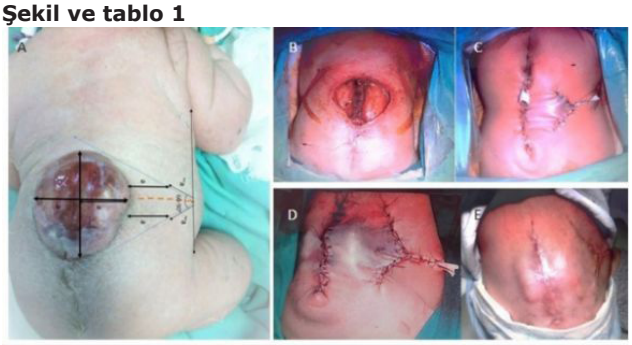
[7]. Patel KB, Taghinia AH, Proctor MR, Warf BC, Greene AK. Extradural myelomeningocele reconstruction using local turnover fascial flaps and midline linear skin closure. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65(11):1569-1572.

[8]. Zook EG, Dzenitis AJ, Bennett JE. Repair of large myelomeningoceles. Arch Surg. 1969;98(1):41-43.

[09]. Ercöcen AR, Can Z, Berk Ç, Özegencil E, Yormuk E. Geniş lumbosakral Meningomyelosel defektlerinin bipediküllü fasiyokütan fleplerle onarımı. CÜ Tıp Fak Derg 21 (2):93-99, 1999.

Anahtar Kelimeler: *Geniş meningomyelosel defekti, bipediküllü fasyokutan flep modifikasyonu, V-Y ilerletme*

Şekil ve tablo 1



Demografik özellikler		Fleplerin değerlendirilmesi	
Cinsiyet % K/E	45 / 55	**Flep Şekli**	
Yaş (Min-Max)/gün	2.5 (1-15)	Bipediküllü fasyokutan (tek / çift taraflı)	8 /59
MS / MMS %	29.4 / 70.6	V-Y ilerletme	4
Defektin yeri (TL/LS) (%)	37.5 / 62.5	Limberg	4
Defekt Boyutu Ort. (±SD) cm²	41.4 (24.1)	Gluteal fasyokutan flep	1
		Primer	12
		Komplikasyon* (%)	2.3 Dehiscense (Deri grefti)
MS; Meningosel, **MMS**; Meningomyelosel, **TL**; Torakolomber, **LS**; Lumbosakral		***Bipediküllü fasyokutan flebin komplikasyon oranı**	

Şekil 1A; Flep planlamasının şematik çizimi, 1B-C; Flep planlaması ve postop erken dönem görünümü, 1D-E; Gibbusu olan hastanın fleple onarım sonrası venöz konjesyon oluşumu ve geç dönem görüntüsü. Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri ve Fleplerin değerlendirilmesi

SB-16
Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Değişen Boyutlardaki Kemik Grefti Viabilitesi Üzerine Etkisi

Mehmet Alkan, Erhan Sönmez
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tavşandaki vaskülarize kemikli serbest doku nakli – kemik grefti operasyonlarının geçiş defekt boyutu saptanarak hayvan modeli oluşturulması ve riskli viabilite boyutlarındaki kemik greftlerinde hiperbarik oksijen tedavisinin etkisinin ortaya koyulması

Gereç-Yöntem: Bu çalışmamızda toplam 28 Yeni Zellanda tavşanı, viabilitenin risk altına girmeye başladığı greft boyutunu saptamak için 2cm, 3cm ve 4cm çapındaki (yaklaşık 3cm2, 7cm2 ve12cm2) defekt boyutları ve greft konulacak 3 grup ve riskli boyut saptandıktan sonra aynı boyutta defekt tekrar oluşturulup greft konularak HBO tedavisi uygulanacak 4. grup olacak şekilde bölündü. 1. grupta 7 tavşanda biparietal bölgede 20mm çapında

sirküler osteotomiler yapıldı. Kemik adası deperioste edilerek greftin üst tarafına galeal tabakadan difüzyonu engelleyecek daha geniş sterilpudrasız eldiven (difüzyonu engelleyecek bariyer) yerleştirildi.1. ayın sonunda hayvanlar uygun şekilde sakrifiye edilipgrefti ve etraftaki sağlam kemik dokuyu içerecek şekilde osteotomi yapılarak patolojik piyesler elde edildi. Patolojik inceleme sonucunda istenilen iskemi-nekroz oranları elde edilmesi üzerine aynı sayıda tavşanla çalışma tekrarlandı. 2. gruptan da aynı sonuçların elde edilmesi üzerine diğer defekt boyutu ve greft gruplarının çalışılmasına gerek olmadığına karar verildi. 3. grup olarak 14 tavşanda çalışma tekrarlanıp, operasyon sonrası 1 ay boyunca 2,4 ATA %100 oksijen 90dk haftada 5 gün HBO tedavisi uygulandı. 1 ayın sonunda tavşanlardan patolojik piyesler elde edilip sonuçlar kıyaslandı.

Bulgular: 1 ay boyunca normobarik ortamda oda havası ile takip edilen 2cm çapında defekt oluşturulan 14 tavşandan alınan örneklerde histolojik olarak greft merkezindeki osteositlerin çekirdeklerini kaybederek apoptoza gittiği ve bu ölü hücre yüzeyinin greft boyutunun %14-17'sini oluşturduğu, osteotomi hattında membranöz yapıda yeni kemik oluşumunun gerçekleştiği gözlemlendi. 2. yapılan çalışmada 2cm çapında defekt oluşturulan ve 1 ay boyunca haftada 5 gün 2,4 ATA %100 oksijen 90dk HBO tedavisi alan 14 tavşandan alınan örneklerde histolojik olarak greft merkezindeki osteositlerin çekirdeklerini kaybederek apoptoza gittiği ve bu ölü hücrelerin greft boyutunun %5-7'sini oluşturduğu, osteotomi hattında daha kompakt yapıda yeni kemik oluşumunun gerçekleştiği gözlemlendi. HBO tedavisi almayangruptan alınan piyeslerde canlı greft dokusu %22-25'ini, ölü greft dokusu %14-17'sini, ilik dokusu %24-26'sını, fibröz doku %5-7'sini, yeni kemik dokusu %26-28'ini oluşturmaktadırHBO tedavisi alan gruptan alınan piyeslerde canlı greft dokusu %25-28'ini, ölü greft dokusu %5-7'sini, ilik dokusu %25-28'ini, fibröz doku %6-8'sini, yeni kemik dokusu %31-34'ünü oluşturmaktadır.

Sonuç: Elde edilen verilerin istatiksel olarak değerlendirilmesi sonucu HBO tedavisinin konulan greftin ve ilik dokusunun viabil kalmasında etkili olduğu, fibröz doku ve yeni kemik doku oluşumunda katkı sağladığı, greft dokusundaki nekroz oranında ise azalma sağladığı gösterilmiştir ($p<0,05$).Bu da HBO tedavisinin, difüzyonla beslenmede viabilitesini koruyamayacak boyuttaki greftlerde viabiliteyi olumlu yönde etkilediği, greftte viabil kalan doku miktarını arttırdığı, nekroze giden doku miktarını azalttığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Canlı greft dokusu, fibröz doku, greft iyileşmesi, ilik dokusu, ölü greft dokusu, tavşan kafatası*

Biparietal 2cm çaplı osteotomi sonrası

HBO tedavisi alan ve almayan grupların karşılıklı olarak Independent Samples Test ile analizi

	Doku Türü	Canlı Greft Dokusu	Ölü Greft Dokusu	İlik Dokusu	Fibröz Doku	Yeni Kemik Dokusu
F		0,924	1,681	0,160	0,002	0,458
Sig.		0,345	0,206	0,692	0,969	0,505
t		-11,995	42,197	-4,993	-2,153	-17,859
df		26	26	26	26	26
Sig. (2-tailed)/p değeri		0,000	0,000	0,000	0,041	0,000
Mean Difference		-2,9286	9,7143	-1,3286	-0,4286	-5,0286
Std. Error Difference		0,2441	0,2302	0,2661	0,1990	0,2816
%95 Confidence İnterval of the Difference Lower		-3,4304	9,2411	-1,8756	-0,8377	-5,6073
%95 Confidence İnterval of the Difference Upper		-2,4267	10,1875	-0,7816	-0,0195	-4,4498

SB-17
Fetal Plastik Cerrahi: Neredeyiz ve Neler Yapabiliriz

Hasan Büyükdoğan
SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Giriş: Tarihsel olarak fetal cerrahi, konjenital anomalilerin iz bırakmadan düzeltilmesinin cazibesi ile plastik cerrahları kendine çekmiş olsa da, fetal plastik cerrahinin riskleri faydalarından çok daha ağır basmış ve planlanan bir çok müdahale hiçbir zaman gerçekleşmemiştir. Minimal invazif fetoskopik cerrahi ile fetal cerrahideki mevcut gelişmeler, bu erken fetal müdahaleleri daha güvenli hale getirerek uygulama yelpazesinde zenginleşme sağlamıştır. Fetal cerrahide plastik cerrahın rolü şimdilik sınırlı olsa da, bu makale fetal cerrahinin geçmişine ve gelecekte plastik cerrahi için önemli olabilecek ilerlemelere ilişkin bir inceleme sunmaktadır.

Yöntem: Fetal cerrahi sahası, plastik cerrahların ilgisini ilk olarak yarık dudak onarımı için çekmiştir. Bu patolojinin

in-utero oanrımı artık gözden düşmüş olsa da, plastik cerrahini ilgi alanına giren amniyotik bant sendromunun fetal tedavisinde ve MMS onarımlarında fetal cerrahi rol oynamaya hala devam etmektedir ve kraniosinostoz gibi alanlarda devam eden araştırmalar mevcuttur. 80'li ve 90'lı yıllarda yapılan çalışmalarda insanda fetal cerrahinin mümkün olduğu gösterilmesine rağmen takip eden yıllarda yapılan çalışmalarda hayatta kalma oranları ya da cerrahi sonuçlarda herhangi bir gelişme kaydedilememiştir. Fetal ölümle sonuçlanan bir çok komplikasyonun yan ısıra in-utero opere edilen ve hayatta kalan bir çok fetüs ile postnatal opere edilen hastalar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bu sebeple fetal cerrahinin uygulanabileceği hastaları belirlemekte ciddi cerrahi kriterleri geliştirilmiştir ve hastalar, hayatı tehdit eden duruma sahip olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırılmıştır. Fetal cerrahi girişimler açık ve kapalı(minimal invazif) olarak iki grupta incelenir. Açık teknik halen MMS, konjenital kistik adenom, akciğer kitlelerinin eşlik ettiği konjenital pulmoner havayolu malformasyonları ve sakrokoksigeal teratomlar gibi vakalarda endikedir. Kapalı teknik ise konjenital diyafram hernisi, ikizden ikize transfüzyon sendromu, koryoanjiyom, vasa previa, amniyotik bant sendromu, alt üriner yol obstrüksiyonları, ciddi aortik veya pulmoner stenoz ve plevral efüzyonlar gibi durumlarda kullanılmaktadır.

Tartışma: Günümüzde yeni doğan bebeklerin %3'ünde kompleks bir doğum anomalisi bulunmaktadır ve antenatal tespit edilebilen bu anomalilere dünyada sadece kısıtlı sayıda merkezde in-utero müdahale edilebilmektedir. 1981 yılında histerotomi ile ilk açık fetal cerrahinin uygulanmasının ardından bu alanda gerçekleşen hızlı gelişmeler, meningomyelosel (MMS), sakrokoksigeal teratom, obstrüktif üropati ve konjenital diyafram hernisi gibi konjenital malformasyonlu fetüslerin yanı sıra ikiz-ikiz transfüzyon sendromu ve koryoanjiyom gibi plasental anomalilerin in-utero tedavi edilmesine olanak sağlamıştır. Geçmişte fetal cerrahi plastik cerrahlar arasında yarık damak dudak onarımı ve kraniosinostozların düzeltilmesinde ilgi odağı olmuş olsa da günümüzde meningomyelosel onarımı ve amniyotik bant sendromunun düzeltilmesinde kullanılmaktadır.

Sonuç: İlk defa ortaya atıldığı 50 yıl öncesinden beri fetal cerrahi alanında dramatik gelişmeler ve değişiklikler meydana gelmiştir. Gelişen teknoloji ve inovatif teknikler sayesinde konjenital malformasyonların ve hayatı tehdit eden in-utero durumların tedavisinde büyük yol kat edilmiştir. Bu cerrahi saha inovatif yöntemler sayesinde genişledikçe, plastik cerrahların rolü ve konjenital anomalilere müdahale zamanlaması da değişmeye ve gelişmeye devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: *fetal cerrahi, intrauterin onarım, konjenital malformasyonlar, komplikasyon, meningomyelosel, yarık damak dudak*

SB-18
Kısmi Kalınlıkta Alınan Greft Donör Sahasına Uygulanan Tritone Fort® Kremin 90 Günlük İyileşme Sürecinde Melanosit Sayısı Üzerine Etkisinin Araştırılması

Dudu Dilek Yavuz[1], Nermin Karahan[2], Turgut Ortak[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Derinin tüm yapısal elemanları yaralanma sonrası skar formasyonunda yer alırlar, böylece yaranın rengi çevre normal dokudan ayrılır. Çünkü epidermisin hücresel komponentleri kalitatif ve kantitatif değişikliklere uğrar. Epidermisteki pigment değişikliklerinin ana nedeni yara iyileşmesi sırasında epidermal melanin ünitesinin dağılması ve ünite üyelerinin (keratinositler ve melanositlerin) reepitelizasyon sırasında farklı davranmalarıdır. Donör sahanın bakımı ve iyileşmesi ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma olup en optimal tedavinin hangisi olduğu konusunda görüş ayrılıkları mevcuttur. Greft donör sahası iyileşmesinde sıvı kaybı, ağrı, uzun iyileşme süresi, enfeksiyon gibi bazı komplikasyonlar görülebilmekte ve greft donör sahası ileri dönemde hipertrofik skar veya pigmentasyon bozuklukları ile kötü bir görünüme sahip olabilmektedir. Pigmentasyon bozukluğu hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon şeklinde görülebilir. Ancak hastada hangi tip pigment bozukluğunun olacağı önceden net olarak bilinmemekte olup kişinin genetik yapısı ve cilt tipi ile ilişkilendirilmektedir. Tritone Fort® Krem içerisindeki aktif maddeler tirozinaz inhibisyonu (kojik asit, arbutin ve meyan kökü ekstreleri), kimyasal peeling (salisilik asit ve glikolik asit), antienflamatuar etki (askorbik asit) ve melanozom transfer hızı azaltması (Niasinamid) ile etki göstererek hiperpigmentasyon tedavisinde yer almaktadır. Çalışmamızda, kısmi kalınlıkta alınan deri grefti donör sahasında oluşabilecek pigment değişikliklerinin araştırılması amacıyla, Tritone Fort® krem ve plasebo(sıvı vazelin) uygulanmış kısmi kalınlıkta alınmış greft donör sahalarından preoperatif, postoperatif 1.gün, postoperatif 21. gün ve postoperatif 90. gün alınan deri biyopsilerinde aktif melanosit sayımı yapılarak melanosit sayısı üzerine Tritone Fort® kremin etkisi araştırılmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya gönüllülük esasına dayanılarak kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarılabilecek defektleri olan veya yapılacak ameliyat gereği kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarılabilecek defektleri oluşabilecek hastalar seçilmiş ve hastalardan uygulanacak tedavi ve sonrasında alınacak biyopsiler için onamları alınmıştır. 18-60 yaş arası, okur yazar, herhangi bir ek hastalığı bulunmayan, 10 erkek hasta dahil edilmiştir. Cilt tiplerine göre hastalar açık ten (Fitzpatrick cilt tipi 3) ve koyu ten (Fitzpatrick cilt tipi 4) olarak 2 gruba ayrılmıştır. Her 2 hasta grubunda da 5 hasta bulunmaktadır. Çalışma için her hastanın sağ veya sol uyluk anterolateralinden aralarında yaklaşık 1-1,5 cm boşluk bırakılacak şekilde 0,016 inch kalınlığında Humeca® 4.D80 motorlu dermatom ile parsiyel kalınlıkta 2 adet deri grefti alınmıştır. Hastaların greft donör sahalarına epitelizasyon tamamlanıncaya kadar Tritone Fort® krem ve sıvı vazelin günde 2 kez yarı kapalı pansuman şeklinde, epitelizasyon tamamlandıktan sonra ise hasta postoperatif 90. güne kadar sıvı vazelin ve Triton Fort® kremi hastanın kendisi tarafından günde 2 kez tariflendiği biçimde uygulanması sağlanmıştır. Hastalar preoperatif, postoperatif 1., postoperatif 21. ve postoperatif 90. günde fotoğraflama ve alınan punch biyopsi örneklerinde immunohistokimyasal (HMB 45 ve

Melan A boyaları) olarak boyanan aktif melanositlerin sayımı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Histopatolojik kesitleri alınan biyopsi materyallerinin bazal tabakalarında ortalama 250 hücre sayılmış ve 250 hücre içerisindeki melanositler sayı olarak kaydedilmiştir. Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde genel analiz için "Repeated Measures Anova" testi uygulanmıştır. HMB 45 ve Melan A boyası için yapılan genel testin ardından zaman boyutunda tedavi türlerinin farklarının incelenebilmesi ve ikili grupların karşılaştırılmasında analizlere Wilcoxon testi ile devam edilmiştir. Sıvı vazelin uygulanan hastalarda 90. günde melanosit sayılarının 0. güne göre yüksek olduğu görülmüş, Triton Fort® krem uygulanan hastalarda ise grubunda 90. günde melanosit sayısının hem 0 hem de 21. günlere göre istatistiksel olarak anlamlı azaldığı gözlemlenmiştir. Wilcoxon testi ile her değerlendirme zamanı için tedavi grupları karşılaştırıldığında Triton Fort® krem grubunda melanosit sayılarının hem 21 hem de 90. günlerde vazelin grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur.

Tartişma Ve Sonuç: İyileşmiş greft donör alanlarındaki renk değişiklikleri ile ilgili literatürde.herhangi bir yayın yoktur. Tritone Fort® krem yaklaşık 10 yıldır ülkemizde reçetesiz olarak satışı olan ve hiperpigmentasyon tedavisinde kullanılan bir üründür. Ancak ürünle ilgili gerek ülkemizde gerekse üretici firmanın satışını yaptığı diğer ülkelerde yapılmış herhangi bir klinik çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda Tritone Fort® krem kullanılan grupta melanosit sayısının her iki postoperatif ölçümde de preoperatif ölçümlere göre azaldığı görüldü. Halbuki sıvı vazelin kullanılan grupta 21. Günde anlamlı olmayan ancak 90. Günde anlamlılık düzeyine ulaşan bir artmış melanosit sayısı cevabı vardı. Bu çalışmada hasta sayısının az olması, hastaların skarlarının hiperpigmente veya hipopigmente iyileşeceğine ait kesin bulgu olmaması, epitelizasyondan sonra tedavileri kendilerinin düzenli olarak uygulanmasının sağlanması, biyopsi tarihlerinde ve rutin kontrol tarihlerinde düzenli poliklinik başvuralarının sağlanması, 90 günlük sürecin yara iyileşmesi açısından kısa bir süre olması çalışmanın çözülmesi gereken problemler arasında sıralanabilmektedir.
Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Biriminin 3111-TU-12 numaralı projesi ile desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Tritone Fort® Krem, Greft Donör Sahası, Melanosit Sayısı*

SB-19
Nazal ve Perinazal Defekt Rekonstrüksiyonunda Propellar Flep Sonuçlarımız

Özgür Turan, Mehmet Alkan, Batuhan Sert, Ersin Akşam
İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Nazal ve perinazal bölgedeki yumuşak doku defektleri sıklıkla travma ve tümör eksizyonları sonrasında oluşmaktadır. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda amaç fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde etmektir. Rekonstrüksiyonda sıklıkla tam kalınlıkta deri grefti, random deri flepleri ve alın flebi tercih edilir. Bu çalışmadaki amaç fasiyal arter bazlı propellar perforator flebin nazal ve perinazal bölgenin rekonstrüksiyonundaki avantajlarını ve dezavantajlarını göstermektir.

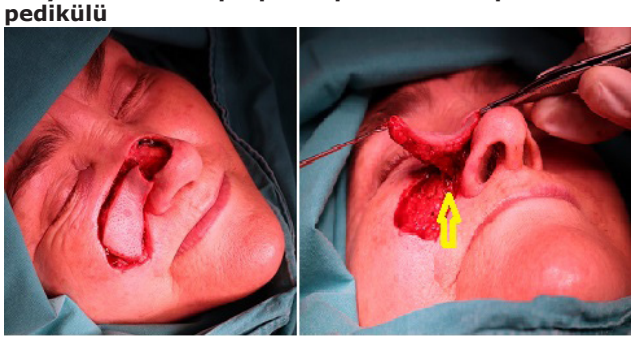
Gereç-Yöntem: Çalışma retrospektif olarak yapıldı. Ocak 2015 - Ocak 2020 tarihleri arasında Plastik Cerrahi Kliniğimizde nazal ve perinazal bölgedeki cilt tümörlerinin eksizyonu sonrasında oluşan yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda propellar perforator flep kullanılan 14 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgularımızın 10'u kadın 4'ü erkekti. Yaş aralığı 52-84, yaş ortalaması 65'ti. Defekt büyüklüğü 1,5X1,3 cm - 5,2X4,5 cm aralığında ölçülmüştür. Olgulardan 2'si genel anestezi, 1'i sedoanaljezi, 11 tanesi lokal anestezi altında opere edildi.

Bulgular: Olguların patoloji sonucu bazal hücreli karsinom (BCC) (n=10) (hastalardan 1'inin 2 kitlesi mevcut idi. İki kitlenin de patoloji sonucu BCC gelmiştir.), skuamöz hücreli karsinom (SCC) (n=1), aktinik keratoz (n=1), solar keratoz (n=1), benign fibroepitelyal neoplazm (n=1) olarak raporlanmıştır. Tüm olgularımızın cerrahi sınırları salim olarak raporlanmıştır. Total flep nekrozu (n=1), venöz yetmezlik sonrasında flep distalinde yüzeysel nekroz (n=1), kontraksiyon (n=1) saptanmıştır. Kontraksiyon medial kantal bölgeden burun lateraline uzanmakta olup alt göz kapağında çekilme yapmamıştır.

Sonuç: Nazal ve perinazal bölgenin tümör eksizyonu sonrasında oluşan yumuşak doku defektlerinde fasiyal arter bazlı propellar perforator flebin estetik ve fonksiyonel sonuçların alınması için uygun bir rekonstrüksiyon seçeneği olduğunu düşünmekteyiz. Rekonstrüksiyonda kullanılan deri greftinin hiperpigmentasyon ve kontraksiyon; random fleplerinin ise rotasyon arklarının az olması, köpek kulağı deformitesi, göz kapağında çekilme gibi dezavantajları vardır. Rekonstrüksiyonda sıklıkla kullanılan alın flebinin ise 2 veya 3 seans olması bu flebin esas dezavantajıdır. Perforator flepler ise rotasyon arklarının geniş olması, nihai skarın nazolabial oluğa gizlenmesi, tek seansta yapılabilmeleri nedeniyle daha avantajlı bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. Bu flepler anterograde ve retrograde akımlı olarak planlanabilirler. Retrograde akımlı fleplerin rotasyon arkları daha geniştir. Perinazal defektlerin aksine nazal defektlerin kapatılmasında retrograde akımlı perforator flep tercihi daha estetik sonuçların alınmasını sağlar. Bir hastamızda görülen kontraksiyonun nedeninin nazal dorsum bölgesindeki defektin anterograde akımlı propellar fleb ile onarılması olduğunu düşünmekteyiz. Perforator arterin çevresindeki yumuşak doku miktarı arttıkça venöz yetmezlik, perforator arterin kink yapması ve buna bağlı olarak arteryel yetmezlik görülme riski azalır. Buna karşın yumuşak doku miktarı arttıkça flebin rotasyon arkı azalır ve çevresindeki sağlıklı dokularda kontraksiyon görülme riski artar. Bir hastamızda görülen venöz yetmezlik sonrasında gelişen yüzeyel nekrozun sebebi perforator arterin çevresinde venöz dönüşü sağlayacak kadar yumuşak doku bırakılmaması olduğunu düşünmekteyiz. Bir hastamızda görülen total nekrozun nedeni ise flebin arterin besleyebileceğinden daha büyük planlanması ve arterin çevresinde yetersiz yumuşak doku bırakılması ve buna bağlı olarak kink yapması sonucu arteryel yetmezliğe gittiğini düşünmekteyiz. Bu çalışmadan elde ettiğimiz verilere göre perforator flep planlanırken defektin yerine, büyüklüğüne, flebin büyüklüğüne, flebin anterograde veya retrograde planlanmasına, perforator arter çevresinde bırakılan yumuşak doku miktarına dikkat edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *Perforator flep, fasiyal arter, propellar*

Fasyal arter bazlı propellar perforator flep ve pedikülü



SB-20
İleri Yaş Hasta Grubunda Alt Göz Kapağı Rekonstrüksiyonunda Etkin Bir Teknik: Tripier Flep Tekniğinin Geç Postoperatif Sonuçlarının Analizi

Burkay Akduman, Murat Kara, Koray Gürsoy, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Göz kapakları, yüzün fonksiyonel ve estetik özelliklere sahip benzersiz ünitelerilerinden biridir. Bu işlevlerin devamlılığı açısından periorbital bölgenin rekonstrüksiyonu büyük önem taşımaktadır. Göz kapağı yapı itibari ile birçok anatomik alt üniteden oluşmaktadır ve rekonstrüksiyonu eksik olan yapının benzeri ile onarılması esasına dayanır. Tripier flep, oluşan göz kapağı defektlerinin benzeri bir doku ile rekonstrükte edilmesi amacına uygun bir tekniktir. Ancak literatürde bu tekniğin postoperatif sonuçlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcut olup, bunlar olgu sunumları bazındadır. Hasta serisinin cerrahi sonuçlarını inceleyen çalışmaya rastalanmamıştır. Bu bağlamda çalışmamız, Tripier Flep tekniği kullanılarak alt göz kapağı rekonstrüksiyonunun uzun dönem postoperatif sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal-Metod: Ocak 2018 – Nisan 2019 yılı içerisinde Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde opere edilen ve Tripier flep ile alt göz kapağı rekonstrüksiyonu uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik özellikleri; defekt etiyolojisi, defekt boyut ve lokalizasyonu, uygulanan cerrahi tekniğin tipi, taburculuk ve takip süreleri, erken ve postoperatif komplikasyonlar ile estetik ve fonksiyonel sonuçları kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Alt göz kapağı rekonstrüksiyonu yapılan 9 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 73,4 (62 - 86 yaş) iken, kadın / erkek oranı 2/7 olduğu görülmüştür. Tüm hastaların etiyolojisinde malign deri tümörleri yer almıştır. Bazal Hücreli Karsinom (BCC) (% 55,5) en sık görülürken, Skuamöz Hücreli Karsinom (SCC) (% 22,2) ikinci en yaygın etyoloji olarak tespit edilmiştir. Defekt kompozisyonu göz önünde bulundurulduğunda, dört hastada sadece ön lamellayı içerirken parsiyel defekt mevcutken, beş hasta da tam kalınlıkta kapak defekti izlenmiştir. Defektlerin boyutları 5 x 14 mm ila 20 x 32 mm arasında olup ortalama 12 x 18 mm olarak ölçülmüştür. Dört hastaya lateral pediküllü, üç hastaya medial pediküllü, iki hastaya ise bipediküllü Tripier myokütanöz flebi uygulanmıştır. Tam kalınlıkta defekti olan hastalarda greftler ile konjuktiva rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Postoperatif komplikasyonlar arasında bir hastada akut dönemde belirgin venöz konjesyon, bir hastada ise kronik flep ödemi gözlenmiştir. Hastaların ortalama takip süresi 19.6 ay (28 – 13 ay) takip edilmiş olup takipler sonrası estetik ve fonksiyonel sonuçlar tüm hastalarda oldukça tatmin edici olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Tripier flep, diğer rekonstrüksiyon tekniklerinden farklı olarak alt göz kapağını benzer dokuyla onarılmasını sağlayan etkin bir tekniktir. Teknik olarak üst göz kapağındaki fazla dokunun kullanılması sebebiyle, ileri yaş hastalarda bölgesel diğer dokuların kullanılmasına ihtiyaç olmamakta ve skar doğal çizgilerde gizlenmektedir. Tüm bu özelliklerin bir sonucu olarak estetik ve fonksiyonel sonuçlar oldukça tatmin edicidir ve komplikasyon oranı düşük bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: *Eyelid, eyelid reconstruction, Tripier Flap*

Resim 1

Cerrahi ve Postoperatif Data

Tümör Yönü	Defekt Genişliği	Defekt Uzunluğu	Defekt Konfigürasyonu	Tripier Flep Tipi	Greft Kullanımı	Patolojik Tanı	Taburculuk Zamanı	Takip Süresi
Sol	14	19	PK	Medial Pedikül	Kondral Greft	BCC	1	28
Sol	20	32	PK	Lateral Pedikül	Kondral Greft	BCC	1	26
Sağ	8	10	PK	Lateral Pedikül	Yok	BSC	1	23
Sağ	5	14	TK	Medial Pedikül	Mukozal Greft	BCC	1	23
Sol	13	15	TK	Bipedikül	Muko-Kondral Greft	SCC	2	19
Sol	7	13	TK	Lateral Pedikül	Mukozal Greft	SCC	1	17
Sağ	10	18	TK	Medial Pedikül	Mukozal Greft	BCC	1	15
Sol	16	21	TK	Bipedikül	Muko-Kondral Greft	BSC	2	13
Sağ	15	20	PK	Lateral Pedikül	Mukozal Greft	BCC	1	13

PK: Parsiyel Kalınlık, TK: Tam Kalınlık, BCC: Bazal Hücreli Karsinom, BSC: Bazo-skuamous Hücreli Karsinom, SCC: Skuamoz Hücreli Karsinom. Not. Morfometrik ölçümler milimetre cinsinden verilmiştir. Taburculuk süreleri gün, takip süreleri ay olarak verilmiştir.

SB-21
Tam Kat Kranial Defektlerin Polimetilmetakrilat ile Onarımı

Tolga Aksan[1], Gökalp Silav[2],
Muhammed Beşir Öztürk[1], Mithat Akan[3]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Memorial Şişli Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
[3]Serbest Hekim

Amaç: Kranyum kemik defektleri konjenital, travma, tümör ve enfeksiyon gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir(1). Bu defektler fonksiyonel ve kozmetik problemlere neden olabilmektedir. Büyüklük, şekil ve lokalizasyonlarına göre otojen kemik greftleri, allogreftler, xenogreftler ve alloplastik implantlar ile onarılmaktadır(2). Günümüz teknolojisi ile özel cihazlar kullanılarak alloplastik materyallerin 3 boyutlu olarak hastaya özel hazırlanması mümkün olmaktadır(Kaynak). İyi bir yumuşak doku örtüsü ile bu materyallerin örtülmesi ise rekonstrüksiyonun nihai başarısı için olmazsa olmazıdır(3). Çok merkezli ve retrospektif planlanan bu çalışmada tam kat kranyum defekti nedeniyle polimetilmetakrilat (PMMA) kullanılarak rekonstrüksiyon uygulanan 29 hastada uygulanan yöntemler irdenelerek sonuçlar sunulmaktadır.

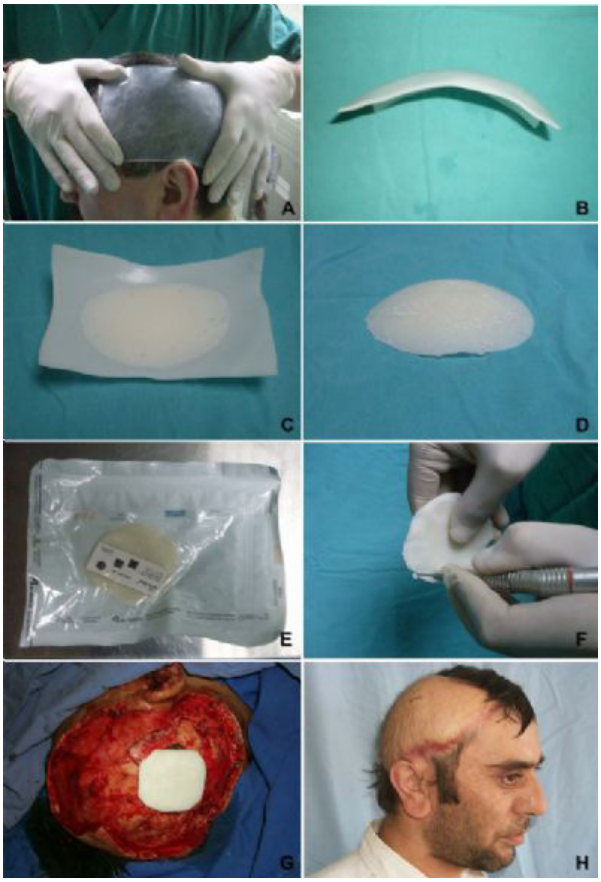
Materyal-Metod: 2003-2019 yılları arasında Kartal Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde tam kat kranyum defekti nedeniyle PMMA kullanılarak rekonstrüksiyon uygulanan 29 hasta retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik bilgisi, kranyum defektinin etyolojisi, boyutları, yerleşimi, eşlik eden patolojiler, uygulanan tedavi yöntemi kaydedildi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası radyolojik görüntülerine ulaşılarak bir yıldan kısa takipleri olanlar kontrole çağırıldı. Gerekli görülmesi durumunda ek görüntüleme istenildi. Elde edilen sonuçlar, komplikasyon oranları değerlendirildi. Operasyonlara Beyin cerrahisi uzmanı ile birlikte girilerek defektin ortaya konulması, debridman veya tümör eksizyonu beraber yapıldı. Operasyon sırasında gereken tüm vakalara Beyin Cerrahisi uzmanı tarafından duroplasti yapıldı. Defekt boyutu ve şekli çekilen tomografiden ölçülerek ameliyattan birkaç gün önce defektten biraz daha geniş olacak şekilde dışarıda hazırlanarak soğuk sterilizasyon yöntemleri ile steril edildi ve ameliyatta yontularak defekte adapte ve implante edildi. PMMA implant hastalarda iki farklı yöntem kullanılarak hazırlandı. Defekt boyutu 5x5cm ve daha küçük defektler için herhangi bir molding uygulanmadı ve defekte uygun yaklaşık 4-5 mm kalınlığında bir implant elle şekillendirildi. Defekt boyutu 5x5cm ve daha büyük hastalarda öncelikle termoplastik silikon bir splint yardımıyla defekin simetriğinden bir kalıp hazırlandı. Bu kalıp kullanılarak defektten biraz daha büyük bir implant şekillendirildi. PMMA defekte adapte edildikten sonra kemik kenarına 1 numara ipek sütürlerle tespit edilerek sabitlendi. Travma hastalarında yumuşak doku eksikliği yoksa eski insizyonlardan girilerek kesiler primer kapatılırken yumuşak dokusu yetersiz olduğu ön görülen travma hastalarında 3 ay önce doku genişletici konularak yeterli ekspansiyon sağlandı. Tümör ve enfeksiyon sonucu defekt olmuş tüm hastalarda lokal veya uzak flep ile implantın üzerinin örtülmesi sağlandı.

Bulgular: Ortalama yaşı 50 olan toplam 29 hastanın (11 kadın, 18 erkek) 13'ünde kranyum defektinin nedeni travma iken 14'ünde tömör, 2'sinde enfeksiyon olarak saptandı. Ortalama defekt genişliği 71 cm2 olarak gözlenirken en küçük defekt 2x2cm en büyük defekt 15x21 cm boyutlarındaydı. Kranyum defekt alanının en sık etkilediği kemik parietal kemik daha sonra sırasıyla frontal ve temporal kemikti olarak gözlendi. Travma hastalarından 11 inde insizyonlar primer kapatılırken 2 sinde öncesinde doku genişletici kullanıldı. Tümör ve enfeksiyon hastalarında 10 hastada lokal scalp flepleri kullanılırken 6 hastada serbest mikrovasküler flepler ile yumuşak doku örtümü sağlandı. 14 tümör hastasında en sık patoloji skuamöz hücreli karsinom(8 hasta) olarak gözlendi. Tüm hastalarda doğal bir kranyum kontürü sağlandı. Komplikasyon olarak bir hastada 2 hafta süreyle seroma(aralıklı aspire edildi.), 2 hastada sütür detaşmanı (resütüre edildi), bir hastada parsiyel flep nekrozu ve implant ekspozizyonu (ikinci bir fleple defekt kapatıldı) gözlendi. Bir hasta ise operasyon sonrası yoğun bakımda takip edilirken ek mobiditeler nedeniyle 36. saatte exitus oldu.

Sonuç: Kranyum defektleri çeşitli nedenlerle oluşabilir ve bu defektlerin rekonstrüksiyonunda alloplastik materyaller donör alan morbiditesi omadan kullanılabilmektedir. Polimetilmetakrilat kranyum rekonstrüksiyonda kullanılabilen şekil verilebilir uygun ve ucuz bir alloplastik materyaldir. Materyalin üzerinin uygun yumuşak doku ile örtülmesi ise rekonstrüksiyonun başarısı için şarttır. PMMA nın ameliyat öncesi dışarıda termoplastik silikon kullanılarak alınan kalıp üzerinde şekillendirilmesi, polimerizasyonunun ekzotermik olması ve sertleşmesinin uzun sürmesi gibi dezavantajlarını gidermektedir. Bu şekilde uygulandığında PMMA ile kranyum rekonstrüksiyonu daha pratik, güvenilir ve başarılı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: *Kranyum, Kraniyoplasti, Rekonstrüksiyon, scalp, polimetilmetakrilat*

Resim 1



Termoplastik silikon kullanılarak polimetilmetakrilat implantın hazırlanması(A-D), Steril edilmiş implantın ameliyat sırasında şekillendirilmesi ve adaptasyonu(E-G), Post operatif 1.ay hastanın görünümü

Tablo 1

Demografi	
Ortalama Yaş	50(11-84)
Cinsiyet	Erkek:18 Kadın:11
Defekt özellikleri	
Defekt genişliği(cm2)	70,8(4-315)
Defekt yerleşimi(taraf)	Sağ:7 Sol:12 Orta hat: 10
Etkilenen kemik	Parietal:13 Frontal:11 Temporal:10 Oksipital:3
Pre operatif şekillendirme	
Evet	20
Hayır	9
Etyoloji	
Tümör	14
Travma	13
Enfeksiyon	2
Yumuşak doku onarımı	
Primer sütürasyon	11
Lokal skalp flebi	10
Serbest flep	6
Doku genişletici	2
Histopatolonik tanı(Tümör hastalarında) (n=14)	
Skuamöz hücreli karsinom	8
Bazal hücreli karsinom	3
Malign trikilemmal tümör	1
Malign malanom	1
Malign mezankimal tm	1

Hastaların özelliklerinin özeti

SB-22
169 olguda mandibula fraktürlerinin analizi: Ankara Numune Deneyimi

Çağdaş Duru, Ömercan Yağız Öksüz, Okan Acicbe, Mert Şen, Atakan Baş, Burak Yaşar, Melih Çakaroğlu, İpek Allı, Bora Özkale, Arda Kavas
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Mandibula fraktürleri, maksillofasiyel fraktürler arasında önemli bir yer tutar. Literatürde tüm maksillofasiyel fraktürler içindeki oranı %25-35 olarak bildirilmiiştir. Etyolojisinde darp edilme ve trafik kazaları başı çeker. Günümüzde tedavi; internal fiksasyon ve maksillomandibuler fiksasyonun (MMF) ayrı ayrı veya kombinasyon halinde uygulanmasıdır. Temelleri 1940›larda atılarak 1953 yılında Çene Cerrahisi ve Plastik Cerrahi adıyla faaliyete geçen ülkemizdeki ilk plastik cerrahi kliniklerden birisi olan Ankara Numune Plastik Cerrahi Kliniği, Şubat 2019 itibariyle Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde ülkemizin maksillofasiyel travmalar konusunda referans merkezlerinden biri olarak hizmetlerine devam etmektedir. Bu çalışmadaki amacımız, kliniğimizde son beş yıl içindeki mandibula fraktürü vaka serimizi derleyerek deneyimlerimizi ve yaklaşımlarımızı paylaşmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmada; Kasım 2015 - Şubat 2019 arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi›nde Şubat 2019- Ağustos 2020 arasında Ankara Şehir Hastanesi›nde mandibula fraktürü nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar; yaş, cinsiyet, etyoloji gibi demografik özelliklerle birlikte fraktür lokasyonu, kullanılan internal fiksasyon ve maksillomandibuler fiksasyon çeşidi, eşlik eden diğer travmalar ve post-operatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Veri seti IBM SPSS 20.0 progamı ile analiz edildi.

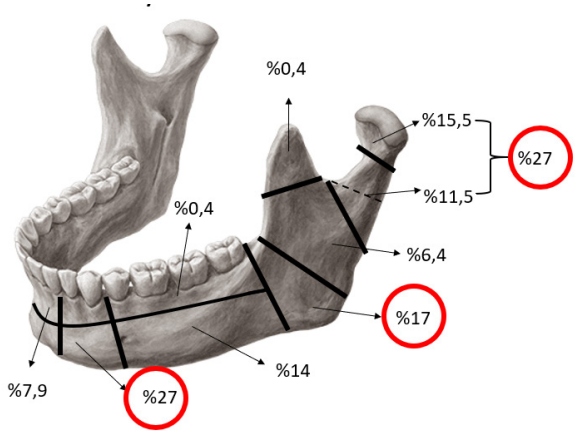
Bulgular: Kasım 2015 - Şubat 2019 arasında 84, Şubat 2019- Ağustos 2020 arasında 85 olmak üzere 169 hasta opere edildi. Hastalardaki erkek kadın oranının 4:1 olduğu ve etyolojide en sık darp (%26,6) ve trafik kazalarının (%24,9) olduğu görüldü. En çok etkilenen bölgeler parasimfizis (%27), kondil (%27) ve angulus (%17) olarak tespit edildi. Vakaların %20,1›ine sadece MMF, %24,2›sine sadece plak ile internal tespit, %55›ine ise MMF ve internal tespit kombinasyonu uygulandı. MMF için tercih edilen yöntem %44,8 archbar, % 55,2 IMF vidaları olarak görüldü. Etkilenen kondil ve subkondiler boyun fraktürlerde açık redüksiyon uygulama oranı % 49 olarak görüldü. Post operatif dönemde 4 hastada yara yerinde enfeksiyon, 2 hastada geçici marginal mandibuler sinir paralizisi, 1 hastada ise frontal sinirde geçici paralizi görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Mandibula fraktürlerinde ana tedavi hedefleri pre morbid oklüzyonun restorasyonu ve TME hareketlerinin korunmasıdır. Mandibula fraktürlerinde cerrahları en çok zorlayan sorun kondil ve subkondil boyun bölgesinde operatif endikasyonun koyulmasıdır. Dikkatli diseksiyonlar ile operatif tekniğin oturtulması günümüzde kondilin açık redüksiyonundaki komplikasyon oranlarını azaltmıştır. Son yıllarda literatürde kondilin açık tedavisinin daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğunu gösteren derleme makaleler mevcuttur. Kliniğimizde vertikal yüksekliğin 2mm›den kısaldığı olgular ve 35 dereceden fazla açılanması olan fraktürlerde açık redüksiyon tercih edilmektedir. İntrakapsüler fraktürler, pediatrik fraktürler, deplasmanın az olduğu oklüzyonun sağalanbildiği fraktürlerde MMF ile takibe yönelmekteyiz. Erken komplikasyonların azaltılmasındaki en önemli adımın titiz cerrahi teknik ve asepsi kurallarına uyulması olarak görmekteyiz.

Aynı zamanda post operatif dönemde özellikle intraoral yaklaşımlarla tedavi edilen vakaların takibi ve bakımının optimal sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *maksillofasiyel travma, maksillomandibular fiksasyon, mandibula fraktürü*

Resim1



Fraktürlerin anatomik lokalizasyonları

SB-23
Serbest Radial Önkol Flebiyle Septokolumellar Rekonstrüksiyon

Emrah Kağan Yaşar, Can İlker Demir, Yusuf Alper Aytaç, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Bölgesel flep seçeneklerinin azlığı ve mikrocerrahi yöntemlerin teknik zorlukları nedeniyle literatürde kolumellar alt ünite rekonstrüksiyonu en zorlu bölge olarak tarif edilir. Serbest flep seçeneğinde uzun bir pedikül ve kolay katlanabilir ince ve esnek bir yapı bölge rekonstrüksiyonunda önemli gereksinimlerdir. Ciltle birlikte ya da cilt içermeden kaldırılabilinen, inceliği ve katlanabilirliği sayesinde bölgenin rekonstrüksiyonunda radial önkol serbest flebinin farklı dizaynları iyi sonuçlar elde edilmesini sağlayabilmektedir.

Metod: Vaka 1: 24 yaşında kadın hasta konjenital kolumellar agenesi nedenli değerlendirildi. Fizik muayenesinde kolumellar cilt, medial krural kıkırdaklar, septal kıkırdağın kaudali ve kaudal septal mukoza agenezi nedenli değerlendirildi. Yapılan nazal bölge ayrıntılı muayenesinde kıkırdak septumun 1/3 kaudalinin agenetik olduğu, anterior nasal spine`nın mevcut olduğu, bilateral soft tianguler fossalarda alt kıkırdakların sonlandığı ve bilateral medial krural kıkırdakların olmadığı, bu bölgenin cilt örtüsünün rudimenter olarak mukozaya doğru ilerlediği görüldü. Alınan hikayede henüz 7 aylıkken doğduğu, doğumda kolumellar bölgesinde disorganize bant şeklinde bir yapının olduğu ve YBÜde takip edilirken bu yapının spontan nekroz ile ortadan kalkmış olduğu öğrenildi. Septumun mevcut kısmı ve upper lateral kıkırdakların destekleri nedeniyle vestibüler açıklıkta daralma veya alar dalgalanma olmadığı ve nasal dorsumun tipe kadar stabil kalabildiği görüldü. Sagittal düzlemde yaklaşık olarak 2,5 x 5 cmlik kompleks bir defekt vardı. Operasyon öncesi sol üst ektremite Allen testinde ulnar arter dominansı izlendi ve Renkli doppler ultrasonografiyle bilateral olarak akım yönleri, akım hızları ve akım formları normal olarak değerlendirildi. Operasyonda rudimenter cilt flepleri, mukoza sınırından diseke edildi ve üstte burun tip bölgesi cilt flebine, altta kolumellolabial base bölgesine dahil edilerek korundu. Septal kıkırdak greftleri alınarak L strut oluşturuldu ve maksiller bölgeye periost tespitleri yapıldı. Sağ alar base tabanında mukozadan girilerek apertura piriformis tabanına ulaşıldı ve sağ mandibula korpusuna doğru cilt altı diseksiyon yapıldı. Sağ submandibuler cilt insizyonuyla fasiel arter ve ven ortaya konduktan sonra cilt altı diseksiyon ile pedikül için tünel oluşturuldu. Radial önkol serbest flebi izole fasya flebi olarak planlandı ve kaudal septumu rekonstrükte edecek şekilde 5 x 5 cm olarak planlanarak uygulandı. Peroperatif dönemde kolumellar bölgede pulsasyonun varlığı dahi rahatça izlendi. Mukolizasyon ve cilt epitelizasyonunun rudimenter fleplerden spontan bir şekilde olması amacıyla deri greftlemesi yapılmadı ve pomad emdirilmiş burun tamponları günlük değiştirildi. 7 günlük hospitalizasyon süresinde yakın takipleri yapıldı ve herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Vaka 2: 36 yaşında yabancı uyruklu erkek hastada, savaş yaralanması nedenli burun deformitesi olduğu ve daha önceden preekspande alın flebiyle burun rekonstrüksiyonu operasyonu olduğu öğrenildi. Burun dorsumundan sağ lower lateral kıkırdağa uzanan deprese skar hattının olduğu, 2/3 alt septal bölgenin mevcut olmadığı, yaklaşık 3 x 4 cmlik fistül olduğu, medial krural kıkırdakların olmadığı, kolumellar bölgede cildinin düzensiz ve yetersiz olduğu, burun boşluğuna doğru kıvrık bir şekilde katlanmış olduğu izlendi. Vaka 1deki gibi benzer hazırlıklar sonrası kostokondral kıkırdak greftleriyle L strut oluşturuldu ve RFFF fasya flebi pedikülü cilt altından tünelize edilerek sol fasiyel arter ve vene anastomoze edildi. Askı sütürler kondu ve anatomik olarak mevcut olan kolumellar cilt flebinin sefalik kısmındaki mukoza traşlandı tespitler yapıldı. Kaudal transseptal sütürler ile tespitler tamamlanması sonrası kapamalar, drenler ve burun tamponları uygulandı.

Vaka 3: 69 yaş erkek hasta, 4 yıldır var olan ve bilateral büyümeyle seyirli nasal mukozal kitlesi nedenli değerlendirildi. Yapılan FMde orta hattın solunda daha büyük payı olan ve sol nostril tabanında eriteme sebep olmuş mukozal kitle izlendi. Yapılan insizyonel biyopsisi iyi diferensiye SCC olarak raporlanan hastanın boyun USGsinde patolojik boyutlu lenf nodu izlenmedi. Genel anestezi altında geniş rezeksiyon sonrası sol modifiye radikal supraomohyoid lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Kıkırdak çatı kostokondral kıkırdak greftleriyle L strut olarak rekonstrükte edildi ve inferiorda ANSye superiorda da sefalik septal kıkırdağa tespitlendi. Sol fasiyel arter ve ven alıcı damar olarak kullanıldı. Sol üst ekstremiteden alınan kısmi cilt adalı ve kısmi adipofasyal RFFF ile defekt rekonstrüksiyonu yapıldı. Burun dorsumuna uzanan transdermal bolster sütür ile flebin marjini tespitlendi. Diğer vakalardan farklı olarak flep donör sahası için STSG kullanıldı.

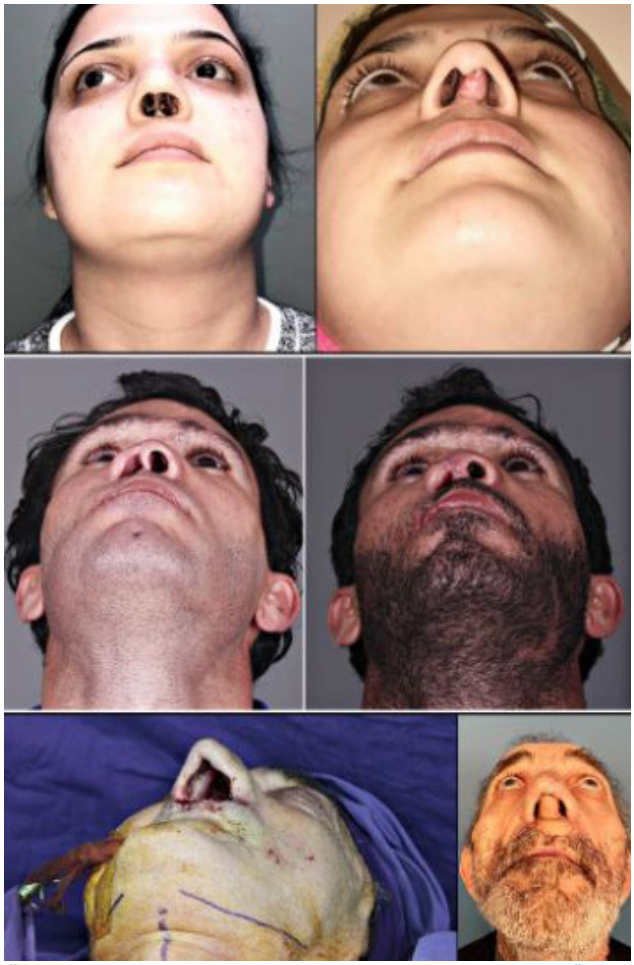
Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 43 idi. İki hastada RFFF dizaynı adipofasyal planlandı ve donor sahalar primer onarılırken diğer hastada dudak rekonstrüksiyonu için kısmi cilt dokusu flebe dahil edildiğinden donor saha onarımı için STSG kullanıldı. Tüm hastalarda fasiel arter ve venler alıcı damarlar olarak kullanılırken, tamamında RFFF pedikülü cilt altından tünelize edildi ve böylelikle yeni skar oluşumuna izin verilmedi. Verici ven olarak iki hastada radial arterin konkomitan venleri kullanılırken bir hastada cephalic veni de kullanıldı. Ortalama flep boyutu 5,5 x 4,3 cm idi. Kıkırdak greftleriyle L-strut oluşturulması için donor saha tercihlerinde konjenital defektli hastada septal kartilaj rezervi kullanılabilirken, diğer ikisinde kostokondral bölge kullanılmak zorunda kalındı. L strut grefti desteklemek üzere bir hastada maksiller anterior bölge tespiti yapılırken diğer iki hastada ANS mevcut olduğu için ANS kullanılabildi.

İki hastada kolumellar rudimenter cilt dokusu korunarak operasyon uygulanırken bir hastada RFFF nin kolumellar cilt adasıyla rekonstrüksiyon yapıldı. Tümör nedenli opere edilen hastada sol taraf tip 3 modifiye radikal supraomohyoid boyun diseksiyonu uygulandı. Ortalama operasyon süresi 6.6 saat idi. Operasyon sonrası tüm hastalar operasyon süreleri nedenli YBÜde takip altına alındı ve YBÜde kalma süresi ortalama olarak 16,3 saatti. Tüm hastalarda septal mukozal bölge rekonstrüksiyonu için kullanılan adipofasyal fleplerin üzerine deri grefti konmadı ve sekonder takip neticesiyle,yani mukolizasyonla, iyileşmesi beklendi. Bunun için kurumayı önlemek için günlük pomadlı tampon değişimleri uygulandı. Hospitalizasyon süreleri sırasıyla 7,6 ve 7 gün idi. Taburculuk sonrası takiplerde mukolizasyon oluşumunda herhangi bir sorunla karşılaşılmadı fakat bir hastada sağ pasajda totale yakın tıkanıklık yapan sineşi oluştu ve hasta nefes almada zorluk nedenli tekrar opere edildi. Üçüncü vakada boyun diseksiyonu materyali histopatolojik raporunda adet lenf nodu raporlanırken tamamı reaktifti ve hasta medikal onkolojik takibe alındı. Hastaların geç dönem takiplerinde herhangi bir iyileşme problemiyle karşılaşılmadı.

Tartışma: Burun bölgesi rekonstrüksiyonları içerisinde en zorlu bölge kolumellar bölgedir. Komposit dokuyla onarımdan serbest fleple onarıma kadar geniş bir onarım seçeneklerine sahiptir. Defekt büyüdükçe lokal flep seçenekleri yetersiz hale gelmektedir ve serbest flep seçenekleri gündeme gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Kolumella, Radial Önkol Flebi, Septum*

Resim 1



Üç vakanın ameliyat öncesi ve sonrası görünümleri Vaka 1: Üstte Vaka 2: Ortada Vaka 3: Altta

SB-24
Pulpa ve Parmak Ucu Defektlerinin Digital Arter Perforatör Flebi(DAPF) ile Rekonstrüksiyonu

Alper Ural
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş: Parmaklar travmaya en fazla maruz kalan alanlardan biridir ve parmak ucu ve pulpa en yaygın defekt oluşan alanlardır. Parmak ucu ve pulpa, hem işlevsellik hem de kozmesis için benzersiz yapılardır. Parmak ucu ve pulpa rekonstrüksiyonunun temel amaçları fonksiyonel uzunluğu korumak, ikincil tırnak deformitesini ve eklem sertliğini önlemek ve aynı zamanda duyusal bir pulpa sağlamak olarak sıralanabilir. Kemik, tendon veya eklemin açıkta kaldığı parmak ucu defektlerinin rekonstrüksiyonu cerrahi olarak zorlayıcıdır ve replantasyonun mümkün olmadığı her durumda flepler gerektirir. Yaralı parmak ucu ve pulpa defektlerinin tedavisi için lokal homodigital ilerletme flepleri, çapraz parmak flebi,venöz flepler, lokal ada flepleri, ters akımlı homodigital arter flep, ters akımlı adipofasyal flepler ve hatta mikrocerrahi serbest flepleri içeren çeşitli rekonstrüktif tedavi seçenekleri tanımlanmıştır (1, 2, 3, 4, 5). İlk olarak Koshima tarafından tanımlanan dijital arter perforatör flebi (DAPF), bazı plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümleri için nispeten hala yeni bir tekniktir (6). Bununla birlikte, DAPF tekniği nörovasküler demet diseksiyonu veya transeksiyonu gerektirmemesi de tercih edilir kılmaktadır (7). DAPF, parmak ucu ve pulpa rekonstrüksiyonunda oldukça avantajlı bir tekniktir çünkü major arter feda edilmesini gerektirmez, donör alan morbiditesi minimaldir, daha az invazivdir ve ikinci ameliyat gereksinimini ortadan kaldırır. Bu çalışmada parmak ucu ve pulpa defektlerinde DAPF tekniği ile rekonstrüksiyon deneyimlerimizi sunmayı ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereçler ve Yöntem: Bu çalışma üniversitemizin Tıp Fakültesi yerel etik kurulunun onayı ile (Protokol numarası: 08 Onay Tarihi: 08.01.2020) ve tüm hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak gerçekleştirilmiştir. Aralık 2019 ve Ağustos 2020 tarihleri arasında acil servisten bize konsülte edilen ve el cerrahisi yandalı tarafından ana bilim dalımıza refere edilen parmak ucu ve/veya pulpa defekti olan ve bu defektlerin onarımı için dijital arter perforatör flep kullanılarak ameliyat edilen toplamda 7 hasta çalışmaya dahil edildi.Madde kullanımı, tütün kullanımı ve yara iyileşmesini tehlikeye atabilecek diğer komorbid hastalıklar kaydedildi. Hastalar etyoloji, cinsiyet, yaş ve sonuçları açısından değerlendirildi(Tablo-1). Daha önce aynı parmağı yaralanmış, çok seviyeli yaralanma ve periferik arter hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmadaki 7 hastanın(4 kadın 3 erkek) birinde total nekroz birinde de parsiyel nekroz gözlendi.En sık sebep iş kazalarıydı. En sık yaralanan parmak 3. parmaktı. Hastaların yaş ortalaması 47,1 olup en genci 22 en yaşlısı 66 yaşındaydı. Flep büyüklükleri yaklaşık 2x 1-1,5 cm ebatlarında idi.Bütün hastalarda flep donör alanları tam kalınlıkta deri grefti konularak kapatıldı. En uzun süreli takipte görülebilen hasta dördüncü ay kontrolünde görülebilmiş olanıydı.Total nekroz olan hastanın yarasına sonrasında greft yapıldı. Parsiyel nekroz gelişen hastanın kalan yarası sekonder olarak iyileşti.

Tartışma: Literatürde parmak ucu ve pulpa defektlerinin rekonstrüksiyonu için birçok seçenek mevcuttur. V-Y ilerletme gibi flepler küçük defektler için oldukça uygun seçenekler olup çapraz parmak flebi, thenar flep veya kasık-abdominal bölgeden hazırlanan interpolasyon flepleri ile orta-büyük ebattaki defektlerin kapatılması mümkündür ancak bu teknikler de iki aşamalı cerrahi gerektirerek

parmakların bir kaç hafta immobilizasyon nedeniyle eklemlerde sertliğe ve istemeden de olsa parmakta hareket kısıtlılığına sebebiyet verebilmektedirler(8). Her ne kadar radial arterin yüzeyel dalı perforatörü gibi bazı serbest flepler kullanılarak parmak ucu için onarımlar bildirilmiş; kontür ve sensoriyal restorasyon sağlanabilmiş olmakla birlikte bu yöntemler için de üstün mikrocerrahi tecrübesi elzemdir. Bunun ötesinde cerrahi süresi çok uzamaktadır, flep kaybı riski yükselmektedir ve her hasta için ve her merkezde mümkün olmayabilmektedir(9). Son yıllarda popülerleşmiş olan DAPF, aynı parmaktan ana arter ve sinir sakrifiye edilmeden kolay hazırlanabilen bir fleptir(10). Donör alan morbiditesinin minimal olması, erken mobilizasyona müsade edilebilmesi ve tek aşamalı bir ameliyat olması DAPF'nin en büyük avantajı iken erken süreçte venöz konjesyon riskinin yüksek olması, perforatör kalibrasyonunun ince olması, transpoze edilirken kıvrılması,bükülmesi veya kompresyona uğraması riskinin yüksek olması,hastanın metabolik fizyolojisine, kullandığı ilaçlara,sigara ve benzeri maddelerin kullanımı durumlarına karşı hassas olması ise temel dezavantajıdır(11). Total nekroz yaşanılan olguda intraoperatif dolaşım teyit edilmesine karşın nekroz gelişmesinin sigara ve oksidan etki gösteren ot kullanımına bağlı spazm, onu takip eden iskemi ve mikrotromboz olduğu ön planda düşünüldü. Parsiyel nekroz yaşanan vakada ise sebebin hastanın immunsupresan kullanımı ve dif eklemin radiale deviye ankilozunun gerginlik ve distalde iskemiyi daha da arttırmış olduğu öngörüldü. Bizim tecrübemize göre gerçek anlamda DAPF kaldırılıp propellar olarak kullanılacaksa en distaldeki perforatörünün skeletonize edilmemesiyle beraber çok ince ve hassas olan bu perforatörün yumuşak doku desteksiz bırakılmaması DAPF'nin dolaşım sorunu ve spazma girme ihtimalini azaltabilir.Önemli noktalardan biri DAPF hazırlanıp kaldırılırken Proksimal interfalangeal eklemin ulnar ya da radial yanlarından insizyon ile bypass edilerek hazırlanması eklem hareketlerini korumaya yardımcı olmaktadır. Pulpa defektlerinin uzanımı da göz önünde bulundurulmalıdır. DAPF için esas olan dijital arter 2 ve 3.parmakta ulnar tarafta, 4 ve 5.parmakta ise radial tarafta anatomik olarak daha dominanttır(12). Dolayısıyla eğer oblik uzanımlı defektlerde DAPF kullanılacaksa 2 ve 3. parmakta radial-distal noktadan proksimal-ulnar noktasına doğru uzanım gösteren, 4. ve 5.parmak tip ampütasyonlarında ise radial digital arter baskın olduğundan distal ulnar noktadan proksimali radial taraf yönünde uzanan oblik defektlerde DAPF konuşlanması daha kolay olup dolaşım açısından daha fizyolojik olacaktır. Perforatörün sıkışması, her vakada ilk iki üç gün süren geçici venöz konjesyonlar ve diğer nekroz yaşadığımız vakalardan edindiğimiz tecrübe DAP flebinin 90-120 derece kadar rotate edilecekse orta falankstan kaldırılması,180 derece kadar çevrilerek propellar tarzda kullanılacak ise DAPF flebinin proksimal falankstan hazırlanması ve perforatörü total skeletonize etmeden bir miktar fibroyağ doku desteğiyle birlikte kaldırmanın daha güvenli olduğudur. Bu çalışmanın kısıtlılığı SARS-COV2 pandemisi sebebiyle hastaların uzun dönem takiplerine gelememeleri buna ikincil olarak geç dönem ROM ölçümleri ve monofilaman testi uygulanamaması olarak sayılabilir. Tek aşamalı olması,major arter sinir sakrifiye edilmemesi, donör alan morbiditesinin minimal olması ile DAPF önemli avantajlar sunmaktadır.

Sonuç: DAPF sigara ve spazma sokucu yara iyileşmesini bozucu madde/ilaç kullanımı olmayan önemli komorbiditeleri olmayan hastalardaki parmak ucu veya pulpa defektlerinin onarımlarında kullanılabilecek faydalı ve güvenli bir yöntemdir.

Referanslar

1. Güleç A, Özdemir A, Durgut F, Yildirim A, Acar MA. Comparison of Innervated Digital Artery Perforator Flap Versus Homodigital Reverse Flow Flap Techniques for Fingertip Reconstruction. J Hand Surg Am. 2019;44(9):801.e1-801.e6. 2. Lin YT, Loh CYY, Lin CH. Flaps Based on Perforators of the Digital Artery. Hand Clin. 2020;36(1):57-62 3-Ozcelik B, Ince B. A new technique in fingertip defects including nail lost: Reverse dorsal fascial flap with skin graft. Turk J Plast Surg 2018;26:140-3. 4- Lemmon JA, Janis JE, Rohrich RJ. Soft-tissue injuries of the fingertip: methods of evaluation and treatment. An algorithmic approach. Plast Reconstr Surg 2008;122:105e-117e

Anahtar Kelimeler: *anjiozom, dijital arter perforatör flebi, perforator flep, pulpa defekti*

DAPF ile pulpa rekonstrüksiyonu

Vaka 2 A.3.parmak pulpasında açık kirli yara B.debridman sonrası nihai defekt C.DAPF tasarımı D.Flebin kaldırılması E. Intraoperatif sonuç gözlenmekte F. Postoperatif dördüncü sonucu

Tablo-1

Vaka	Sebep	Yaş	Cinsiyet	Donör alan	Komorbidite/İlaç	Sonuç
1	İş kazası	41	Erkek	2.parmak/ proksimal falanks	-	Tam iyileşme
2	Ev kazası	57	Kadın	3.parmak proksimal falanks	Astım(tedavi almakta)	Tam iyileşme
3	İş kazası	28	Kadın	3.parmak/orta falanks	-	Tam iyileşme
4	Ev kazası	62	Kadın	4.parmak/orta falanks	Romatoid artrit+Immunsupresan kullanımı	Parsiyel nekroz
5	Ev kazası	66	Kadın	5.parmak/orta falanks	Alzheimer+Hipertansiyon	Tam iyileşme
6	İş kazası	54	Erkek	3.parmak/ proksimal falanks	Hipertansiyon	Tam iyileşme
7	İş kazası	22	Erkek	3.parmak/ proksimal falanks	Sigara+maraş otu(Nicotiana rustica Linn)	Tam nekroz

Hastaların demografik bilgileri ve sonuçlar

SB-25
Zon 2 fleksör tendon onarımlarında A4 pulleyin serbestlenmesi ve sonuçları

Nesibe Sinem Çiloğlu, Semih Yıldız, Mahmut Kılıç, Barış Çin, Kıvanç Emre Davun
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: A4 pulley midfalanks üzerinde bulunan, tüm dijital kılıf boyunca 5 mm çapı ile en dar yapılardan biridir.[1,3]Bu rijid yapı FDP üzerinden dolanarak, tendonu falanksın palmar yüzüne yaklaştırır. Böylece tendonun kemik yüzeyi boyunca kıvrımlı hareketi sağlanır. Zon 2 yaralanmalarda ise A4 pulleyin altından ödemli ve hasar gören tendon uçlarını geçirmek zor hatta imkansızdır[1,2]. Bu sebeple A4 pulley serbestlenmeyen vakalarda A4 pulley izdüşümüne denk gelen onarımların adezyon, onarım hattının pulley altında kayma hareketine engel olması korkulan sonuçlardandır. Tüm bu risklere rağmen A2 ve A4 pulleyleri ile ilgili geleneksel yaklaşım korunmaları gerektiğidir, aksi durumda bowstring gelişebileceği düşünülmektedir. Bazı cerrahlar ise gerekli durumlarda A4 pulley açılmasının fonksiyonel olarak zararsız olduğunu savunmaktadır. Tabi ki bu yaklaşım için endikasyonlar kısıtlı olup, A2 pulleyin tamamen intakt olması şartı belirtilmiştir. [4] Bu çalışmamızda A4 pulleyin tamamen serbestlendiği vakalarda, fonksiyonel sonuçları incelemek amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod: SBÜ Haydarpaşa Numune EAH Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde 2015-2020 yılları arasında "Fleksör tendon onarımı" ameliyat kodu ile yapılan retrospektif taramada zon 2 fleksör tendon onarımı ve A4 pulley tam serbestlenmesi yapılan hastalar taranmıştır. Hastaların yaş ortalaması, tendon hasarına eşlik eden diğer yaralanmaları,cerrahide uygulanan pulley rekonstrüksiyonu ve gelişen komplikasyonları incelenmiştir. Tedavisi tamamlanmış hastalardan kontrol muayenelerinde hastalardan fonksiyonel en iyi sonucu 10; en kötü sonucu 0 puan kabul edecek şekilde skorlanması istenmiştir. Tüm hastaların tendonları double core modifiye kessler ve epitendinöz sütürasyonu ile onarılmıştır. Bazı vakalarda A4 pulley serbestlenmesi sonrası FDS slibi de halihazırda kesikse; A3 pulley rekonstrüksiyonu için greft ya da flep şeklinde kullanılmıştır. Tüm hastalarda A2 pulley korunmuştur. Postop 5. gün pasif, 2. hafta aşamalı aktif egzersiz uygulanmıştır. Kısa kol atel 1. ay sonunda çıkarılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 19 hasta, 22 parmak dahil edildi. Takip süresi ortalaması 6.4 ay (3 ay- 2 yıl), yaş ortalaması 32 olarak tespit edildi. En çok yaralanan bölge sağ el(%86,4), 5. parmaktı(%36). 2 hastada multipl parmak yaralanması, %68.2 FDS kesisi, tüm hastalarda FDP kesisi, %13.6 hastada dijital sinir hasarı izlendi. 2 hastada (%9.1) FDS slip grefti, 4 hastada (%18.2) FDS flebi ile pulley rekonstrüksiyonu yapıldı. (Resim 1) 4 hastada (%19) FDS sakrifiye edildi. 2 hastada (% 9.1) fleksiyon kontraktürü, 1 hastada fleksiyon kısıtlılığı (% 4.5) izlendi. Fakat hastaların revizyon ameliyatı istememesi sebebiyle ek işlem yapılmadı. Adezyon, rüptür, bowstring izlenmedi. Hasta puanlaması ortalaması 7,45 olarak belirlendi.

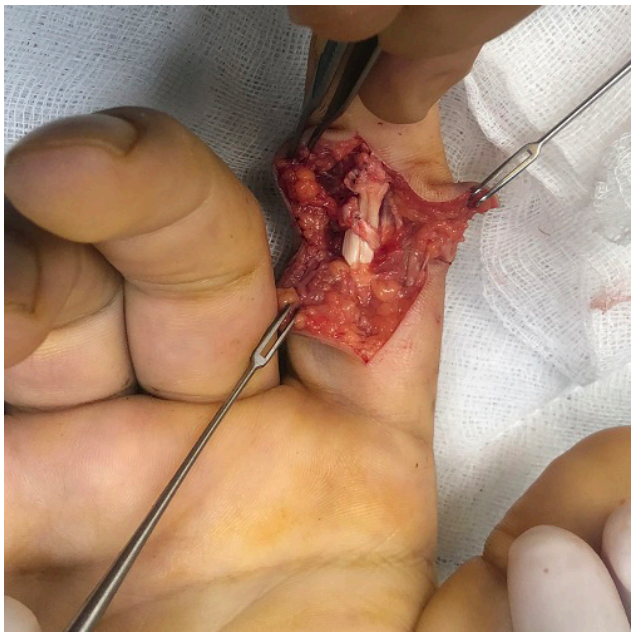
Sonuç: Zon 2 fleksör tendon yaralanmalarında a4 pulley serbestlenmesi bowstring sebep olmamakla birlikte, adezyon ve rüptür oranlarında azalma sağlamıştır.

Kaynak

1. Kwai Ben I, Elliot D. "Venting" or partial lateral release of the A2 and A4 pulleys after repair of zone 2 flexor tendon injuries. J Hand Surg Br. 1998;23(4):649e654.
2. Tang JB. Indications, methods, postoperative motion and outcome evaluation of primary flexor tendon repairs in zone 2. J Hand Surg Eur Vol. 2007;32(2):118e129.
3. Doyle JR. Anatomy of the finger flexor tendon sheath and pulley system. J Hand Surg Am. 1988;13(4):473e484.
4. Tang JB. Release of the A4 pulley to facilitate zone II flexor tendon repair. J Hand Surg Am. 2014;39(11):2300-2307. doi:10.1016/j.jhsa.2014.08.025

Anahtar Kelimeler: *A4 pulley, adezyon, fleksör tendon onarımı, zon 2*

Resim 1



A4 serbestlenmiş zon2 fleksör tendon onarımında FDS slibi ile pulley rekonstrüksiyonu

SB-26
Median Sinir Bası Semptomlarına Neden Olan Ters Palmaris Longus Kası: Olgu Sunumu ve Literatür Taraması

Can İlker Demir, Emrah Kağan Yaşar, Buket Dursun, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Palmaris longus kası humerusun medial epikondilden başlayarak elin palmaris aponörozunda sonlanan üst ekstremitenin en yüzeyel kasıdır. Vücutta en fazla anatomik varyasyon gösteren kaslardan biridir. Normal anatomisinin tersine kas kısmının distalde tendinöz kısmının proksimalde olduğu ters palmaris longus kası ilk olarak 1868 yılında tanımlandı. Bu anomali sıklıkla asemptomatik olup median sinir basısına bağlı karpal tünel sendromu benzeri semptomlara neden olabilir. Literatürde 1973'ten günümüze kadar median sinir bası semptomlarına neden olan 30 klinik olgu rapor edilmiştir. Sinir basısı olan hastalarda etyolojik faktörün doğru belirlenmesi tedavi açısından önemlidir. Bu çalışmada median sinir basısına neden olan ters palmaris longus kası olgusunun karakteristik özelliklerini literartür eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

Klinik Olgu: 16 yaşında bayan hasta sol el bileğinde dört yıldır varolan, fleksiyonla ortaya çıkan şişlik ve ilk 3 parmak volarinde median sinir duyu sahasına uyan uyuşukluk

ve karıncalanma şikayeti ile başvurdu. Fiziksel aktivite ile uyuşukluk artıyordu. Dinlenme veya fiziksel aktivite esnasında ağrı yoktu. El bileği ve parmaklarda fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri doğaldı. Sol üst ekstremitede travma öyküsü yoktu. Klinik olarak sol el bileği volarinde fleksiyonla ortaya çıkan 2 cm çapında, yumuşak kıvamlı, sınırları belirli şişlik vardı. Thinnel ve Phalen testleri pozitifti. Elektromiyolografik çalışma yapılmadı. Maligniteyi dışlamak için çekilen USG'de sol ön kol distal kesiminde volar yüzde el bileğine uzanım gösteren ve el bileği fleksiyon pozisyondayken aksiyel planda 13x6 mm ölçülen kas dokusu izlendi.

Literatür Taraması: Literatür taraması "reversed palmaris longus", "reversed palmaris longus median nerve compression", "anomolous palmaris longus muscle" ve "symptomatic palmaris longus" anahtar kelimeleri kullanılarak Google Scholar ve PubMed databaseinde yapıldı. Klinik çalışmalardan sadece ağrı, şişlik ve median sinir duyu sahasında parestezi semptomlarından en az birine sahip olan reversed PL kası olguları dahil edildi. Anatomik kadavra çalışmaları, asemptomatik ve ulnar sinir basısına bağlı semptomları olan reversed PL kası olguları çalışma dışı bırakıldı.

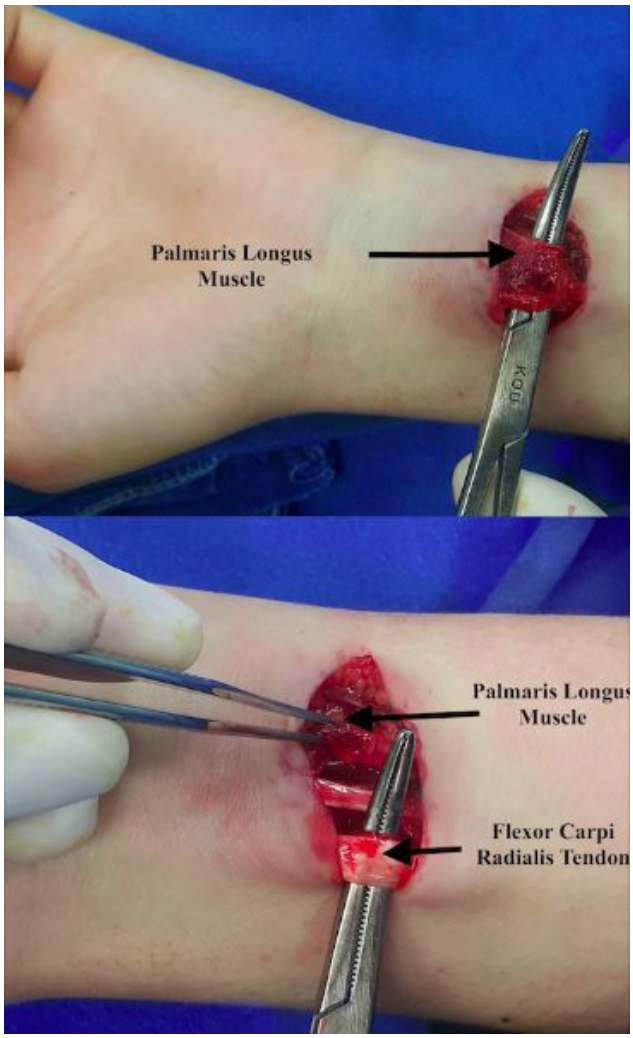
Sonuç: Literatür taramamızda 1973-2018 yılları arasında çalışma grubuna uyan 21 yayın ve 30 hasta değerlendirmeye alındı. Tüm hastaların yaşı, cinsiyeti, side, tinnel testi (TT) ve phallen Testi (PT), kullanılan görüntüleme yöntemi, fizik muayene bulguları, ağrı, parestezi, şişlik, şikayetlerin başlama zamanı ve uygulanan tedavi protokolleri değerlendirildi.

Tartışma: Ters palmaris longus kası tendinöz başladıktan sonra distalde kas olarak devam eder ve ilk olarak 1916 yılında Wood ve arkadaşları tarafından tanımlandı. Nadir görülmekle birlikte el bileği seviyesindeki kas anomalileri median sinir basısına bağlı el bileğinde şişlik ve ağrı, ilk 3 parmakta parestezi şikayetlerine neden olabilir. Palmaris longus kasının median sinirle olan yakın komşuluğu hipertrofik kasın sinirde bası yapmasına neden olur ve semptomlar ortaya çıkar. Bizim hastamızda ağrı yoktu, median sinir dermatomuna uyan parestezi ve dinlenme pozisyonda olmayan fakat el bileği fleksiyonuyla ortaya çıkan şişlik vardı. PT ve TT pozitifti. Parestezi şikayetleri özellikle el bileğinin kullanıldığı fiziksel aktivite esnasında artıyordu. Bunun muhtemel nedeni harekete bağlı kasın median sinire olan basısının artması olabilir. Klinik olarak semptomatik ters palmaris longus kası ilk olarak 1973 yılında yayınlandı. Ağrı, ilk üç parmakta parestezi ve el bileğinde şişlik şikayetleriyle başvuran hastada anormal kasın eksizyonu sonrası tüm şikayetlerin gerilediği rapor edildi. Yumuşak doku kitlelerinin tanısında USG ve MR sıklıkla kullanılır. PL kasının anomalilerinin tanısı MR ile rahatlıkla konulur. Kompartman sendromuna neden olan olguları basit eksizyon ile tedavi edilebilir.

Sonuç: Klasik yaş dışında görülen karpal tünel sendromunda, el bileğinde şişlikte varsa ters palmaris longus kası ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: *longus, median, palmaris, sinir, ters*

Resim-1



Fleksör carpi radialis tendonunun ulnar tarafında palmaris longus kası görünüyor.

SB-27
Burun cildi defektlerinin rekonstrüksiyonunda alternatif bir teknik: dondurma koni flebi

Barış Altaylı, Enver Arpacı
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Burun dokusunda meydana gelen cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda lokal cilt fleplerinin kullanımı; benzer doku ile onarım sağlaması ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle sıklıkla tercih edilen seçeneklerdir. Burnun çeşitli bölgelerindeki defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılan çok sayıda ilerletme, rotasyon ve transpozisyon flebi seçenekleri mevcut olsa da, burnun üç boyutlu anatomik yapısından dolayı her bölgesi için standart olarak kabul edilen bir flep yöntemi bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda yuvarlak burun cildi defektlerinde defekt şekline uygun tasarlanabilen ilerletme-transpozisyon şeklinde bir lokal deri flebi tasarladık. Flebin preoperatif tasarımı dondurma konisi şeklini andırdığı için bu flebe 'Ice Cream Cone Flap' (dondurma koni flebi) adını verdik.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Mart 2016 - Temmuz 2019 arasında, burun bölgesinde sirküler şekilli cilt defekti nedeni ile 'ice cream cone flep' uygulanan 18 hasta dahil edildi. Hastalar retrospektif olarak yaş, cinsiyet, defekt nedeni, defekt boyutu, komplikasyon, takip süresi ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirildi. Teknik temel olarak tıpkı serbest flep planlamasında olduğu gibi cilt defektinin boyutlarında bir deri flebi planlanmasına dayanmaktadır. Defekte komşu bu deri flebinin defekt alanına ilerletilebilmesi için flebin bir kenarında anatomik bölgeye uyumlu olacak şekilde kenarları eşit bir üçgen alan tasarlanır. Bu üçgen alan dezepitelize edilir. Sirküler flep ve üçgen dezepitelize flepler suprafasiyal planda disseke edilerek defektin kenarındaki sağlam cilt bölgesinin altına doğru ilerletilerek absorbabl sütürler ile sabitlenir. Sirküler flep defekt alanını kapatacak şekilde adapte edilmeden önce, flep kenarı ile defekt kenarı arasındaki uzunluk farkını düzeltmek için defekt ile sirküler flebin serbest kenarı arasındaki yarımada şeklindeki doku defekt kenarına veya flep insize edildikten sonra oluşan lateral kenara doğru çevrilerek adapte edilir. Flebin defekt bölgesine adapte edilmesi ile işleme son verilir.

Sonuç: Bütün flepler sorunsuz olarak iyileşti. Enfeksiyon, flep nekrozu ve hematom gibi komplikasyonlar ile karşılaşılmadı. Trap door deformitesi ve dog ear formasyonu görülmedi. Sekonder bir cerrahi girişim ihtiyacı olmadı. Fonksiyonel ve estetik açıdan sonuçlar tatmin edici düzeydeydi.' Ice cream cone' flep; burun dorsumu, tip ve alar kanat bölgelerindeki siküler cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda alternatif olarak düşünülebilecek, basit ve kolay uygulanabilir bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: *burun defektleri, rekonstrüksiyon, flep*

Flep dizaynı

SB-28
Derinin Adneksiyal Tümörleri, 2015 - 2020 Yılları Arasında Opere Edilen 47 Hastanın Retrospektif Analizi

Özlem Çolak, Burak Yılmaz, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak, İlker Üşçetin
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Derinin adneksiyal tümörleri, benign yada malign, derinin 4 ana ekine benzer morfolojik diferansiyasyon gösteren geniş bir grup tümörden oluşur. Bu tümörler sporadik veya sendromlarla ilişkili olabilmektedir. Adneksiyal tümörler kutanöz neoplazmların küçük bir kısmını oluşturur. Malign adenksiyal tümörler ise son derece nadirdir. Sendromik vakalar haricinde çoğu adneksiyal tümörler 4. ve 6. dekatlar arasında görülmektedir. Adneksiyal tümörler tipik olarak pembe-mavi, birkaç milimetre ve santimetre arasında değişiklik gösteren nodüller olarak ortaya çıkar. Lezyonlar klasik olarak asimetriktir ve yavaş büyürler. Malign adneksiyal tümörler ülserasyon ve hızlı büyüme gösterebilmektedir. Foliküler ve sebase tümörler en sık baş ve boyun bölgesinde bulunurken ekrin neoplazmlar en sık el ve ayak tabanında bulunur. Aporkrin neoplazmlar ise en sık aksilla, anogenital bölge ve göz kapaklarında saptanır. Adneksiyal tümörlerin çoğu klinik pratikte aşinalık sağlanmasına izin verecek kadar yaygın olmamakla birlikte nadir de değildirler. Bu çalışmada daha yüksek rastlanma olasılığına sahip bazı adneksiyal tümörlerin klinik, histopatolojik ve diğer ilgili özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada kliniğimizde 2015 ve 2020 arasında opere edilen ve patolojik olarak kutanöz adneksiyal tümör tanısı alan 47 hasta dahil edilmiştir. Opere edilen hastaların patoloji sonuç verileri taranarak sınıflandırılmıştır. Yaş ve cinsiyet, patolojik tanı, lokalizasyon ve tedavi yöntemleri belirlenerek istatistiki analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmada 47 hastanın (21E, 26K) yaş ortalaması 50,5 olarak hesaplandı. Lezyonlardan 7'si malign(%14,9) ve 40'ı benign(%85,1) lezyon olarak raporlandı. Malign lezyonlar 3 hastada porokarsinom, 1 hastada adenoid kistik karsinom, 1 hastada malign ekrin spiradenom, 1 hastada sebase karsinom ve 1 hastada trikilemmal karsinom olarak saptandı. 4 hastada lezyon baş ve boyunda(%57,1) 2 hastada gövdede(%28,5) ve 1 hastada üst ekstremitede(%14,4) izlendi. Malign tümör saptanan hastaların yaş ortalaması 68,2 idi. Benign lezyonların büyük kısmı benign ter bezi tümörleri idi.(60%) Ter bezi tümörleri arasında en sık tümör mikst tümör olarak izlendi. Benign foliküler/sebase tümörlerden en sık trikoblastom saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Hastaların çok büyük bir kısmında eksize edilen lezyonlar primer olarak onarıldı. (%95.7) Burun dorsumunda sebase karsinomu olan 1 hastada alın flebi ile onarım yapılırken frontal bölgede trikoblastom tanılı 1 hastada O-T flep ile onarım yapıldı. Klinik tecrübemizde kutanöz adneksiyal tümörler güncel literatür ile ile örtüşen sıklıkta ve lokalizasyonda saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Adneksiyal, Foliküler, Sebase*

Adneksiyal Tümörler

BENİGN TER BEZİ TÜMÖRLERİ: 24 (12e 12k)	CİNSİYET	LOKALİZASYON
Poroma 5	(2e 3k)	
Hidradenom 1	(1k)	
Spiroadenoma 1	(1e)	
Silindroma 1	(1k)	
Mikst Tümör 9	(7e 2k)	
Syrngoma 2	(1e 1k)	
Syringocystadenoma papilliferum 4	(4k)	
Tubuler Adenom 1	(1e)	Baş-boyun: 20 Alt ekstremite: 2 Üst ekstremite: 1 Gövde: 1
MALİGN TER BEZİ TÜMÖRLERİ: 5	(3e 2k)	
Porokarsinom 3	(2e 1k)	
Adenoidkistik Karsinom 1	(1e)	
Malign Ekrin Spiradenom 1	(1k)	Baş-boyun: 2 Gövde: 2 Üst ekstremite: 1
BENİGN FOLİKÜLER/SEBASE TÜMÖRLER: 16	(5e 11k)	
Trikoepitelyoma 2	(2k)	
Trikoblastoma 6	(2e 4k)	
Trikofolliküloma 1	(1e)	
Prolifere Pilar Tümör 1	(1k)	
Trikilemmoma 1	(1k)	
Pilomatrikoma 3	(1e 2k)	
Sebasom/Sebase Adenom 1	(1e)	Baş-boyun: 14 Üst ekstremite: 2
MALİGN FOLİKÜLER/SEBASE TÜMÖRLER: 2	(1e 1k)	
Sebase Karsinom 1	(1e)	
Trikilemmal Karsinom 1	(1k)	Baş-boyun: 2

Sınıflandırılmış patolojik tanı bilgileri cinsiyet ve lokalizasyon bilgileriyle birlikte tablo halinde sunulmuştur. Her ana başlık altında lokalizasyonlar sınıflandırılıp ana başlık listesinin sonunda toplam olarak belirtilmiştir.

SB-29
Primer Kutanöz Leiomyosarkom Tanılı Hastalarda Klinik Deneyimlerimiz

Hüseyin Emre Ulukaya, Cenk Demirdöver, Adnan Menderes, Süleyman Çakmak, Hasan Basri Çağlı, Safa Eren Atalmış
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Leiomiyosarkom, etiyolojisi bilinmeyen düz kas kökenli nadir görülen malign bir mezenkimal tümördür. Tüm sarkomların yaklaşık % 5-10'unu oluşturur, ancak kutanöz leiomiyosarkom yalnızca % 2-3'ünü oluşturur. Bu tüm cilt tümörlerinin yaklaşık % 0,04'üne karşılık gelmektedir. Dermatofibrosarkom ve Kaposi sarkomundan sonra en sık görülen üçüncü kutanöz sarkomdur. Deride üç tip leiomyosarkom vardır: dermal, subkutanöz ve metastatik. Lezyon ne kadar derinse prognoz o kadar kötüdür. Dermal leiomyosarkom, erektör pili kaslarındaki düz kas liflerinden, genital dartos kaslarından ve meme ucu-meme başı kompleksinden kaynaklanır. Lokal rekürrens eğilimi % 24 oranında olmakla birlikte % 4 oranında düşük metastatik potansiyel ile ilişkili orta dereceli bir tümördür. Subkutanöz leiomyosarkom, kan damarı duvarlarındaki düz kastan kaynaklanır. Subkutanöz leiomyosarkom % 37 oran ile daha yüksek lokal nüks riski ve % 43 oranı ile daha yüksek metastaz riski vardır. Bununla birlikte, çoğu kutanöz metastaz retroperitoneal leiomyosarkomdan kaynaklanmaktadır. Kutanöz leiomyosarkomu kesin tanısı konulmadan önce, özellikle tümör subkutan ise, derin dokularda veya organlarda bir leiyomyosarkomun metastazının dışlanması önemlidir. Bu çalışmada kliniğimizde 2010-2020 yılları arasında kutanöz leiomyosarkom tanısı alıp tedavisi uygulanan hastaların klinik demografik özelliklerini literatürle karşılaştırmalı incelemekteyiz.

Gereç Ve Yöntem: Kliniğimize 2010-2020 yılları arasında başvuran 21 hasta retrospektif olarak incelendi. Metastatik leiomyosarkom tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların 10'sı (% 47) kadın, 11'si (% 53) erkek idi. En küçük yaş 24 en büyük yaş 78 olarak saptandı. Tüm hastalara eksizyonel cerrahi işlem uygulandı. Cerrahi uygulamada hastalara 5 cm sağlam cerrahi sınır konularak eksizyon işlemi yapıldı. Her operasyonda eş zamanlı frozen patolojik incelemesi yapılarak cerrahi sınırların güvenliği teyit edildi. Rekonstrüksiyon olarak iki hastada (% 9) serbest doku nakli, beş hastada (% 23) lokal flep, 7 hastada (% 33) primer kapatma, bir hastada (% 4) parmak amputastonu, altı hasta (% 32) deri grefti uygulaması yapıldı. Hastaların sekiz tanesi (% 38) subkutan leiomyosarkom tanısı alırken 13'ü (% 62) dermal leiomyosarkom tanısı aldı. Lezyonlardan yedi tanesi (% 33) üst ekstremitede, yedi tanesi (% 33) alt ekstremitede, beş tanesi (% 23) gövdede, iki tanesi (% 11) baş ve boyunda saptandı. Lokal nüks üç hastada (% 14) görülürken 18 hastada (% 86) nüks görülmedi. Hiçbir hastada uzak metastaz görülmedi. Ortalama tümör boyutu 10x8x7 cm ebatlarında idi.

Tartışma: Leiomiyosarkom, etiyolojisi bilinmeyen düz kas kökenli nadir görülen malign bir mezenkimal tümördür. Tüm sarkomların yaklaşık % 5-10'unu oluşturur, ancak kutanöz leiomyosarkom yalnızca %2-3'ünü oluşturur. Dermatofibrosarkom ve Kaposi sarkomundan sonra en sık görülen üçüncü kutanöz sarkomdur. Her yaşta ortaya çıkabilir, ancak çoğunlukla yaşlı yetişkinleri etkiler ve en yüksek insidans 50 ila 70 yaş arasındadır. Erkeklerde daha yaygındır ve literatürde yaklaşık olarak 3/1 oranındadır. Bizim çalışmamız da erkeklerle ve daha ileri yaşlarda daha sık görülmüştür. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Ancak daha çok ileri yaşlarda görülmesine karşın kliniğimizde 24

yaş gibi erken yaşlarda da görülmüş vakalar bulunmaktadır. Daha çok alt ekstremitede görülmesine karşın bizim çalışmamızda en sık alt ve üst ekstremitede ve eşit olarak görülmüştür. Bu bulgu ekstremiteler alt ve üst olarak ayrı düşünüldüğünde literatürle çelişmekle birlikte ekstremiteler birlikte değerlendirildiğinde literatür ile uyumludur.

Sonuç: Kutanöz leiomyosarkom derinin nadir görülen yumuşak doku tümörüdür. İleri yaşlarda görülebildiği gibi erken yaşlarda da görülebilmektedir. Erken yaşlarda bile hızlı ilerleyici olabildiğinden erken tanı konulmazsa tedavisi zorlaşıp yüksek oranda lokal nüks ve metastaz görülebilir. Temel tedavi, geride tümör dokusu bırakmadan yapılan cerrahi eksizyon tedavisidir.

Anahtar Kelimeler: *Kutanöz, Leiomyosarkom, Mezenkimal, Sarkom*

SB-30
2015-2019 Yılları Arasında Nevüs Eksizyonu Yapılan 1382 Hastanın Patoloji Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Retrospektif Analizi

Özlem Çolak, Zeynep Öykü Gürel, Tuğçe Yasak Par, Selman Taşkın, İlker Üşçetin
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hastanesi

Giriş: Nevus, pigment üreten melanosit isimli hücrelerden oluşan benign proliferasyondur. Nevüs eksizyonlarının en önemli nedeni malign transformasyon riski olmakla birlikte en sık kozmetik nedenlerle nevüs eksizyonu yapılmaktadır. Nevüsler ciltte en sık görülen benign lezyonlar olmakla birlikte, sınırları düzensiz, renk değiştiren, büyüme gösteren nevüslerin malign transformasyon ekartasyonu açısından eksizyonu yapılıp patolojik olarak sonuç alınması en güvenilir yaklaşımdır. Bu çalışmada; kliniğimizde nevüs eksizyonu yapılan hastalardaki nevüslerin ön tanıları, yerleşim yerleri, patoloji sonuçları ve bunların karşılaştırılmasının sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem-Gereç: 2016-2019 yılları arasında kliniğimizde eksizyonel biyopsi uygulanan 1382 hastada eksize edilen 1576 nevüs çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar yaş demografik bilgileri ve nevüs lokalizasyonu, başvurudaki ön tanılar ve patoloji sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalar 5-85 yaş aralığındadır. Hastalar yaşlarına göre değerlendirildiğinde, yaşı 20-50 arasında olan hastalar çoğunlukta (%71,07) olarak saptanmıştır.Nevüs lokalizasyonlarında en sık baş-boyun (%76,98), sonrasında gövde (%16,04), üst ekstremite (%4,39) ve alt ekstremite (%2,57) gelmektedir. Eksize edilen nevüslerin patolojik tanıları ve sıklık yüzdeliklerine bakıldığında birinci sırada intradermal nevüs bulunmuştur. Tüm hastaların yüzde 45,4'ünde intradermal, compound veya mavi nevüs izlenmiştir (Tablo-1). Benign ön tanısı ile eksizyonel biyopsi yapılan fakat patolojik tanısı malign olarak raporlanan nevüs sayısı 28 (%1,77), displazi görülen örneklerin sayısı 16 (%1.01)'dır. Bu lezyonlardan en sık displastik nevüs (16 hastada) sonrasında bazal hücreli karsinom (15 hastada) görülmüştür.

Tablo-1: Nevüs biyopsi örneklerinin patolojik tanıları ve görülme yüzdeliklerine göre yaş dağılımları

PATOLOJİK TANI	TOTAL ÖRNEK SAYISI (%)	YAŞ
İntradermal	795 (%50,44)	35,2
Compound	607 (%38,44)	31,8
Mavi Nevüs	26 (%1,64)	34,8
Seboreik Keratoz	20 (%1,26)	55,6
Fibroepitelyal Polip	19 (%1,20)	53,2
Diplastik Nevüs	16 (%1,01)	25,6
Bazal Hücreli Karsinom		
Malign Melanom	15 (%0,94)	
	12 (%0,75)	58,6
	4	2
Birleşik Spitz Nevüs	12(%0,75)	19,5
Sebaseöz Nevüs	12(%0,75)	46,6
Skuamöz Papillom	11(%0,75)	49,4
Diğerleri*	31(%1,96)	-

**diğer patolojik tanılar: dermatofibrom (%0,50), trikilemmal kist (%0,44), verruka vulgaris (%0,37), kapiller hemanjiom (%0,25), keratoakantom (%0,12), syringoma (%0,06), fibrolipoma (%0,06), inflamatuvar lineer verrüköz epidermalnevüs-İLVEN (%0,06), solar lentigo (%0,06)*

Tartışma ve Sonuç: Melanositik nevüsler çoğunlukla benign karakterde olup, eksizyon çoğunlukla kozmetik amaçlarla yapılmaktadır. Buna rağmen sınırları düzensiz, büyüyen, renk değişikliği gösteren nevüslerde malign potansiyel olma ihtimali olduğundan bunların takibi yapılmalı ve şüpheli lezyonların malignite ekartasyonu amacıyla eksizyonu yapılmalıdır. Bu gibi değişiklikler gözlenmese de, benign görünümlü olan bazı lezyonlarda patolojik tanıda malign transformasyona rastlanabilmektedir. Çalışmamızda da % 1,77 lezyonda benign ön tanısı olmasına rağmen malign dönüşüme rastlanmıştır. Bu nedenle eksizyon kozmetik amaçlı yapılıyor olsa bile 2mm güvenli cerrahi sınır ile tam kat eksizyonun yapılması, hastaların patolojik tanılarının ve takiplerinin aksatılmadan yapılması, malign dönüşümü olan lezyon tanılarının gözden kaçmaması için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *nevüs, yaş, lezyon*

SB-31
Malign Melanom'da Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Sensitivite ve Spesifitesi: Güncel Klinik Tecrübelerimiz

Mehmet Emre Yeğin, Ersin Gür, Ege Topaloğlu, Yiğit Özer Tiftikçioğlu, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

Amaç: Malign melanom insidansı son yüzyılda belirgin bir artış göstermiştir. Erken tanı ve doğru müdahale bu hastalığa ait mortaliteyi düşürmede anahtardır. Yaklaşık 30 yıldır kullanılan "Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)" yaklaşımı ile melanom tedavisinde yeni bir çağa geçilmiştir. Modern yaklaşımda, "Elektif Lenf Nodu Disseksiyonu (ELND)"na göre daha düşük postoperatif morbiditesi olması nedeniyle rutin tedavi protokollerinin bir parçası olarak kullanılan SLNB yönteminin, sensitivite ve spesifitesi pek çok tartışmaya konu olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde malign melanom geniş eksizyonuna ek olarak uygulanan SLNB ve veya ELND operasyonlarının retrospektif olarak incelenrek, SLNB sensitivite ve spesifitesinin, kendi tecrübelerimiz dahilinde değerlendirilmesidir.

Metod: 2008 ve 2020 yılları arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine başvuran toplam 1803 malign melanom hastasından ameliyathane koşullarında opere olan 606 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Geriye dönük patoloji raporları incelendiğinde toplam 405 hastaya SLNB yapıldığı görülmüştür. Operasyon raporları ile birlikte patoloji sonuçlarındaki malign melanoma ait evreleme özelliklerine ait bilgiler (Tümör çapı; invazyon derinliği; ülserasyon, regresyon, lenfovasküler invazyon, satellit odak varlığı; milimetrekare başına düşen mitoz sayısı; radyolojik evreleme; SLNB ve ELND) toplanmış ve prognozları gözlenmiştir. SLNB yapılan veya yapılmayan hastalarda sonraki ELND, nüks ve veya metastaz oranları değerlendirilerek karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Yapılan incelemelerde, SLNB yapılan 405 hastanın 64 tanesinde patolojik olarak metastaz tanımlanmıştır ve takiben uygulanan ELND için rehber olduğu görülmüştür. SLNB sonucu ile metastaz saptanan ve takiben ELND yapılan hastaların 21 tanesinde materyal içerisinde metastatik lenf nodu saptanmıştır. SLNB yapılan ve sonucunda metastaz rapor edilmeyen 19 hastada takiplerde nüks ve veya metastaz saptanmıştır. Bu veriler ışığında, literatürde yer alan veriler ile uyumlu olarak, kliniğimizde uygulanan SLNB sensitivitesi %77,1 olarak belirlenmiştir. Spesifite sonuçlarımız %100' dür.

Sonuç: Literatüre bakıldığında pek çok kaynakta, SLNB ile tümör evresi arasında ilişki kurularak etkinlik üzerine tanımlamalar yapılmıştır. İlk tanımlandığı yıl olan 1992'den beri, pek çok hasta üzerinde kullanılan SLNB, kliniğimizde de 2008 ve 2020 yılları arasında 405 hastada kullanılmıştır. Kliniğimizdeki rutin uygulama frozen gönderilmeksizin postop SLNB sonucuna göre gerekli ise ELND endikasyonu konulması yönündedir. Bu nedenle spesifite, oldukça yüksektir. SLNB, ELND'ye göre daha az morbidite ile hastalığın evrelemesinde başarılı bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: deri kanseri, lenf nodu diseksiyonu, malign melanom, sentinel

SB-32
Preauriküler-Retroparotid Yaklaşımla Açık Redüksiyon İnternal Fiksasyon ile Tedavi Edilen Kondil Kırıklarının İncelenmesi

Cenk Demirdöver, Hasan Basri Çağlı, Mustafa Yılmaz, Süleyman Çakmak, Hüseyin Emre Ulukaya, Safa Eren Atalmış
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Maksillofasiyal travmalara bağlı yüz iskeletinde sık kırılan kemiklerden biri olan mandibulanın; litaretürde farklı sonuçlar gösteren çalışmalar olmakla birlikte en sık kırık görülen anotomik bölgelerinden biri kondil bölgesidir. Mandibula kondil kırıklarına tedavi yaklaşımı geçmişten günümüze değişmekle birlikte asıl amaç mandibula hareket açıklığının ve normal okluzyonun korunmasıdır. Bu çalışmada, mandibulanın izole kondil kırıkları ve kondili de içeren çoklu mandibula kırıklarına tedavi yaklaşımı, preauriküler-retroparotid yaklaşımla açık redüksiyon ve internal fiksasyon yöntemiyle tedavi edilen kondil kırıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Tedavinin yanında mandibula kondil bölgesini içeren kırıklar epidemiyolojik açıdan da incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2010 ile 2020 arasında maksillofasiyal travmalara bağlı oluşan kondil bölgesini içeren ve opere edilen mandibula kırıkları retrospektif olarak incelendi. Bu incelemeye göre 25(15,5) kadın, 137(84,5%) erkek olmak üzere toplam 162 hasta epidemiyolojik açıdan değerlendirildi. Her hastanın yaş, cinsiyet, travma etiyolojisi, mandibula kırık lokalizasyonu ve tedavi yöntemi kayıt altına alındı. 42 hasta açık redüksiyon ve internal fiksasyon yöntemiyle tedavi edilirken diğer hastalar maksillomansibuler fiksasyon ve diğer yöntemler ile tedavi edildi. Hastalar cerrahi prosedür, uygulanan tedavi yöntemlerinin sonuçları ve oluşan komplikasyonlar açısından incelenmiştir.

Bulgular: Opere edilen 162 hastanın en küçüğü bir yaşında, en büyüğü 89 yaşındayken ortalama yaş 29,7 bulundu. Travma oluş sebeplerine bakıldığında en sık olarak araç kazaları ve künt travmalar olduğu görüldü. Kondil kırığına en sık eşik eden kırık bölgesi ise 45(27,7%) olguda gözlenen parasimfizis kırığıydı. Preauriküler-retroparotid yaklaşımla kondil kırığına yönelik açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulanan 42 hastada operasyon sonrası normal bir okluzyon ile birlikte ağız açıklığının sağlandığı görüldü. Preauriküler insizyonu doğal cilt kıvrımı kullanılarak yapılan hastalarda kötü skar formasyonu izlenmedi. Bu yaklaşımda en ciddi komplikasyonlardan biri fasiyal sinir hasarıdır. Yapılan operasyonlarda operasyon sonrası erken dönemde görülen fasiyal sinir defisiti genellikle traksiyona bağlı olup altı(14,2%) hastada geçici defisit izlenmiştir ve tamamında üç ay sonra tam düzelme görülmüştür. Ayrıca bir(2,3%) hastada plak kırılması, bir(2,3%) hastada ise cerrahi alan enfeksiyonu izlenmiştir.

Sonuç: Kondil kırıkları için cerrahi tedavi olarak kapalı tedavi yaklaşımı kolay olması, daha az invaziv olması, komplikasyonlarının daha az olması nedenli uzun dönem ilk tedavi seçeneği olarak görülmüştür. Ancak bazı kondil kırıkları için kapalı tedavi yaklaşımı her zaman yeterli olmayabilir ve kapalı yaklaşımla tedavi görmeleri durumunda uzun dönemde malokluzyon, ağız açıklığında kısıtlılık, TME eklem ağrısı, eklem artrozu gibi komlikasyonlar daha sık görülmesi beklenir. 45 derece üzeri deplase olan, ramus yüksekliğinde belirgin azalma olan ve malokluzyonun olduğu kondil kırıklarında kliniğimizdeki genel tedavi yaklaşımı preauriküler-retroparotid yaklaşımla açık redüksiyon ve internal fiksasyondur. Yaklaşık olarak 10-45 derece arası deplase olan kondil kırıkları için tedavi yaklaşımımız ise gri bölgede olup hastanın yaşı, genel durumu ve diğer kliniği ile birlikte karar verilmektedir. Açık yaklaşımın son dönemde litaretürde destek görmesi nedenli geçmiş yıllarda genelde bu hastalar ya tamamı ile kapalı yaklaşımla ya da bir ağız içi insizyon yardımıyla yapılan manuel redüksiyon sonrası intermaksiller fiksasyon ile takip edildi. İntraoral insizyon yardımıyla yapılan manuel redüksiyon sonrası intermaksiller fiksasyon yapılan 11 hastamızın sadece birinde yetersiz redüksiyon olması nedenli ekstraoral yaklaşım sonrası internal fiksasyon yöntemine erken dönemde geçildi. Seçilmiş hastalarda ektraoral insizyonla yaklaşım öncesi intraoral yaklaşımla manuel redüksiyon ve İMF ile tedavi bir basamak olarak değerlendirilebilir. Ancak tam redüksiyon sağlanabilse de uzun süreli intermaksiller fiksasyon gerekliliği geç dönemde ağız açıklığı kısıtlılığı ve TME eklem ağrısı ve artrozu komplikasyonlarının daha fazla görülmesine neden olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Açık, Mandibula, Kondil, Okluzyon, Preaurikuler*

SB-33
PRP Uygulamasında Yeni Bakış Açısı: Allojenik PRP ve Amaca Yönelik İdeal Donör Arayışı

Serkan Kaya[1], Nesibe Sinem Çiloğlu[1], Barış Çin[1], Pembe Gül Güneş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Yanık travmaları yılda yaklaşık 180.000 mortaliteye sebep olmaktadır ve yaşlı popülasyonda prognoz gençlere nazaran çok daha kötü olmaktadır(1). Yara iyileşmesinde gecikmenin belirgin rol oynadığı bu duruma yönelik, çeşitli tedavi yöntemleri mevcuttur. Bu tedavi yöntemlerinin tamamına yakını, hastanın kritik genel durumu veya yüksek tedavi maliyeti sebebiyle yeterli olmamaktadır. Çalışmamızda, yaşlı yanık travmalı hastalarda otolog ve allojenik PRP'nin yara kapanmasına olan etkileri karşılaştırılacaktır. Ek olarak literatüre göre, en etkin olacağı düşünülen donör özellikleri olan yaş ve östrojen hormonu etkinlik açısından değerlendirilecektir(2–4).

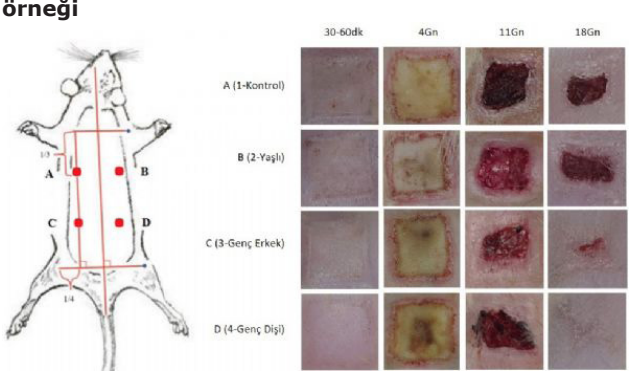
Gereç ve Yöntem: Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)Hamidiye Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'nun onayı(21 Ekim 2019 tarih ve 2019-08/06 sayı) ile SBÜ Sultan Abdulhamit Külliyesi Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Laboratuarı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmada; 12 saatlik aydınlık karanlık sikluslarında, su ve pellet formunda yem ile ad-libitum beslenen, 21°- 24°C sıcaklık ve %60-70 nem aralığında bulunan odalarda en fazla 3'erli 6 kafeste muhafaza edilen toplam 17 rat kullanılmıştır. Kullanılan ratlar ve özellikleri sırası ile, 3 adet 3-6 aylık 170-210 gram ağırlığında Wistar cinsi dişi rat, 3 adet 3-6 aylık 190-240 gram ağırlığında Wistar cinsi erkek rat, 11 adet 21-24 aylık 420-460 gram ağırlığında Wistar cinsi erkek rat şeklindedir. Çalışmada, 2.derece derin yanık yarasına sahip 4 farklı grup bulunmaktadır. İlk grup olan kontrol grubuna ek işlem uygulanmamıştır. İkinci gruba yaşlı ratlardan elde edilen PRP uygulanmıştır. Üçüncü gruba genç erkek ratlardan elde edilen PRP uygulanmıştır. Son gruba ise genç dişi ratlardan elde edilen PRP uygulanmıştır. Yara bölgeleri 18.günde ile hidroksiprolin miktarı ve histopatolojik bulgular açısından değerlendirilmiştir. Makroskopik bulgular 4. 11. ve 18. günlerde yara kapanma yüzdeleri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Makroskopik olarak ilk iki grup ile son iki grup kendi aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmezken, 3. ve 4. grup diğer ilk iki gruba göre istatistiksel olarak daha hızlı iyileştiği izlendi. Bu sonuçlar aynı zamanda hidroksiprolin miktarlarında ve epitelizasyon mevcudiyeti değerlendirmesinde de benzer şekilde oldu. Diğer histopatolojik değerlendirmelerde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi.

Sonuç: Genç donörlerden alınan kandan elde edilen PRP, yaşlı donör kaynaklı PRP'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede iyileşme hızını arttırdığı gözlemlenmiştir. Bu açıdan PRP için uygun donörlerin genç popülasyondan seçilmesinin daha ideal olacağı düşünülmektedir. Bununla beraber içerisinde donör kaynaklı östrojen de bulunduran kandan elde edilen PRP, genç erkek donör kaynaklı PRP'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: *Allojenik, PRP, 2.derece yanık yarası, Yaşlı popülasyon, Östrojen*

PRP uygulama şeması ile makroskopik değerlendirme örneği



Yanık oluşturulması sonrası ilk gün, PRP'nin uygulandığı 4.gün ile diğer makroskopik değerlendirilmelerin yapıldığı 11.gün ve 18.gün resimleri. A-D: uygulanan ek işlemler; A: ek işlem uygulanmayan yara B: yaşlı rat kaynaklı PRP; C: genç erkek rat kaynaklı PRP; D: genç dişi rat kaynaklı PRP

SB-34
Coupler Cihazı ve Dikiş ile Yapılan Anastomozlarda Venöz Tromboemboli Oranlarının Karşılaştırılması

Cem Aydın, Zeynep Deniz Akdeniz, Melekber Çavuş Özkan, Bülent Saçak, Mehmet Bayramiçli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Serbest doku aktarımlarında özellikle venöz anastomoz sırasında kullanılan coupler cihazları son dönemde büyük bir popülarite kazanmıştır. Literatürde bu cihazların güvenilirliği hakkında az sayıda çalışma bulunmaktadır. Kliniğimizde yapılmış serbest doku aktarımı olgularımızı retrospektif olarak inceleyerek Coupler cihazı ve dikiş ile yapılan anastomozlar arasındaki tromboz oranlarını karşılaştırdık. Bunun yanında venöz tromboza katkıda bulunabilecek diğer olası risk faktörlerini inceledik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2015-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılan tüm mikrovasküler serbest doku aktarımlarının verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, venöz anastomoz tipi (dikiş - coupler cihazı), rekonstrüksiyon yeri, radyoterapi, kemoterapi öyküsü ve tekrarlayan operasyon sayısı gibi özellikleri kaydedildi.

Sonuçlar: Serbest doku aktarımı yapılan ardışık 385 hasta analiz edildi. Toplam venöz tromboz oranı % 4.7'ydi. Coupler cihazı kullanılarak yapılan anastomozlarla dikiş ile yapılan anastomozlar arasında venöz tromboemboli oranı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (% 3.2 ve % 5.2, p = 0.58). Sadece rekonstrüksiyon bölgesinin venöz tromboz ile anlamlı olarak ilişkili olduğu tespit edildi (p = 0.03).

Tartışma: Farklı rekonstrüksiyon alanlarını ve çok sayıda flep tipini içeren sonuçlarımız, Coupler cihazı ve dikiş ile yapılmış anastomozlar arasında revizyon oranlarının benzer olduğunu göstermektedir. Bu bulgu mevcut literatürle uyumludur.

Anahtar Kelimeler: *Coupler cihazı, Mikrocerrahi, Venöz tromboemboli*

Tablo - 1

	Venöz Tromboz (-)	Venöz Tromboz (+)	P-değeri
Cinsiyet (n=385)			
Kadın	199 (94.3%)	12 (5.7%)	0.34
Erkek	168 (96.6%)	6 (3.4%)	
Anastomoz yöntemi (n=384)			
Dikiş ile	276 (94.8%)	15 (5.2%)	0.58
Coupler	90 (96.8%)	3 (3.2%)	
Rekonstrüksiyon bölgesi (n=385)			
Meme	100 (90.9%)	10 (9.1%)	0.03
Baş, Boyun	153 (97.5%)	4 (2.5%)	
Alt ekstremite & diğer	114 (96.6%)	4 (3.4%)	
Pre-op Radyoterapi (n=367)			
Evet	64 (91.4%)	6 (8.6%)	0.11
Hayır	286 (96.3%)	11(3.7%)	
Pre-op Kemoterapi (n=369)			
Evet	83 (93.3%)	6 (6.7%)	0.26
Hayır	269 (96.1%)	11 (3.9%)	
Cerrahi Girişim			
Primer	190 (94.5%)	11 (5.5%)	0.63
Rekürren	167(96.0%)	7 (4.0%)	
Komorbidite (n=382)			
0	292 (96.1%)	12 (3.9%)	0.23
>1	72(92.3%)	6 (7.7%)	

Venöz Tromboemboli Oranları

SB-35
Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda serbest fasiyokutan flepler, serbest kas flepleri ve lokal perforatör fleplerin osteomyelit üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Göktekin Tenekeci[1], Ali Cem Oktay[2], Baver Acaban[1], Şakir Ünal[1], Alper Sarı[1], Yunus Emre Gökçe[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Mersin
[2]Nizip Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep

Giriş: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu plastik cerrahinin teknik açıdan en zorlu alanlarından biridir. Fonksiyonel ve görsel bütünlüğü sağlamak için çoğu zaman üst basamak rekonstrüksiyon seçeneklerini tercih etmek gerekmektedir. Özellikle kemik açıklığı bulunan veya kronik osteomyelit eşlik eden vakalarda defektin, vasküleritesi yüksek bir doku ile kapatılmasının önemine inanılmaktadır. Bu durumun kemik enfeksiyonlarının önlenmesinde ve tedavisinde etkin rol oynadığı yapılan çok sayıda çalışma ile de gösterilmiştir. Kas flepleri yüksek oksijenlenme kapasiteleri sayesinde, yıllarca bu amaçla öncelikli tercih sebebi olmuş olsalar da son zamanlarda yapılan çalışmalar iyi kanlanan fasiyokutan fleplerle de benzer başarı oranlarına ulaşılabileceğini göstermiştir. Biz de çalışmamızda, osteomyeliti olan hastalarda yaptığımız alt ekstremite rekonstrüksiyonlarında kullandığımız serbest kas, serbest fasiyokutan ve lokal perforatör fleplerin, post operatif dönemde osteomyelit tedavisinde birbirlerine üstünlükleri olup olmadığını göstermeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, kliniğimizde osteomyeliti mevcut iken alt ekstremite rekonstrüksiyonu yaptığımız 38 hastaya uygulanan 39 flep dahil edildi. Bu fleplerin 17'si lokal perforatör flep (vasküler saplı ada flebi), 14'ü serbest fasiyokutan flep, 8'i ise serbest kas flebidir. Vasküler saplı ada fleplerinin 13'ü posterior tibial arter, 3'ü peroneal arter ve 1'i derin femoral arter bazlı olup serbest fasiyokutan fleplerin 8'i anterolateral uyluk flebi, 3'ü paraskapular flep ve 3'ü serbest fibula flebidir. Serbest kas fleplerinin tamamı latissimus dorsi kas flebidir. Hastaların ortalama gözlem süresi 12.3 ay (aralık 3-120 ay) olarak hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda alt ekstremite rekonstrüksiyonunu takiben, hastaların uzun dönem izlemleri göz önüne alınarak osteomyelit tedavisinin sağlanıp sağlanamadığına bakıldı. Buna göre 16 hastaya yapılan 17 perforatör flep sonrasında, 16 osteomyelitli bölgenin en geç 3 ay sonunda tedavi edilmiş olduğu, 1 hastada ise durumun sebat ettiği gözlemlenmiştir. Serbest fasiyokutan flep ile defekt onarımı yapılan 14 hastanın ise 11'inde 3. ay itibari ile osteomyelit tedavisinin başarılı olduğu, 3 hastada ise enfeksiyonun devam ettiği görülmüştür. Latissimus dorsi kas flebi yapılan 8 hastanın ise 1'sinde osteomiyelitin sebat ettiği 7 hastada ise kür sağlandığı saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre perforatör flepler, serbest fasiyokutan flepler ve serbest kas flepleri arasında, osteomyelit tedavisindeki başarıya etki açısından anlamlı bir farklılık olmadığını gözlemledik. Bu durumun vasküler dolaşım açısından lokal perforatör fleplerin de serbest kas ve serbest fasiyokutan flepler kadar güvenilir olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda bir kas flebi olan latissimus dorsinin flebinin de diğer fleplerle benzer sonuçları olduğu görülmüştür. Sonuç olarak alt ekstremitenin osteomyeliti de ihtiva eden defektlerinin onarımında, fasiyokutan flepler ile kas flepleri arasında, osteomyelit tedavisine etki bakımından anlamlı bir fark bulunmamış olmakla beraber, hem serbest fleplerin hem de perforatör bazlı fleplerin benzer başarı oranlarına sahip oldukları ve güvenle kullanılabilecekleri kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *fasiyokutan flep, kas flebi, osteomyelit, perforatör flep, serbest flep*

SB-36
Pediatrik hastalarda serbest flep ile rekonstrüksiyonun güvenilirliği

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Şakir Ünal, Alper Sarı, Yavuz Başterzi, Yavuz Demir, Ferit Demirkan
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Çocuk hastalarda, erişkin hastalarda olduğu gibi damar, sinir, tendon, kemik gibi dokular ekspoze olduğunda serbest flepler öncelikli seçenek halini alabilmektedir. Çocuk hastalarda başarılı ilk serbest doku nakilleri 1970'li yıllarda yapıldı. Pediatrik grupta tecrübe arttıkça serbest doku naklinin uygulanabilirliği ve güvenilirliği konusundaki endişeler azalmış ve uygulama giderek artmıştır. Bu çalışmada kliniğimizde pediatrik hastalarda uygulanan serbest flep vakaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda Mersin Üniversitesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalında, 2007-2019 yılları arasında serbest doku nakli ile rekonstrüksiyon yapılan 18 yaş altı pediatrik hasta popülasyonu değerlendirilmiştir.

Bulgular: 2007 ile 2019 yılları arasında serbest doku nakli ile rekonstrüksiyon yapılan hastalardan yaşları 6 ile 18 arasında değişen 13 hasta pediatrik yaş grubundaydı. Hastaların erkek kız oranı 9:4 idi. 10 hastanın defekti alt ekstremitede, 1 hastanın mandibulasında iken, 2 hastanın defekti üst ekstremitede yerleşikti. 6 hastaya Anterolateral uyluk flebi, 1 hastaya serbest fibula flebi, 3 hastaya latissimus flebi, 1 hastaya paraskapuler flep, 1 hastaya serbest iliak crest flebi ve yine 1 hastaya da serratus fasiya flebi uygulandı. Anterolateral uyluk flebi uygulanan hastaların birine yapılan serbest flep, ölü boşluğu da rekonstrükte etmek için ayrı bir pedikül üzerinde kas, diğer bir dal üzerinde ise fasiyokutan bir flep içermekteydi (kimerik vasıfta).

Tartışma: Hastaların 7'sinde etyoloji trafik kazasına bağlı yaralanma iken, 4'ünde yanığa bağlı kontraktür, 1'inde çene kisti ve, 1'inde ateşli silah yaralanmasıydı. Cinsiyet dağılımına baktığımızda erişkin hastalarda olduğu gibi erkeklerde özellikle alt ekstremite yaralanmaları daha çok gözlenmektedir. pediatrik yaş grubunda gerek alıcı damar gerekse flebi besleyen pedikülün kalibresinin erişkine göre küçük olması yapılan operasyonlarda daha titiz çalışmayı ve daha ileri bir tecrübeyi gerektirmektedir. 13 hastayı içeren pediatrik vaka serimizde fleplerde kayıp yaşanmamıştır. Parry ve arkadaşlarına göre çocuklarda damar muskuler tabakası az gelişmiş olduğundan vazospazm gelişme riski pediatrik grupta azalmaktadır. Diğer taraftan, Upton ve Guo'ya göre ise pediatrik damarlarda vazospazm ve tromboz eğilimleri daha fazladır. Çocuk yaş grubunda flep başarısını artıran unsurlar diabetes mellitus, hipertansiyon, periferal arteriyel hastalık gibi kronik rahatsızlıkların görülmemesine bağlamaktayız.

Sonuç: Mikrocerrahi pediatrik yaş grubunda erişkinlere göre daha yavaş bir gelişim göstermiştir. Ancak mikrocerrahi enstürmanlarında ve anestezi tekniklerindeki yenilikler ile günümüzde bu operasyonlar uygun vakalarda yapılabilir hale gelmiştir. Cerrahi olarak karşımıza çıkan en önemli kısıtlama küçük damar çapıdır ancak tecrübeli ellerde güvenle yapılabilecek bir cerrahidir. Bu operasyonların başarısındaki en önemli şansımız, pediatrik hastalarda periferal arteryel hastalık bulunmamasıdır.

Anahtar Kelimeler: *mikrocerrahi, pediatrik, serbest flep*

SB-37
Midvault Restorasyonunda Alternatif Bir Yöntem: "T-Splay Greft" (TSG)

Emin Kapı[1], Can Kopal[2]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana*
[2]*Özel Klinik, İzmir*

Amaç: İnternal nazal valv (INV) bölgesi, "midvault" olarak anılan ve rinoplasti operasyonlarında oldukça önemli anatomik noktalardan biridir. Bu bölge, nazal obstrüksiyonun oluşumuna büyük ölçüde katkıda bulunan bir yapıdır ve operasyon öncesinde nazal obstrüksiyon semptomları bulunan her olguda mutlaka değerlendirilmelidir. Bu bölgede üst lateral kıkırdaklar (ULC) süperiorda nazal kemikler ve medialde nazal septum ile birleşik haldedir. Anatomik olarak kilit bir noktayı oluşturan bu bölgenin rinoplasti operasyonlarında anatomik ve fonksiyonel açıdan bütünlüğünün bozulmaması ya da yeniden oluşturulması şarttır. Özellikle nazal hump redüksiyonundan sonra, postoperatif fonksiyonel ve kozmetik görünümü normalleştirmek, dorsal estetik çizgileri korumak, normal internal nazal valv açısını elde etmek, nazal obstrüksiyon ve inverted v deformitesini önlemek amacıyla midvault rekonstrüksiyonu hemen her zaman gereklidir. Literatürde midvault restorasyonu amacıyla kullanılan çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Bunlar arasında en sık kullanılan yöntemlerin başında spreader greft ve flepler yer almaktadır. Spreader greftler hump redüksiyonundan sonra midvault'un kontür ve stabilitesini restore eden, estetik ve fonksiyonel problemleri çözebilen, midvault kollapsını önleyen, internal nazal valv yetmezliğini tedavi eden altın standart bir yöntem ve rinoplastinin neredeyse rutin bir komponenti haline gelmiştir. Ancak bu teknik bazen zaman alıcı ve uğraştırıcı olabilmektedir. Alternatif olarak kullanılan spreader flepler de seçilmiş olgularda upper lateral cartilage'ler korunarak uygulanan bir yöntemdir. Her iki teknikte de doğal ve harmonik kontür elde edilmesi mümkündür. Ancak bazı olgularda bu yöntemler upper lateral kartilajlara splay etkisinin sağlanmasında yetersiz kalabilmektedir.

Materyal-Metod: Genel anestezi altında, lokal anestezik infiltrasyonunun ardından cerrahın tercihine göre açık ya da kapalı rinoplasti tekniğine uygun insizyonlarla başlanır. İnsizyonların ardından sub-SMAS (süperfisiyal müsküloaponörotik sistem) /subperikondriyal/ subperiosteal yaklaşımla iskeletal çatı açılır. Anterior septal açıdan itibaren, bilateral submukozal tüneller açılır. ULC-septal birleşim yeri açılır ve kemik çatı arasında kraniale doğru disseksiyon uzatılır. ULC'ler dorsal septumdan keskin şekilde açılır. Dorsal kartilaginöz septum ve kemik hump, altındaki mukoza korunacak şekilde "komponent" tarzda redükte edilir. Bu şekilde yeni dorsum ve midvault profili elde edilmiş olur. Bu aşamada ULC ile nazal kemikler arasındaki lateral kemik ataşmanları, detaşman ve medial kollapsın önlenmesi amacıyla intakt bırakılır. Septal subperikondriyal disseksiyon uygulanır. 2 mm kalınlık, 3-5 mm genişlik ve 12-14 mm uzunluğunda septal kartilaj grefti, dorsum ya da tabandan elde edilir. Dorsumun genişliğine, midvalvin uzunluğuna göre greftin boyutları şekillendirilir. Ardından midvalv seviyesinde, 11 no'lu bistüri ile dorsal septumun 1,5-2 mm altından dikdörtgen şeklinde, grefte uyan ölçülerde bir pencere açılır. Aynı seviyede bilateral olarak ULC altındaki mukozada aynı genişlikte bir cep açılır. Öncelikle greft bir taraftaki mukozal cepte, ULC ve altındaki mukoza arasına yerleştirilir. Yuvarlak 5/0 polyglactin 910 sütür ile öncelikle ULC dorsumundan, daha sonra greft dorsumundan geçilir. Greft altında U şeklinde dönülerek greftten ve ULC inferiorundan dorsuma doğru geri dönülüp sütür düğümlenir. Ardından sütür karşı taraf ULC dorsumundan geçirilir. Daha sonra sütür septumda açılan tünelden karşı tarafa geçirilip greftin dorsumundan geçilir. Aynı şekilde greftin altından U tarzında tekrar dönülerek sütür greftten geçirilir ve greft dorsumundan çıkılır. Daha sonra greft septal tünelden karşı tarafa geçirilir. Ardından sütür ULC'nin inferiorundan dorsuma doğru geçirilir, greft mukozal tünele oturtulup sütür düğümlenir. Böylece midvalv açısı genişletilmiş ve yüzeyi kapatılmış olur. Daha sonra midvalv yüzeyinde, greftin sefalik ve kaudal sınırına denk gelecek şekilde birer adet olmak üzere ULC'ler arasında polidioksanon 5/0 yuvarlak matress sütür ile fiksasyon sağlanır. Ardından SMAS onarımı uygulanır.

Bulgular: Operasyon sonrası erken ve geç dönemde greftin stabil olduğu, dorsumda irregülariteye neden olmadığı, dorsal estetik çizgilerin ve INV açısının korunduğu, inspirasyonda kollaps oluşmadığı, greftin palpasyonda elle hissedilmediği, nazal respirasyonun olgular açısından oldukça tatmin edici olduğu gözlendi. Elde edilen sonuçlar estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici düzeyde idi.

Tartışma: Tanımladığımız yöntemde; yerleştirdiğimiz kıkırdak grefti, septum ile T şeklinde bir konfigürasyon oluşturmaktadır. Aynı zamanda, ULC'ler üzerinde lateral

ve süperiora splay etkisi oluşmaktadır. Bu nedenle teknik "T-splay greft" (TSG) olarak adlandırılmıştır. TSG round bir formdadır, doğal ULC-septal junction'ı ve konfigürasyonunu, ULC kavsini anatomik şekilde taklit eder. Uyguladığımız yöntem tamamen non-visible bir yöntemdir ve bu nedenle greftin kenarlarının dorsumdan gözükme ya da palpe edilme ihtimali yoktur. Derinde kaldığı için de dorsal estetik çizgileri bozmaz. Tanımladığımız TSG yöntemi sayesinde ULC'ler arasındaki tansiyon laterale yönlendirilmekte ve kollaps önlenebilmektedir. Lateral ve süperiora doğru oluşturulan bu tansiyon valvlerin oldukça etkin bir şekilde açılmasını sağlamaktadır. Buna paralel olarak INV patensisi artmakta, midvault genişlemekte ve sidewall kollapsı önlenmektedir. Bu nedenlerden ötürü, TSG yönteminin hem structural hem de dinamik açıdan avantajlı bir yöntem olduğu kanaatindeyiz. Bu yöntem, keystone bölgesinde ULC'leri desteklemesinin yanısıra, bu desteğin INV'yi taklit etmesi ve vektörel bazda aynı planda yer alması nedeniyle, tekniğin fizyolojik bir yöntem olduğu düşünülebilir. TSG'nin genişlik, kalınlık ve uzunluğu, istenen ölçüde ayarlanabilmekte ve istenen kontür elde edilebilmektedir. Midvalvin genişliğine uygun olacak şekilde hazırlanınca tek bir greftle midvalvin tamamında laterale açılma etkisi sağlanabilmektedir. Kalınlığı istenen şekilde hazırlanarak esneklik derecesi de ayarlanabilmektedir. Uzunluğu ise nazal çatının genişliğine göre ayarlanabildiği için keystone bölgesinde dorsumdan istenenden fazla ölçüde bir genişleme ihtimali de ortadan kaldırılabilmektedir. Asimetrik ULC'ye sahip olgularda greft asimetrik şekilde hazırlanıp yerleştirilebilmekte ve bu şekilde simetri sağlanabilmektedir. Boyutunun 3 boyutlu olarak **değişken ölçülerde hazırlanabilmesi, midvalvin istenen seviyesine yerleştirilebilme özelliği, bu yönteme versatilite özelliği katmaktadır.** Bu teknikte, greftin ULC'leri alttan stabil bir şekilde desteklemesi, yöntemin kalıcılığını arttıran önemli bir faktördür. Anatomik olarak ULC'ler arasında en-blok bir köprü oluşturduğu için uzun dönem sonunda direnci azalmadan stabilitesini koruyabilmektedir. Aynı anatomik nedenle, pinched dorsumu kalıcı olarak düzeltebilmektedir. Bu yöntemde dorsumdaki transisyon zonunda düz bir geçiş sağlanabilmektedir. İnspeksiyon ya da palpasyonda herhangi bir step-off deformitesi oluşmamaktadır. Primer/sekonder, osteotomi yapılan/yapılmayan tüm olgularda kullanılabilmektedir. Tanımladığımız yöntemden elde ettiğimiz tecrübe ve literatür verilerine dayanarak, midvault rekonstrüksiyonu planlanan olgularda, oldukça geniş bir endikasyon marjininde bu yöntemin kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Ancak özellikle, 2 mm'den fazla nazal hump rezeksiyonu, uzun ve ince derili dorsum, ince ULC, pozitif preoperatif Cottle testi, kısa nazal kemik, dar midvault ve step-off deformitesi bulunan olgularda TSG'nin öncelikli olarak tercih edilebilecek alternatif bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Tanımladığımız TSG yönteminin, özellikle midvault rekonstrüksiyonu planlanan olgularda tek başına ya da diğer tekniklerle kombine kullanılabilecek, oldukça güvenli, stabil, etkili ve geniş serilerde tercih edilebilecek bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: *internal nazal valv, inverted v deformitesi, middle vault, rinoplasti*

SB-38
Sekonder Augmentasyon-Mastopeksi vakalarında Ribeiro flep ile Inframammary Fold(IMF) fiksasyonu

Mehmet Can Şakı
Teşvikiye, Terrace Fulya Residence Center, Hakkı Yeten Cd. D:2 Daire:64, 34365 Şişli/İstanbul

Amaç: İmplant malpozisyonu; meme büyütme vakalarında görülen en sık ikinci komplikasyondur. Çeşitli çalışmalarda insidansı primer augmentasyonlarda %4,7-%5,2; seconder augmentasyonlarda %9,1-%18,1 olarak bildirlmiştir. İmplantın ve beraberinde Inframammary fold(IMF)'un inferiora doğru yer değiştirmesi implant malpozisyonunun en sık görülen şeklidir. Bu deformiteye meme alt polünün genişlemesi ve "double-bubble" deformitesi eşilk edebilir. Literatürde bu deformitenin tedavisi için kapsülektomi veya kapsülorafi, kapsüler flep, pektoralis major kas süspensiyonu, aselüler dermal matriks süspansiyonu gibi çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bu çalışmada amaç; inferior implant malpozisyonu görülen vakalarda Ribeiro flebi'nin Imf fiksasyonu için kullanımı üzerindeki deneyimimi aktarmaktır.

Gereç-Yöntem: Daha once implant konmuş ancak inferior implant malpozisyonu olan toplam 6 hastaya bu yöntem ile IMF fiksasyonu uygulandı. (Tablo-1). Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. Tüm hastalara meme süperior limiti 2. Intercostal aralık; medial limit midsternal çizginin 2 cm mediali; lateral limit anterior aksiller çizgi ve inferior sınır arzu edilen IMF çizgisi olacak şekilde ters t skarlı veya vertikal skarlı superior veya süperomedial pediküllü mastopeksi-augmentasyon çizimleri yapıldı. Hastaların ameliyat öncesi ameliyat sonrası 3. Gün ve 3. Ay fortoğrafları çekildi. Per op her hastada yapılan flebin dolaşımı kontrol edildi. Flep tabanından 2-0 PDS sütür ile derin fasyaya fiksasyon uygulandı. Hastalara kas altı planda yeni implant yerleştirilmesi uygulandı. Tüm hastalara anterior kapsülektomi ve posterior kapsülotomi yapıldı. IMF fiksasyonu yapıldıktan sonra flebin kraniyel kısmı pectoral kas ile suture edilerek meme alt polü sağlamlaştırıldı. 2 hastada dren kullanıldı. Ameliyat sonrası 1. Gün dren çekildi. Diğer hastalarda dren kullanılmadı. Tüm hastalar ameliyat sonrası 6 hafta boyunca kompresyon sütyeni kullandılar.

Bulgular: Toplam 6 hastanın 2'sinde Ters T skar birleşim yerinde minimal yara ayrışması gözlendi. Sekonder iyileşme ile yara ayrışmaları düzeldi. Hiçbir hastada 3 ay gözlem süresince implant malpozisyonu ya da IMF dislokasyonu gözlenmedi.

Sonuç: Ribeiro, 70'li yıllarda inferior tabanlı dermoglandüler flep ile meme küçültme takniğini geliştirmiştir. Günümüzde hala bu teknik çeşitli modifikasyonları ile pratiğimizde sıklıkla kullanılmaktadır. Tanski, inferior tabanlı dermoglandüler flebi prfofilaktik mastektomi olan vakalarda dikleştirme- auagmentasyon amaçlı kullanmıştır. Hammond ve Nava, bu flebi silikon implant ile yapılan anında meme rekonstrukiyonu vakalarında kullanmışlardır. Son yıllarda post-bariatrik hastalarda implant ile dikleştirme-augmentasyon amaçlı da bu flep kullanılmaktadır. İnferior bazlı Ribeiro flebinin çeşitliliğinden esinlenerek yazar bu kısa hasta serisinde flebi; IMF fiksasyonu ve protezin inferior kısmına koruyucu doku oluşturması amacıyla kullanmıştır. Flebin pedikülünün önceki cerrahi işlemlerde zarar görmüş olmasına ragmen tüm fleplerde dolaşım görülmüştür. Aynı şekilde nipple-areola kompleksinin taşınması için hazırlanan superior-süperomedial pediküllerinde önceki işlemlerde zarar görmüş olma ihitmaline karşın hiçbir

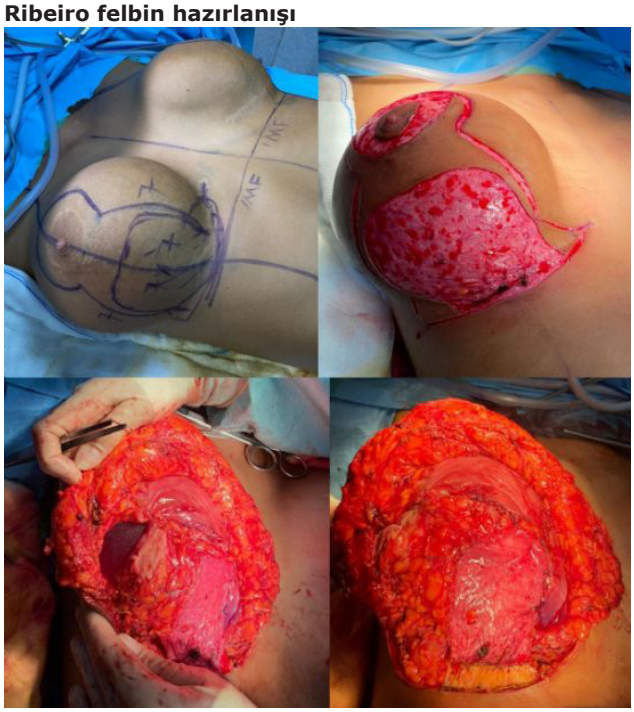
hastada meme başı kompleksi tam ya da parsiyel nekrozu gözlenmemiştir. 2 hastada minimal yara ayrışması sekonder iyileşme ile geçmiş; 2 hastada per op kanama biraz fazla olduğundan cerrahi güvenlik amaçlı minivac dren konmuştur. Tüm drenler ameliyat sonrası 1. Gün gelen sıvının 30cc altı olması nedeniyle çekilmiştir. Buradan yola çıkarak sekonder augmentasyon olgularında Ribeior flebinin kullanımı yazara gore şu faydaları sağlamaktadır. 1. IMF dislokasyonu ve İmplantın inferior malpozisyonu gibi sık görülen ve literatürde tedavisi zor olan bir komplikasyonun tedavisine katkı sağlamaktadır ve IMF fiksasyonu için yeterli destek doku oluşturmaktadır. 2. Flep implant alt polüne destek doku oluşturarak Aselüler dermal matriks gibi destek doku oluştumaktadır. 3. Flep kullanımı ile birlikte cerrahi alanda ölü boşluk olmadığı için dren kullanımını sekonder vakalarda azaltmaktadır. 4. T skar dikey ve yatay bacağının birleşme yerinde sıkça görülen yara ayrışmaları cilt altında flep olduğu için basit pansumanlarla daha çabuk iyileşmekttedir. 5. Yazarın bu çalışmada kullanığı her iki flep de aslında random patternli fleplerdir. Dolayısıyla sekonder meme cerrahisinde random patternli fleplerin kullanımının güvenli olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmamda Ribeiro flebinin kullanımı ile literature katkı sağlamak istedim. Ancak vaka sayısının az olması ve izlem süresinin kısa olması sebebiyle bu ön çalışma daha detaylı çalışmalara ihtiyaç duymaktadır.

Kaynaklar:
[1] Bengston Bradley P. Complications in breast augmentation. Maximizing patient outcomes with some surgical solutions to common problems. Oxford (UK): Saunders- Elsevier; c2009. 253p. (Bucky LP, Mottura AA, Aesthetic Breast Surgery; vol.1).
[2] Swanson, Eric. "The Supra-Inframammary Fold Approach to Breast Augmentation: Avoiding a Double Bubble." Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open, vol. 5, no. 7, 2017, pp. e1411.
[3] Campbell, Carey F., et al. "The Inframammary Fold (IMF) Fixation Suture: Proactive Control of the IMF in Primary Breast Augmentation." Aesthetic Surgery Journal, vol. 36, no. 5, 2016, pp. 619-23.
[4] Motivação et al. "Mastopexy combined with augmentation: systematic use of Ribeiro's inferiorly-based flaps." (2014).

***Anahtar Kelimeler**: İmplant Malpozisyonu, Meme büyütme, Silikon İmplant*

Ribeiro felbin hazırlanışı



A: Preoperatif çizim B. Deepitelize 7x7cm flep C: Flebin IMF fiksasyonu sonrası görünümü D. flebin pektoral kasa sütüre edilmesi

Vakalar ve özellikleri

Hastalar	Görülen Malpozisyon	Cerrahi Geçmiş	Uygulanan Teknik	Komplikasyon
1. Hasta	IMF dislokasyonu, Bottoming Out	2015-IMF insizyonu ile subglandüler 210cc yuvarlak implant 2017-IMF dislokasyonu nedeniyle aynı implant ile subglandüler ters T skarlı augmentasyon mastopeksi, pedikül bilinmiyor	Ters t skarlı süperior pediküllü mastopeksi-255cc High Profile Polytech subpektoral İmplant-Anterior kapsülektomi-Posterior Kapsülotomi- 6x6 cm Ribeiro flebi ile IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanılmadı.	Ters T skar birleşim yerinde minimal yara İyileşmesi-Sekonder İyileşme
2. Hasta	İnferior İmplant malpozisyonu	2010- IMF insizyonu ile 255 cc anatomik implant kullanılarak subpektoral augmentasyon	Vertikal skarlı süperior pediküllü mastopeksi-315 cc High Profile Polytech implant- Anterior kapsülektomi-Posterior kapsülotomi-6x7 cm Ribeiro flebi le IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanılmadı	Gözlenmedi
3. Hasta	İnferior İmplant malpozisyonu-Bottoming Out	2017- 300cc subglandüler yuvarlak implant ile ters t skarlı augmentasyon mastopeksi-pedikül bilinmiyor	Ters t skarlı süperior pediküllü mastopeksi-360cc High Profile Polytech subpektoral İmplant-Anterior kapsülektomi-Posterior Kapsülotomi- 7x7 cm Ribeiro flebi ile IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanılmadı.	Ters T skar birleşim yerinde minimal yara İyileşmesi-Sekonder İyileşme
4. Hasta	IMF dislokasyonu, Bottoming Out	2014- IMF insizyonu ile subglandüler 460cc yuvarlak implant kullanılarak augmentasyon	Ters t skarlı süperior pediküllü mastopeksi-450cc High Profile Polytech subpektoral İmplant-Anterior kapsülektomi-Posterior Kapsülotomi- 7x7 cm Ribeiro flebi ile IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanılmadı.	Gözlenmedi

5. Hasta	İnferior İmplant malpozisyonu-Bottoming Out	2008- IMF insizyonu ile subpektoral 290cc yuvarlak impalnt kullanılarak augmentasyon	Vertikal skarlı süperior pediküllü mastopeksi-360cc High Profile Polytech subpektoral İmplant-Anterior kapsülektomi-Posterior Kapsülotomi- 7x7 cm Ribeiro flebi ile IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanıldı.	Gözlenmedi
6. Hasta	İnferior ve lateral implant malpozisyonu-Waterfall deformitesi-grade 4 kapsül kontraktürü	2006- IMF insizyonu ile subglandüler yuvarlak implant kullanılarak augmentasyon-tabançapı 14,5 cm olan implant hacmi ve markası okunamadı	Ters t skarlı süperomedial pediküllü mastopeksi-275cc High Profile Polytech subpektoral İmplant-Anterior kapsülektomi-Posterior Kapsülotomi- 7x7 cm Ribeiro flebi ile IMF fiksasyonu ve alt pol desteklenmesi-Dren kullanıldı.	Gözlenmedi

Vakaların genel özellikleri

SB-39
Ülkemizde Beğenilen Nazal Rotasyon Açısı

Alper Derviş, Musa Burak Çatalkaya, Ersin Akşam
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Biyopsikososyal yapısı nedeniyle, insanın özellikle güzellik algısı zamana bağlı değişebileceği gibi; cinsiyeti, yaşı, mesleği, medeni hali gibi insanın düşünme ve algısını değiştirebilecek kümelenmeler de mevcuttur. Antik Yunan kültürü, zamanının güzellik algısı ile modern estetik fikirleri hala etkilemektedir. Örneğin; Leonardo Da Vinci burun taban genişliğinin göz genişliğine eşit olması gerektiğini tanımlamıştır. İnsanın güzellik algısı açısından yüz güzelliği ve yüz güzellik algısı içerisinde burun güzelliği önemli bir komponent oluşturur. Nazal tip rotasyonu da burun güzelliğinin önemli bir parçasıdır. Bu nedenlerdendir ki rinoplastilerde en çok üzerine düşülen parametrelerden biri nazolabial açıdır. Nazolabial açının ölçülmesinde daha objektif bir yöntem kullanılması amacıyla litaretürde birçok çalışma bulunmaktadır. Tarihsel olarak nazolabial açının 90-120 derece arasında yerleştiği görülmüştür. Bu geniş aralık erkek ve kadınların tercihinden, kültürel ve sosyal ayrımlardan oluşmaktadır. Ülkemizde tercih edilen nazolabial açı derecesininin sosyal gruplar açısından farklarını ortaya koyacak bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı erkek ve kadınlardaki beğenilen nazolabial açının kültüre, mesleğe, yaşa ve diğer demografik verilere göre oluşabilecek farklılıklarını göstermektir. Ayrıca bu çalışmanın plastik cerrahi doktorlarının bu konudaki görüşlerinin toplum ile ne kadar uyuştuğunu ortaya koyarak rinoplasti yapılacak hastalarda beklentileri daha iyi belirleyip tatmin edici sonuçlar elde etmeye yardımcı olacağını düşündük.

Yöntem-Gereçler: Bu çalışma öncesinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Etik Kurul'u tarafından onayı alınmıştır ve Helsinki Deklerasyonuna uygun olarak hazırlanmıştır. Fotoğrafları kullanılacak olan kişilerden çalışma için onay alınmıştır. Cinsiyet ve yaş dağılımı eşit olacak şekilde 12 kişiden onamları alınarak lateral profil fotoğrafları çekildi. Plastic Surgery Stimulator (2004-2018 Kaeria Eurl. Ver.1.3.7, France) programı yardımıyla belirlenen açılardaki (90-100-105-110-120) görüntüler kaydedildi. Bilgisayar programı yardımıyla değiştirilen fotoğraflar çoktan seçmeli sorular halinde ankete eklendi. Hazırlanan anketin ilk kısmı katılımcıların sosyal ve demografik özelliklerini belirleyecek sorular, ikinci kısmı ise nazal tip rotasyon açıları belirlenmis fotoğraflar tarafından oluşturuldu. Anket Survey Monkey (San Mateo, CA 94403, USA) programında hazırlanarak yayınlandı. Anket belirlenen sosyal medya iletişim araçları (Whatsapp, Instagram ve Facebook) sayesinde dağıtıldı ve anketi doldurmayı kabul ederek tüm sorulara cevap veren kişiler çalışmaya dahil edildi. Demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni hali, meslek, eğitim durumu) sorularak kaydedildi. 12 hastanın fotoğrafları dışında "Kendi burununuzu beğeniyor musunuz? Kendi burnunuzu nasıl tarif edersiniz? Erkekte kalkık burun sever misiniz? Kadında kalkık burun sever misiniz? Rinoplasti hakkındaki düşünceniz nedir? Çevrenizdeki insanların beğenileri ameliyat olma düşüncenizi ne düzeyde etkiler? Sosyal medyada takip ettiğiniz kişiler (ünlüler, fenomenler, arkadaşlarınız) sizin burun algınızı etkiler mi?" şeklinde sorular soruldu. Elde edilen verilerde beğenilen açılar ve demografik veriler arasındaki korelasyon araştırıldı. Sonuçlar SPSS v26 (IBM; USA) bilgisayar programı kullanılarak değerlendirildi. İstatiksel anlamlılık açısından değerlendirilmesi için Pearson Ki-kare testi ve tek yönlü Anova testi kullanıldı.

Bulgular: Ankete katılan 777 kişinin 652 si bu anketin tüm sorularını yanıtlayarak tamamladı. Yanıtlayanlarda 296 (%38,1) erkek, 463 (%59) kadın bulunmaktaydı. Medeni hale bakıldığında 309 bekar, 421 evli, 37 boşanmış, 5 dul bulunmaktaydı. Meslekler incelendiğinde 92 kişi çalışmıyor, 60 kişi hukuk mensubu, 34 kişi PREC (Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi) uzmanı veya uzmanlık öğrencisi, 153 PREC dışı doktor, 128 kişi sağlık çalışanı (ebe, hemşire, personel gibi), 31 sahne sanatçısı (manken, oyuncu, şarkıcı gibi), 61 kişi satış-pazarlama sektörü, 48 kişi öğretmen, 8 kişi tasarım-sanat-moda, 157 diğer meslek mensubu idi. Eğitim seviyesine bakıldığında 4 kişi ilkokul, 6 kişi ortaokul, 66 kişi lise, 440 kişi üniversite, 256 kiişi yükseklisans/doktora mezunuydu. Yaş aralığı incelendiğinde 15-20 yaş arası 21 kişi, 21-20 yaş arası 262 kişi, 31-40 yaş arası 228 kişi, 51-55 yaş arası 209 kişi 56 yaş ve üzeri47 kişi olarak saptandı. Anketi dolduranların %67'si kendi burnunu beğenmekte, %24'ü erkekte kalkık burun sevmekte, %67'si kadında kalkık burun sevmekte, % 14'ü ameliyat olmayı düşünmekte, %12'si ameliyat olmuş, %60'ının ameliyat olma düşüncelerini çevredeki insanların görüşü etkilemiyor, %58'inin burun güzelliği algısını sosyal medyada takip ettiği kişiler değiştirmemekte şeklinde veriler elde edildi.

Sonuç: Bu bulgular ışığında yapılan analizlerde araştırmaya dahil edilen populasyondaki tüm bireylerin, erkeklerdeki en çok tercih ettiği burun rotasyon açısı istatiksel olarak anlamlı oranda 100 derece bulunmuştur (p=0.00). Tüm bireylerin kadınlardaki en çok tercih ettiği burun rotasyon açısı istatiksel olarak anlamlı oranda 105 derece bulunmuştur (p=0.00). Herhangi bir bireydeki beğenilen burun rotasyon açısının cinsiyet ile ilişkiki istatiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yani erkeklerin, erkek ve kadın burunlarındaki beğendiği burun açısı ile kadınların erkek ve kadın burunlarındaki beğerndiği burun açısı istatiktiksel olarak farklılık göstermemektedir. Yaş aralığı ile tercih edilen burun rotasyon derecesi arasında anlamlı bir ilişki

saptanmadı (erkek, p=0.951), (kadın, p=0.704). Eğitim seviyesi ile tercih edilen burun rotasyon derecesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (erkek, p=0.075), (kadın, p=0.164). Populasyondaki medeni hal ile tercih edilen burun rotasyon dereceleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (medeni hal, p=0.091), (kadın, p=0.405). Populasyondaki Tüm mesleklerde en çok tercih edilen erkek burnu rotasyon açısı 100 derece olup meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.882). Sahne performansçıları (en çok 110 derece) dışındaki tüm mesleklerde tercih edilen kadın burnu rotasyon açısı 105 derece olup meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.739). Özellike PREC doktorları ile geri kalan populasyon arasındaki benzer tercih uyumu hasta memnuniyetini etkileyecek göz ardı edilmemesi gereken önemli bir noktaya parmak basmaktadır. Erkekte kalkık burun sevmeyenlerin istatiksel olarak anlamlı oranda erkeklerde tercih ettiği burun rotasyon açısı 100 derece bulundu (p=0.00). Buradan çıkarılacak yorum 100 derece aslında populasyonda erkekteki kalkık burun tanımına uymamakta olarak yapılabilir. Yani rinoplasti için başvuran bir erkek hasta burnun kalkık olmamasını isterken, tip rotasyonunun 100 derece civarında kalkık olmasını istiyor olabilir. Kadında kalkık burun sevenlerin istatiksel olarak anlamlı oranda kadınlarda tercih ettiği burun rotasyon açısı 105 derece bulundu (p=0.00). Yani bir kadın hastanın burnunun kalkmasını isterken kastettiği açı 115-120 gibi açılar olmayabilir. 105 dereceye yakın açılar kadınlardaki kalkık burun tanımına uymaktadır. Kendi burnunu beğenenlerin istatiksel olarak anlamlı çoğunluğu kendi burnunu kalkık olarak tanımlamamaktadır (p=0.00). Bu sonuçlar erkek ve kadın hastaların belirtilen diğer demografik veriler de ele alınarak memnun kalacakları rotasyon derecesini belirlemede yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: *nazolabial açı, burun, kalkık, tercih, ideal*

Anket Soru Örneği: "Gözünüze daha güzel görünen burunu seçiniz."

Resimdeki fotoğraflarda açılar 90-100-105-110-120 şeklinde sıralandırılmış olup anket içerisinde açıları belirtilmeden şıklara randomize yerleştirilmiştir.

SB-40
Vertikal Uyluk Germede 'Anchor L Liposculpture' Tekniği ile Komplikasyonları Azaltmak Mümkün Mü?

Özay Özkaya[1], Tuğçe Yasak[2]
[1]Özel Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif veEstetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Postbariatrik cerrahi prosedürlerinin arasında en sık komplikasyon oranı olan prosedür, literatürde verilen %45-68 komplikasyon oranı ile vertikal uyluk germedir. Vertikal uyluk germe sonrası en sık görülen komplikasyonlar; yara detaşmanı, seroma ve lenfödem olarak bildirilmiştir. Yüksek komplikasyon oranına sahip bu operasyonlarda komplikasyon oranını en aza indirmek için pek çok modifikasyon tariflenmiştir. Bu çalışmanın amacı, komplikasyon oranlarını azaltabileceğini düşündüğümüz 'Anchor L Liposculpture' tekniğinin postoperatif sonuçlarını, komplikasyon oranlarını teknik detaylar eşliğinde sunmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya, 2016-2020 arasında 'Anchor L Liposculpture' tekniği ile vertikal uyluk germe prosedürü uygulanan 33 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, Vücut kitle indeksi(VKİ), sigara öyküsü, komorbiditeleri, verdikleri kilo miktarı, operasyonda liposuction ile ede edilen lipoaspirat miktarı not edilerek değerlendirildi. Bu teknikte de, diğer pek çok teknikte olduğu gibi liposuction uygulandı, fakat komplikasyon oranını azaltabilmek için liposuction alanı posterior ve anterior kompartmanlara genişletilmeyip cilt eksizyon alanı ile sınırlı tutuldu. Bir diğer önemli aşamasında ise, yara detaşmanı ve özellikle geç dönem skar migrasyonunu önlemek için deepitelize üçgen flepler hazırlanarak, bu flepler, pubik ark periostuna asıldı(Resim-1).

Sonuçlar: Çalışmada komplikasyon oranı %18.2 olarak saptandı. Hiçbir major komplikasyon gözlenmedi. En sık gözlenen komplikasyonlar, yara detaşmanı ve lenfoseldi. Yara detaşmanı gözlenen hastalar konservatif takip edildi, sekonder iyileşme sağlandı. Yüksek miktarda liposuction

yapılan hastalarda istatistiksel olarak komplikasyon oranının arttığı saptandı. Uzun dönem sonuçlarda hiçbir hastada skar migrasyonu gözlenmedi.

Tartışma: 'Anchor L Liposculpture' tekniği, postoperatif komplikasyonları azatmayı ve daha iyi estetik sonuçları amaçlayan, uygulaması kolay, güvenilir bir tekniktir. Özellikle öğrenme eğrisinin başındaki ve yüksek komplikasyon oranları tecrübeleyen cerrahlar için tekniğin çok yardımcı olabileceğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: *postbariatrik cerrahi, uyluk germe, vertikal uyluk germe*

Resim-1

Pubik ark periostuna asmak için hazırlanan deepitelize üçgen flepler

SB-41
Transkonjonktival alt blefaroplastide yağ yastıkçıkları transpozisyonu ve eksizyon ile birlikte yağ grefti uygulamasının tear through deformitesi açısından karşılaştırılması

Özlem Çolak, Harun Erbek, Tuğçe Yasak Par, Selman Taşkın, Mert Canlı, Semih Tiber Menteşe, İlker Üşçetin
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giirş: Tear through deformitesi(TTD); yaşlanmanın infraorbital bölgedeki en karakteristik bulgularından biridir. Yaşla birlikte orbital yağ dokusunun herniasyonu, orbital retaining ligamanın incelmesi, orbikularis kasının ve cildin laksisitesinin artması, bu deformitenin oluşmasına sebep olur. Bu deformitenin düzeltilmesi için yağ yastıkçıları eksizyonu, otolog yağ grefti ve yağ yastıkçıkları transpozisyonu gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Yağ yastıkçıkları eksizyon miktarına bağlı olarak postoperatif dönemde infraorbital bölgede çöküklük oluşma riski mevcuttur. Otolog yağ grefti tekniğinde de enjekte edilen miktarın belirlenmesi subjektif olduğundan ve greft rezorbsiyon mikarı tahmin edilemediğinden, postoperatif sonuçlar her zaman beklenilen düzeyde olmamaktadır. Yağ yastıkçıkları transpozisyonu yönteminin dez avantajları olarak ise, teknik olarak daha zor olması daha fazla diseksiyon gerekmesi ve tecrübe gerekmesi sayılabilir. Bu çalışmadaki amacımız, kliniğimizde alt blefaroplasti operasyonu yapılan hastalarda yağ yastıkçıkları transpozisyonu uyguladığımız hastalar ile yağ yastıkçığı eksizyonu ile birlikte otolog yağ grefti uyguladığımız hastaların postoperatif sonuçlarını sunmak ve TTD'nin düzelmesi açısından tekniklerin etkilerini karşılaştırmaktır.

Hastalar Ve Metod: Ocak 2018 ve Şubat 2020 tarihleri arasında kliniğimizde transkonjuktival yaklaşım ile alt göz kapağı blefaroplasti uygulanan 16 olgu çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğraflamaları, aynı fotoğraf makinası ile çekilmiş ve iki plastik cerrah tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Tear through deformitesi, fotoğraflar üzerinden preoperatif ve postoperatif olarak Barton derecelendirmesine göre karşılaştırılmıştır. Minimum takip süresi 6 aydır.

Bulgular: 4 erkek, 12 kadın olmak üzere toplam 16 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama hasta yaşı 39.6(31-52 yaş arası)'dır. Ortalama takip süresi 12 ay(6ay-28 ay arası)'dır. 9 hastaya yağ yastıkçıkları transpoziyonu, 7 hastaya ise yağ yastıkçıkları eksizyonu ile birlikte otolog yağ grefti uygulanmıştır. Transpozisyon yapılan hastalardan preoperatif olarak 4 tanesi Grade 2, 5 tanesi Grade 3 olarak belirlenmiştir. Yağ yastıkçığı eksizyonu ve otolog yağ grefti uygulanan hastalardan preoperatif dönemde 3 tanesi Grade 2, 4 tanesi Grade 3'tür. Yağ yastıkçıkları transpozisyonu yapılan hastalardan preoperatif Grade 2 olan 4 hastanın 4'ünün(%100) de postoperatif Grade 0 olduğu saptanmıştır. Yağ yastıkçıkları eksizyonu ve otolog yağ grefti yapılan hastalardan Grade 2 olan 3 hastanın 2'sinin(%66) postoperatif Grade 0 olduğu saptanmıştır. Yağ yastıkçıkları transpozisyonu yapılan hastalardan preoperatif Grade 3 olan 5 hastanın 4'ü(%80) postoperatif Grade 0 iken, yağ yastıkçıkları eksizyonu ve otolog yağ grefti yapılan hastalardan Grade 3 olan 4 hastanın 3'ünün(%75) postoperatif Grade 0 olduğu saptanmıştır.

Tartışma Ve Sonuç: Cerrahi dışı prosedürler de dahil olmak üzere TTD nin düzeltilmesi için birçok yöntem mevcuttur. Geleneksel yağ yastıkçıkları eksizyonu yönteminde kontur düzensizlikleri yeteri kadar düzelmemektedir, dahası alt göz kapağında istenmeyen konkaviteler gözlenebilmemektedir. Otolog yağ grefti TTD'nin hafif olduğu, cilt ve orbikularis kası laksisitesinin bariz olmadığı olgularda daha az travmatik, hızlı iyileşme süresi ve düşük maliyet açısından avantajlı olmaktadır. Fakat yağ greftinin bir kısmı rezorpsiyona uğramaktadır ve iskemik yag greftlerinin granülom formasyonu oluşturma riski mevcuttur. Eksizyon+ yağ grefti yönteminde ise eksizyon miktarına bağlı olarak sonrasında oluşabilecek çöküklüğü engellemek için yağ grefti kullanılmkta fakat uzun dönemdeki rezorbsiyon miktarı tahmin edilememektedir.

Alt göz kapağı blefaroplastide yağ yastıkçıklarının transpoze edilmesi, herniye olmuş yağ yastıkçıklarının yeniden pozisyonlandırılarak TTD'yi oluşturan oluğun doldurulup kontur düzensizliğinin giderilmesini sağlamakta, herhangi bir rezorbsiyon oluşma ihtimali olmadığı için sonuçlar daha tahmin edilebilir ve kalıcı olmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre, yağ yastıkçıklarının transpozisyon yöntemi ile yeniden şekillendirilmesi, eksizyon ve otolog yağ grefti prosedürüne göre TTD'nin düzeltilmesi açısından daha etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *alt göz kapağı, eksizyon, through deformitesi, transpozisyon, yağ grefti*

Transpozisyon uygulanan hastalarımızdan bir tanesi

Poster Bildiriler

P-001
Malign Melanom Hastalarında Klinik Tecrübelerimiz

Nesibe Sinem Çiloğlu, Yunus Emre Yılmazer, Hikmet Can Doğruel, Barış Çin, Serkan Kaya
Sağlık Bilimler Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Malign melanom en ölümcül cilt kanser türüdür. Tanı alan cilt kanserlerinin %5'ini kapsamasına karşın cilt kanseri ile ilişkili ölümlerin % 75'i malign melanoma bağlı gelişmektedir. İnsidansı da yıllar içerisinde artmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmekte olup ABD'de beyaz ırkta siyah ırka göre 15 kat daha sık görülmektedir[1]. Malign melanom sıklıkla cildin bazal tabakasındaki melanin üretip cildin pigmentasyonunu sağlamakla görevli melanositlerin malign transformasyonu sonucu oluşur, nadiren göz ve müköz membranlardan da gelişebilir. Eskiden mevcut bir lezyondan gelişebileceği gibi daha sıklıkla de novo gelişir. Klinik ve histolojik büyüme paternine göre 5 tipe ayrılır. En sık görülen tip yüzeyel yayılan tiptir. Tanıda ilk yaklaşım fizik muayenedir. ABCDE kriterleri şüpheli lezyonun klinik değerlendirmesi ve biyopsi endikasyonu konulmasında değerli bir yöntemdir[2]. Tanıda hala eksizyonel biyopsi altın standarttır[3]. Eksizyonel biyopsi sonrası Breslow ve Clark klasifikasyonları ile patolojik değerlendirme yapılır. Breslow klasifikasyonu tümör invazyonunun vertikal kalınlığının değerlendirilmesidir ve hastalığın prognozu ve lenf nodu metastazının belirlenmesinde en değerli prognostik parametrelerden biridir[4]. Malign melanomun cerrahi tedavisinde primer lezyona yönelik geniş lokal eksizyon, patolojik değerlendirmeye göre sentinel lenf nodu biyopsisi veya lenf nodu disseksiyonu prosedürleri uygulanmaktadır.

Metod Ve Bulgular: Çalışmamızda SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi kliniğinde 2015-2020 yılları arasında malign melanom tanısı ile cerrahi tedavi uyguladığımız hastalarımızı retrospektif olarak değerlendirdik. Ortalama takip süresi 2 yıl olan 31-86 yaş aralığında toplam 29 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir(ortalama yaş 60.9). 2014 ve 2015'te birer hasta, 2016 ve 2017'de altışar hasta, 2018 ve 2019'de yedişer hasta, 2020 yılında ise iki hasta malign melanom ön tanısı ile tarafımızca opere edilmiştir ve yıllar içerisinde başvuruda anlamlı artış izlenmemiştir. Bu hastaların 21 tanesi erkek, 8'i kadındır. Bu vakalar içerisinde %41.4 ile en sık görülen lokalizasyon gövde olmuştur. %20.6'sı baş-boyun, %20 .6'sı alt ekstremite, %17.4'ü üst ekstremitede görülmüştür. En sık yüzeyel tip malign melanom görülmüştür. 5 hastada lenfovasküler invazyon görülmüştür. 12 hastada ülserasyon izlenmiştir. En sık görülen clark levelleri level 3 ve level 4 olmuştur. Vakaların %34.4'ünde SLNB, %20.6'sında ise lenf nodu disseksiyonu yapılmıştır. SLNB yapılan hastaların %20'sinde patolojik değerlendirme pozitif, disseksiyon yapılan hastaların %83.3'ünde patolojik değerlendirme pozitif gelmiştir. Tüm hastalarda son eksizyon patolojileri granülasyon dokusu ve fibrozis olarak sonuçlanmıştır. 1 hastada sınır genişletme işlemi 2 kez uygulanmıştır. Takiplerde 1 hastada ilk cerrahiden 2.5 yıl sonra nüks izlenmiş, nüks kitlelere yönelik eksizyon yapılan hasta 5 ay sonra ex olmuştur.

Sonuç: Malign melanom, plastik cerrahi pratiğinde, en agresif malignitelerden birisi olmasına karşın, erken tanı ve uygun cerrahi tedavi yöntemleri ile nüks ve mortalite oranları ciddi oranda düşmektedir.

Kaynakça

1- Khazaei Z, Ghorat F, Jarrahi AM, Adineh HA, Sohrabivafa M, Goodarzi E. Global incidence and mortality of skin cancer by histological subtype and its relationship with the human development index (HDI); an ecology study in 2018. World Cancer Res J. 2019;6(2). e13.
2- Abbasi NR, Shaw HM, Riegel DS, et al. Early diagonosis of cutaneous melanoma. JAMA. 2004;292:2771-2776.
3-MalignantMelanoma:BeyondtheBasics,Pavri,S.N.,Clune, J., Ariyan, S., & Narayan, D. (2016). Malignant Melanoma. Plastic and Reconstructive Surgery, 138(2), 330e–340e.
4-Dzwierzynski WW. Managing malignant melanoma. Plast Reconstr Surg. 2013;132:446e-460e

Anahtar Kelimeler: *malign melanom, deri kanserleri, SLNB*

P-002
Burun defektlerinin estetik subünite temelinde rekonstrüksiyonu: Klinik deneyimlerimiz

Özlem Çolak[1], Batıbey Batmacı[1], Mert Canlı[1], Selman Taşkın[1], Tuğçe Yasak Par[1], İlker Üsçetin[1], Kadri Özer[2]
[1]Prof.Dr.Cemil TAŞÇIOĞLU Şehir Hastanesi, İstanbul
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

Giriş: Burun, yüzün orta hattında, güneşe en çok maruz kalan bölge olması nedeniyle malign deri tümörlerinin en sık görüldüğü bölgelerdendir. Bu malign deri tümörleri en sık Bazal hücreli karsinom(BCC) ve Skuamöz hücreli karsinom(SCC) olmakla beraber, çeşitli malign deri ve deri eki tümörleri, güvenli cerrahi sınır ile eksize edildiklerinde burun bölgesi rekonstrüksiyonu zorlayıcı olabilmektedir. Burun rekonstrüksiyonunda tanımlanmış birçok geleneksel seçenek mevcuttur. Rekonstrüksiyon aşamasında burnun 3 boyutlu yapısı ve fonksiyonel görevi birinci öncelik olmalıdır fakat hastanın estetik kaygılarını da göz ardı etmemek gerekmektedir. Modern yaklaşımda burun 9 alt estetik üniteye (dorsum, tip, columella, 2 yan duvar, 2 ala ve 2 yumuşak üçgen) bölünmüştür. Genel rekonstrüksiyon prensipleri gereği iyi granüle yüzeyel defektler için deri greftleri, şekil ve kontur bozukluğu ön planda olan derin defektler için ise lokal, regional ya da uzak flepler ile rekonstrüksiyon seçenekleri tercih edilmektedir. Ancak burundaki alt ünitelerin cilt rengi, yapısı, hastanın estetik kaygısı göz önüne alındığında greft ile onarıma uygun olsa dahi özellikle burun tipi ve ala rekonstrüksiyonunda flepler birinci seçenek olarak değerlendirebilir. Bu çalışmada, tümöral kitle eksizyonları sonrası oluşan burun defektlerinin lokalizasyonlarının ve rekonstrüksiyon seçeneklerinin estetik alt ünitelere göre sınıflandırılması ve klinik sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Ocak 2015- Şubat 2020 yılları arasında tümöral kitle eksizyonu sonrası burun rekonstrüksiyonu yapılan toplam 78 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, Fitz Patrick cilt tipleri, sigara öyküsü, geçirilmiş deri tümörü öyküsü, güneş maruziyet öyküleri açısından değerlendirilmiş, tümör eksizyonu sonrası oluşan defektler; boyut, lokalizasyon, derinlik gibi özelliklerine göre kategorilere ayrılarak retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 78 hastanın 43(%55)'ü kadın, 25(%45)'i erkektir. Hastaların yaş ortalaması 66.3(34-92)'tür. Patolojik tanılarına göre rastlanan en sık malign deri tümörlerin, literatür ile uyumlu olarak BCC(%83) ve SCC(%12) olduğu saptanmıştır. Tümör

lokalizasyonları incelendiğinde; 33 hastada alar bölge (%42), 20 hastada dorsum (%25), 12 hastada burun tipi(%15), 11 hastada sağ lateral duvar (%14), 3 hastada sol lateral duvar yerleşimli (%4) olduğu görüldü. Alar bölge yerleşimli tümörler başta nazolabial flep olmak üzere, V-Y ilerletme flebi,alın flebi, bilobe flep seçenekleri ile; dorsumdaki tümöral kitlelerin çoğunluğu glabellar flep ve alın flebi olmak üzere bilobe flep, V-Y ilerletme flebi, dorsal nazal flep seçenekleriyle; tip yerleşimli olanlar dorsal nazal flep ve bilobe flep ile; lateral yerleşimli olanlar glabellar flep, V-Y ilerletme flebi, alın flebi ile rekonstrükte edildi(Tablo-1). Uzun dönem klinik takiplerde 8 hastada(%10) nüks görüldü. Hastalardan glabellar flep yapılan 4 hastada, alın flebi yapılan 2 hastada postoperatif dönemde hızlı kapiller dolum ve venöz yetmezlik görüldü, yeniden operasyona gerek kalmadan konservatif metodlarla takip edilen fleplerde dolaşımın normale döndüğü izlendi. Hiçbir hastada flep kaybı izlenmedi. Her subünitte en çok tercih edilen fleplerin, hastalar tarafından diğer fleplere nazaran estetik açıdan daha çok memnuniyet verdiği görüldü.

Tartişma ve Sonuç: Hastaların verileri incelendiğinde en önemli risk faktörlerinin Fitz Patrick cilt tipi ve güneş ışını maruziyeti olduğu görüldü. Takip ve tedavi sürecinde tümöral dokunun patolojik tanısı, boyutu, yerleşimi; eksizyon sonrası rekonstrüksiyon seçiminde önemli kriterler olarak bulunmuştur. Nüks görülme sıklığında önemli olan kriterler ise tümörün patolojik özellikleri ve yerleşim yeri olarak saptanmıştır. Ülserasyon ve perinöral invazyon olan hastalarda belirgin şekilde nüks sıklığı artmış izlenmiştir. Burun rekonstrüksiyonu birçok değişkeni olan, standart bir tedavi prosedürü olmayan zorlu bir süreçtir. İdeal bir rekonstrüksiyon yöntemi olmadığı için tümörün güvenli cerrahi sınırlar ile total olarak eksize edilmesinin birinci planda olduğu, yerleşim yeri ve tümörün boyutuna göre "benzeri benzer ile onar" ilkesine bağlı kalınarak hasta bazlı seçilecek rekonstrüksiyon seçenekleri ideale en yakın onarım yöntemi olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Burun, cilt, estetik, kanser, rekonstrüksiyon*

Alın flebi yapılan olgu 1

Tablo 1

	En sık tercih edilen flepler	2. sıklıkta tercih edilen flepler
Ala	17 nazolabial flep(%51)	6 bilobe flep(%18)
Dorsum	7 alın flebi(%35)	6 glabellar flep(%30)
Tip	8 dorsal nazal flep(%75	4 bilobe flep(%25)
Lateral duvarlar	7 glabellar flep(%46)	4 V-Y ilerletme flebi(%26)

P-004
Merkel Hücreli Karsinom: Güncellenmiş Klinik Tecrübelerimiz

Ersin Gür, Mehmet Emre Yeğin, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Turgut Furkan Kuybulu, Zeyyat Cüneyt Özek
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı İzmir

Giriş: Merkel Hücreli Karsinom (MHK), nadir görülen bir nörokutan malignitedir. Epidermal bazal membran üzerinde bulunan, dokunma duyusunu alan Merkel hücrelerinden köken almaktadır. Klinik olarak tanı koyulabilmesi oldukça zordur. Kesin tanı, patolojik inceleme ile konulmaktadır. Tanıda 1992 yılında tanımlanan sitokeratin-20 antijeni çok önemlidir. Etyolojide, malign melanomada olduğu gibi UVB suçlanmaktadır. Ayrıca polyoma virüs de etyolojide rol almaktadır. Genelde baş-boyun bölgesinde görülen MHK, 7. Ve 8. Dekadlarda daha sık gözlenmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2 kat fazladır. Metastazlar genellikle lenfojen yolla olmaktadır. Fizik muayenede, pembe renkli eritematöz plaklardan, nodüler lezyonlara kadar pek çok farklı şekilde görülebilmektedir. Kesinleşmiş bir tedavi protokolü yoktur. Ancak, lokal agresif bir tümör olması sebebiyle geniş eksizyon ile tedavisi üzerinde anlaşmaya varılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile, lenfatik yayılımının baskın olmasından dolayı sentinel lenfadenektomi (SLNB) ile disseksiyon morbiditesinin azaltılabileceği gösterilmiştir. Ancak lokal agresif tümörlerin çoğunda olduğu gibi bu hastalıkta da adjuvan radyoterapi endikedir.

Yöntem: 2008-2020 yılları arasında, 10 MHK tanılı hasta kliniğimizde opere edilerek tedavi edilmiştir. Genellikle ileri yaş görüldüğü bilinmekle beraber, 1 hasta 30 yaşında iken MHK tanısı alarak opere edilmiştir. 1 hasta MHK' ya eşlik eden lenfoblastik lenfoma tanısı almıştır. Hastalarımızda MHK'nın yerleşim yeri 4 hastada göz kapağı, 2 hastada burun, 3 hastada alt ekstremite ve 1 hastada parotis kaynaklı olmuştur. 5 hastaya SLNB uygulanmış ve 3'ünde lenf nodu metastazı saptanmıştır. Diğer hastalar, USG yardımı ile yakın takibe alınmıştır. Olgu 1: 30 yaş kadın hasta, dış merkezde dermatofibrom öntanısı ile alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi sonucu kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca yapılan muayenede, sol uyluk distal anterolateralde operasyon skarı saptandı. İnguinal palapasyonda ele gelen kitle saptanmadı. Yapılan USG' de, herhangi bir LAP gözlenmedi. Hastaya genel anestezi altında geniş eksizyon ve SLNB uygulandı. Patoloji sonucunda, 1,2 cm cerrahi sınırla eksize edilmiş MHK ile 0/4 SLNB raporlandı. Hasta, radyasyon onkolojisi kliniğine konsülte edilerek radyoterapiye (RT) başladı. Hastanın halen devam eden takiplerinde, nüks ile uyumlu bulgu saptanmadı. Olgu 2: 63 yaş erkek hasta, dış merkezde keratoz öntanısı ile yapılan biyopsisinde MHK saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca yapılan muayenede, sağ uyluk posteriorda operasyon skarı saptandı. İnguinal palpasyonda kitle saptanmadı. Yapılan USG' de, herhangi bir LAP gözlenmedi. Hastaya genel anestezi altında geniş

eksizyon ve SLNB uygulandı. Patoloji sonucunda, tümör saptanmadı. 0/5 SLNB olarak raporlandı. Radyasyon onkolojisine konsülte edilen hastaya, RT önerilmeyerek yakın takip önerildi. Hasta, halen takip altındadır ve nüks saptanmamıştır. Olgu 3: 69 yaş kadın hasta, dış merkezde üst göz kapağında hızlı büyüme gösteren kitle nedeniyle alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, sol üst göz kapağında fikse, konjonktival tutulumun eşlik ettiği nodüler kitle saptandı. USG' de patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya, genel anestezi altında egzenterasyon+temporal kas flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. Patoloji raporunda, MHK+Lenfoblastik lenfoma raporlandı. Hasta, medikal ve radyasyon onkolojisi bölümlerine konsülte edildi. RT ve KT başlandı. Hastada nüks saptanmadı; ancak, takiplerinin 4. yılında eşlik eden malignitenin sistemik metastazları nedeniyle kaybedildi. Olgu 4: 75 yaş kadın hasta, dış merkezde sol kaş üzerinden alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, sol frontal operasyon skarı dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya, geniş reeksizyon uygulandı. Postoperatif radyoterapi için radyasyon onkolojisine yönlendirilen hasta, radyoterapiye rağmen 7 ay sonra sol preaurikuler kitle nedeniyle tekrar başvurdu. Alınan biyopsi sonucu Transit MHK metastazı olarak raporlandı. Hastada tekrar kitle gelişmesi üzerine, yapılan USG' de sol parotis ve servikal LAP' lar saptandı. Preaurikuler bölgeye geniş eksizyon+yüzeyel parotidektomi+sol boyun disseksiyonu uygulandı. Hasta, tekrar radyoterapi amaçlı radyasyon onkolojisine konsülte edildi. Takipleri devam ederken, 2 yıl sonra sistemik metastazlara bağlı olarak hasta kaybedildi. Olgu 5: 90 yaş kadın hasta, burun sırtında ülsere yara nedeniyle alınan biyopsisinin MHK olarak gelmesi nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, nazal dorsumda ülsere geniş yara saptandı. Boyun USG çekilen hastada metastatik LAP saptanmaması üzerine, hastaya geniş eksizyon uygulandı. Takiplerine devam edilen hastanın boyun bölgesinde LAP' lar gelişmesi üzerine, 4 ay sonra tekrar opere edilerek LN biyopsisi alındı ve metastatik hastalık olduğu saptandı. Hasta ve yakınları, operasyonu kabul etmediği için disseksiyon uygulanmadı ve hasta radyasyon onkolojisine yönlendirildi. Orada da tedaviyi kabul etmeyen hasta, 2 ay sonra sistemik metastazlar nedeniyle kaybedildi. Olgu 6: 86 yaş erkek hasta, yüzde nevüs öntanısı ile kliniğimizde opere edildi. Patoloji sonucunun MHK gelmesi üzerine, hastaya tekrar operasyon uygulanarak geniş reeksizyon yapıldı. Hastanın takipleri halen devam etmektedir ve nüksle uyumlu bulgu saptanmamıştır. Olgu 7: 74 yaş erkek hasta, sağ parotis içerisinde büyüyen kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın çekilen maksillofasiyal MR sonucunda; Sağ parotis bezini invaze eden ve bu alandan kraniale doğru uzanım gösteren preaoriküler bölgede yerleşimli malign natürde kitle ve sağda parotis bezi içerisinde ve sağda servikal zincirde yaygın konglomerasyon oluşturan metastatik lenfodenopatiler saptanmıştır. Bunun üzerinde hasta EÜTF baş ve boyun tümörleri konseyine çıkarılmıştır. Konsey kararı sonucu hastadan insizyonel biyopsi alınmıştır. Hastanın patoloji sonucu MHK gelmesi üzerine hasta tekrar konseye çıkarılmıştır. Konsey kararı sonrası hasta öncelikli olarak kemoterapi alması gerektiğine karar alınmış ve hasta medikal onkolojiye yönlendirilmiştir. Hasta takiplerden çıkmıştır.

Sonuç: Literatüre yansıyan az sayıda hasta olması, MHK' ya yönelik tedavi yöntemleri konusunda tartışma yaratmaktadır. Pekçok çalışmada, geniş eksizyon ile kür sağlanabildiği ve SLNB ile de lenfatik yayılıma yönelik erken tanı uygulanabildiği gösterilmiştir. Melanoma gibi bir nöroendokrin tümör olan bu hastalığın tedavisinde de agressif davranılmalı ve geniş eksizyon uygulanmalıdır. Lenfatik yayılıma yatkın olması ve kolay metastaz yapması da, SLNB' nin erken tanı ve tedavide önemli rol oynadığını göstermektedir. Güncel tanı ve tedavi yöntemlerinin uzun süredir uygulanabildiği bir merkez olarak, karşılaştığımızın MHK olgularının, tanı ve tedavideki tecrübelerimizin, bu konudaki kısıtlı literatüre katkısı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: merkel hücreli karsinom, deri tümörleri, sentinel lenfadenektomi

P-005
Olağandışı Bir Bölgede Nadir Bir Tümör: Dudak Kaposi Sarkomu

Burkay Akduman[1], Murat Kara[1], Koray Gürsoy[1], Pınar Celepli[2], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kaposi Sarkomu (KS) endotelyal hücrelerden köken alan, multisentrik, anjiyoproliferatif, düşük malign potansiyale sahip nadir görülen bir tümördür. Neredeyse tüm KS tiplerinde Human Herpes Virüs-8 (HHV-8) en sık görülen etyolojik faktördür. Oral ve viseral tutulum genellikle AİDS ilişkili KS tipinde yaygındır. Kutanöz olan formu genellikle alt ekstremitede pigmente plaklar şeklinde görülmekte iken literatürde baş boyun bölgesinde nadiren bildirilmiştir. Literatürde perioral bölgede raporlanmış KS olgusuna rastlanmamıştır. Çalışmamız ile, kaposi sarkomunun literatürde daha önce tanımlanmamış anatomik lokalizasyonun raporlanması amaçlanmıştır.

Vaka: 55 yaşında kadın hasta, üst dudakta başvurusundan yaklaşık iki ay önce başlayan ve hızlı büyüme eğiliminde olan deri lezyonu nedeniyle Ocak 2020 tarihinde kliniğimize başvurmuştur. Üst dudağın sol süperolateralinde vermillo-kütanoz sınıra uzanan yaklaşık 2 x 1 cm boyutlarında, ciltten 0,9 cm kabarık, mavimsi-mor renkli, üzeri ülsere ve kanama odakları olan soliter nodüler cilt lezyonu görülmüştür. İlk değerlendirmeyi takiben, lokal anestezi altında alınan insizyonel biyopsinin patolojik inceleme sonucu Kaposi Sarkomu olarak raporlanmıştır. Laboratuvar çalışmalarında HIV testi (anti HIV1 / 2-antijen p24 antikorları) negatif bulunmuştur. Sistemik tarama amacıyla yapılan tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, akciğer x-ray ve gastrointestinal endoskopik incelemelerde de patolojik bir duruma rastlanmamıştır. Lezyon genel anestezi altında 5 mm temiz cerrahi sınır ile wedge rezeksiyon yöntemi ile total eksize edilmiştir ve nihai patoloji raporu ile cerrahı alan temizliği teyit edilmiştir. Hastanın ameliyat sonrası 7. ay kontrol muayenesinde dudak ve tüm perioral bölge ile ağız fonksiyonları estetik ve fonksiyonel olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma: Literatüre bakıldığından KS erkeklerde daha sıklıkla görülmekle beraber baş ve boyunda özellikle mukozal bölgelerde kutanöz bölgelere göre daha yaygın olarak görülmektedir. Daha önceki çalışmalarda baş ve boyun bölgesinde kütanöz yerleşimli olarak kulak, dış kulak yolu, göz kapağı, alın ve çenede tanımlanmış vakalar olup dikkat çekici bir şekilde üst dudak ve perioral bölgede herhangi bir KS vakası bildirilmemiştir. Literatürden farklı olarak mevcut olguda KS, immünsüpresif bozukluğu olmayan bir kadın hastada vermilyon ve kutanöz bölge dahil olmak üzere üst dudak üzerinde görülmüş olması sebebiyle ender görülen bir olgu olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: AİDS seronegatif, immunsupresyona neden olan ek hastalık ve ilaç kullanımı olmayan kadın bir hastada dudak vermillo-kütanoz hat üzerine yerleşimli kütanöz

Kaposi Sarkomu vakası belirtilen tüm özellikler ve tümörün olağandışı lokalizasyonu sebebiyle bu vakayı dikkate değer kılmaktadır. Tedavi ve takip protokollerini standardize etmek ve iyileştirmek için daha fazla vaka serisine ve uzun vadeli sonuçlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: *dudak tümörü, Kaposi sarkomu, kutanöz tümor, perioral malignensi, vermilion tümörü*

Figure 1.

Preoperatif görünüm. Vermilyon sınırından cilde uzanan, üst dudağın sol süperolateral tarafında mavimsi-mor renkli, ülserasyon ve kanama alanları içeren nodüler cilt lezyonu

P-006
Yüz Bölgesindeki Melanom Dışı Deri Kanserlerinin Lokal Flepler ile Rekonstrüksiyonu; Cerrahi Tedavide Algoritmik Yaklaşım

Sedat Tatar, Billur Sezgin, Selahattin Özmen
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş-Amaç: Bazal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinom yüz bölgesinin melanom dışı en sık görülen deri kanserleridir. Klinik muayene ve patolojik incelemenin ardından tümör eksizyonu yapılılır ve rekonstrüksiyon planında küratif tedavinin yanında estetik üniteler de göz önünde bulundurulmalıdır. Rekonstrüksiyonda yüz bölgesinin anatomik üniteleri ve alt ünitelerinin restorasyonu amaçlı çok sayıda lokal flep tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı tümör eksizyonu sonrası oluşan defektlerin lokal flepler ile rekonstrüksiyonunda yüzün anatomik üniteleri göz önünde bulundurularak cerrahi tedavi algoritmamızı sunmaktır.

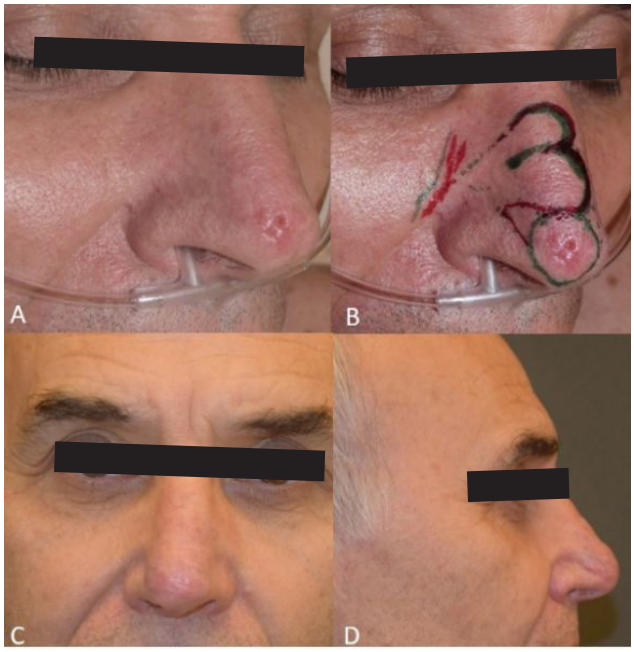
Gereç-Yöntem: 2014- 2019 yılları arasında Melanom dışı deri kanserleri nedeniyle opere edilen ve lokal flepler ile onarım yapılan 53 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler, histopatoloji, endikasyon, semptomlar ve anatomik ünitelere göre lokal flep tercihleri ve postoperatif komplikasyonlar anlatıldı.

Bulgular: Ortalama yaşları 65.9 olan toplam 53 hasta (25 kadın- 28 erkek) hasta çalışmaya dahil edildi.Bazal hücreli karsinom en sık görülen türdü bunu yassı hücreli karsinom, bazosquamoz karsinom izlemekteydi. Tümör lokasyoları 3 hastada alın, 8 temporal bölge,16 nazal,11 yanak,8 kulak,4 dudak,3 hastada periorbital bölgede idi.Defekt boyutları 1x1 cm ile 4x4 cm arasında idi. Alın bölgesi için; rhomboid ve V-Y ilerletme, yanak bölgesi için; servikofasiyal ve rhomboid flepler, burun bölgesinde alt ünitelere göre; bilobe, dorsal nazal, nazolabial, alın flebi, glabellar flep; kulak için postauriküler flep,helikal ilerletme flepleri, dudak için; vermilyon ilerletme, abbe flepleri tercih edildi.Ortalama 3 yıl (1-4 yıl) takip edildi.Yassı hücreli karsinomda 2 hasta adjuvan radyoterapi tedavisi aldı. Hiçbir hastada total flep kaybı gözlenmedi, 2 hastada distal flep nekrozu konsevatif tedaviyle düzeltildi.

Sonuç: Yüz bölgesinde melanom dışı deri kanserlerinin eksizyonu sonrası lokal flepler sık olarak tercih edilmektedir. Yeterli cerrahi sınır ile eksizyon sonrası rekonstüksiyon planlamasında deri elastikiyeti, kanlanma, skar yerleşimi, estetik ve anatomik ünitelerin restorasyonu dikkate alınmalı ve tedavi planlamasında bölgeye göre algoritma bilinmeli ve uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Bazal hücreli karsinom, deri kanseri, lokal flep, melanom dışı deri kanserleri, yassı hücreli karsinom, yüz rekonstrüksiyonu*

Resim 1



(a) 62 yaşında erkek hasta burun ucunda 0,5x0,5 cm BCC (b) exsizyon planı ve bilobe flap tasarımı; (c) operasyon sonrası 15. ay görünümü; (d) lateralden görünümü

P-007
Doku defektlerinin serbest flep ile onarımı sonrasında yapılan inceltme cerrahisinde pedikülün ayrılmasının güvenilirliği

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Alper Sarı, Şakir Ünal
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda son yıllarda rekonstrüksiyon merdiveni yerine rekonstrüktif asansör algoritması daha çok kabul görmektedir. Bu nedenle serbest flep endikasyonu konulan vakalar artış göstermektedir. Serbest flepler uzak bölgelerden getirilen dokular oldukları için alıcı yataktaki dokunun kalınlığı ile arasında uyumsuzluk olmaması için benzer özellikteki dokularla rekonstrüksiyon tercih edilmektedir. Yinede flep ile alıcı yatak arasında uyumsuzluk olabileceği için inceltme operasyonlarına ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu çalışmada ocak 2019'dan beri serbest flep inceltme cerrahisi geçiren 4 hasta çalışmaya dahil edildi ve retrospektif incelendi.

Gereç-Yöntem: Vaka 1, Elektrik yanığı sonrası skalpte kalvarial kemiği ekspoze olan hastaya latissimus kas flebi ve stsg ile rekonstrüksiyon planlandı. İyileşme sonrası yeterli kas atrofisi geliştikten sonra postop 5.ayda pedikül klemplenerek flepte kan akımının güvenliği test edildikten sonra pedikül bağlandı ve flep inceltme işlemi gerçekleştirildi. Vaka 2, Alt dudakta iyi diferansiye scc nedeniyle eksizyon ve bilateral boyun diseksiyonu yapılan hasta; anterolateral thigh flebi ile rekonstruksiyonu yapıldı. Postop 9.ayda ikinci debulking ameliyatı yapıldı, pedikül bağlanarak istenilen boyutlarda flep inceliğine ulaşıldı. Vaka 3, Alt dudakta ısırılma nedeniyle totale yakın kayıp nedeniyle radyal önkol flebiyle alt dudak rekonstrüksiyonu yapılan hasta, operasyondan 6 yıl sonra ikinci debulking cerrahisi ve sulkus oluşturma işlemi sonrası flep pedikülü bağlandı ve yeterli incelikte dudak kalınlığına ulaşıldı. Vaka 4, Sağ ayak bileği dorsalinden medialine uzanan avm nedeniyle eksizyon yapılan ve paraskapuler flep ile rekonstruksiyon yapılan hasta operasyondan 10 yıl sonra flepte büyüme şikayeti ile başvurdu. Primeri avm olması nedeniyle Bt anjiyografi çekildi fakat avm ye rastlanmadı. flep distal ucundan başlanarak yaklaşık 3/4'ü kaldırıldı. Ven pedikülü flep içerisinde görüldü ve bağlandı. flepte istenilen inceltme işlemi sağlandı.

Bulgular: Serbest flep uyguladığımız ve yeterli kalınlık elde etmek için pedikülün bağlanması gereken 4 hastamızdan 1'i serbest kas flebine, diğer 3 hastanın ise fasiyokutan flepine inceltme ameliyatı uygulandı. Fasiyokutan serbest flep ile rekonstrüksiyonu yapılan 3 hastadan 2 sinde inceltme sonrası herhangi bir yetmezlik bulgusu gelişmezken, ayak bileğine paraskapuler flep ile rekonstruksıyonu yapılan hastada flep inceltilmesi sonrası flebin distalinde venöz yetmezlik gelişti. proksimalinde ise arteriyal veya venöz yetmezlik gelişmedi.

Sonuç: Serbest fleplerde debulking işlemi sırasında flep vaskülarizasyonu açısından pedikül bağlanmasının güvenilirliği tartışmalıdır. Bazı otorler ise fasiyokutan flepler için yapılan debulking cerrahisinde pedikül bağlanmasını güvenilir buluyorken, kas fleplerinin metabolik aktiviteleri daha fazla olduğundan kas fleplerindeki debulking işlemi sırasında yapılan pedikülün bağlanması işleminin flep canlılığı üzerine daha az güvenilir olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda latissimus kas flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastada erken dönemde flep inceltme cerrahisi yapılmış olmasına rağmen flepte total veya kısmi yetersizlik gelişmedi. Fasiyokutan serbest flep inceltilmesi yapılan 3 hastadan sadece 1'inde kısmi venöz yetmezlik bulguları gelişti. Sülük tedavisi sonrası venöz yetmezlik bulguları gerileyerek flepte kayıp yaşanmadı.

Tartışma: Zook ve arkadaşlarına göre; latissimus miyokutan flebinin 1/3'lük kısmının yağ dokusu tarafından oluşturulması nedeniyle, hacim ihtiyacı olmayan bölgelere kas flebi ve stsg olarak uygulanmasının daha iyi sonuçlar vereceği bildirilmiş. Denerve edilmiş kas fleplerinin 6 -12 ay içerisinde atrofi gelişeceği de unutulmamalı ve flep inceltme operasyonu erken dönemde yapılmamalıdır. Percival ve arkadaşlarına göre latissimus dorsi kas flebi güvenilir bir perforatörü olmasına rağmen, rekonstrükiıyon sonrası gelişen lenf ödem ile beraber, hacminin daha da arttığından alt ekstremite rekonstrüksiyonu için uygun olmadığını ve yeterli debulking yapılamayacağını düşünmektedir. Fakat latissimus flebin scalp rekonstrüksiyonunda daha iyi sonuçlar elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *flep inceltme, pedikül ayrılması, serbest flep*

Resim 1

P-008
606 Hasta İle Malign Melanomda Güncel Klinik Tecrübelerimiz

Mehmet Emre Yeğin, Ersin Gür,
Yiğit Özer Tiftikçioğlu, Ege Topaloğlu, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

Giriş: Malign melanom sıklığı artmakta olan, morbidite ve mortalitesi yüksek bir deri kanseridir. Uzun yıllardır neredeyse her yaştan malign melanom hastasını ameliyat eden, bu hastaların gerek preop gerek postop dönemde düzenli takiplerini yapan ve bu alandaki tecrübesi yüksek bir klinik olarak bu alandaki deneyimlerimizi paylaşmak amacı ile kliniğimizde 2008 ve 2020 yılları arasında malign melanom tanısı almış ve opere edilmiş hastaları taradık. Kliğimiz kayıtları tarandığında toplam 1803 malign melanom hastasına ulaşılmıştır. 606 hasta malign melanom nedeniyle ameliyathane koşullarında tarafımızca opere edilmiştir. Bu çalışmada bu hastaların preop ve postop dönemdeki gözlemleri taranmıştır. Amacımız malign melanom üzerine olan klinik tecrübelerimizi paylaşmaktır.

Metod: 2008 – 2020 yılları arasında kliniğimizce malign melanom nedenli tarafımızca ameliyathane koşullarında opere olmuş hastalar bu çalışma kapsamına alınmıştır. Toplam 606 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların 275'i kadın, 331'i erkektir. Hasta grubu yaş aralığı 8-95tir. Ortalama yaş 61,4 olarak hesaplanmıştır. Hastalar 2003 ve 2020 yılları arasında tanı almışlardır. Ortalama tanı yaşı 55tir. 97 hasta takipte ölmüştür. Primer lokalizasyon 161 hastada gövde, 100 hastada üst ekstremite, 171 hastada alt ekstremite, 143 hastada baş ve boyun, 8 hastada skalp 4 hastada genital bölge olarak belirlenmiştir. Primer tür 195 hastada yüzeyel yayılan malign melanom, 47 hastada lentigo maligna melanoma, 78 hastada akral lentijinöz malign melanom, 86 hastada nodüler malign melanom, 6 hastada nevoid malign melanom, 4 hastada mukozal malign melanom, 3 hastada desmoplastik malign melanom olarak belirlenmiş olup diğer hastalarda patolojik sınıflandırma

yapılamamıştır. Hastalarda rutin uygulama olarak ameliyat öncesi görüntüleme (PET-BT ve veya USG) ile metastaz araştırılmaktadır. 70 hastada görüntülemelerde şüpheli, patolojik veya metastatik görünümde lenf nodları saptanmıştır. 405 hastaya sentinel lenf nodu biyopisi uygulanmıştır. 64 hastada sentinel lenf nodu biyopsisinde patolojik incelemede metastaz saptanmıştır. SLNB sonucunda metastaz rapor edilen 64 hastaya yapılan ELND sonrası 21 hastada gönderilen lenf nodlarında metastaz tanımlanmıştır ve toplamda 196 hastaya inguinal, aksiller ve veya boyun lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. 113 hastada takipte uzak metastaz ve veya nüks izlenmiştir. 90 hastada malign melanoma eşlik eden yassı hücreli cilt kanseri, bazal hücreli cilt kanseri, displastik nevüs ve veya papillom türünde cilt lezyonları görülmüştür.

Sonuç: 2008 ve 2020 yılları arasında tarafımızca ameliyathane koşullarında opere edilmiş 606 hasta bu çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Klinik birikimimiz ve deneyimlerimiz bu çalışmada analiz edilmiş ve paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *deri kanseri, malign melanom, sentinel lenf nodu biyopsisi*

P-010
Baş boyun bölgesinde distal/ kranial yerleşimli defektlerin rekonstruksiyonunda modifiye pektoral flep uygulaması

Göktekin Tenekeci, M Bayer Acaban, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Baş-boyun bölgesini ilgilendiren özellikle tümör cerrahisi ve yüksek enerjili travmalar nedeniyle geniş doku kayıpları ile karşılaşılmaktadır. Bu bölgenin rekonstrüksiyonunda serbest doku nakilleri ile istenilen 3 boyutlu rekonstrüksiyon elde edilebilmektedir. Ancak yüksek komorbiditeye sahip olan hastalarda, operasyon süresinin uzadığı durumlarda ve intraoperatif rekonstrüksiyon amacıyla danışılan hastalarda lokal ve bölgesel flepler de tercih edilebilmektedir. Baş boyun bölgesinin rekonstrüksiyonunda lokorejyonel fleplerden en sıklıkla kliniğimizde kullanılan flep miyokütan pektoralis major flebidir. Miyokutan Pektoral flep tragus ağız komissürü hattının altında kalan bölgelerde klasik olarak tercih edilebilmektedir. Bu çalışmada pektoral miyokutan flep ile rekonstrükte edilen baş boyun defekti olan hastalarda flebin rotasyonunu arkı üzerindeki gerimi rahatlatmak, daha kraniyal ve daha distal bölgelere flep viabilitesi bozmadan sağlamak üzere uyguladığımız tekniğin sonuçları analiz edilmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine baş boyun defekti ile başvuran 10 kişi dahil edilmiştir. Bu çalışmada baş-boyun bölgesindeki defektlerin onarımı için modifiye pektoral miyokutan flepler tercih edilmiştir. Modifiye pektoral miyokutan fleplerin, klasik pektoral miyokutan fleplerden farkı klavikulanın alt sınırının inferiorundan çıkan torakoakromiyal arterin (dominat pedikül) üzerindeki pektoral kasın yaklaşık 1 cm lık kısmının insize edilip pedikülün diseke edilerek iskeletize edilmesidir.

Bulgular: Hastaların yaş aralığı 59-81'di. Hastaların tümünde defekt primeri tümör cerrahisi olup, bir hastada tümör lokalizasyonu dudak iken, iki hastada dil, iki hastada da oral mukozal tümördü. Takipler sırasında 2 hastada önceden almış olduğı radyoterapiye bağlı yara dehisensi gözlendi. Sonraki seansta flepler ilerletilerek defekt onarımı yapıldı. Hastaların hiçbirinde kısmi / total nekroz, hematom, enfeksiyon, seroma gözlenmedi. Hastaların tümünde rekonstrüksiyonu başarıyla gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Servikofasiyal defektlerin onarımında alıcı damar sahasına radyoterapi uygulanmış hastalarda serbest flepler yerine pektoral miyokutan flepler tercih edilebilmektedir. Torakoakromiyal damar etrafında bir miktar kas dokusu korunarak flebin süperior sınırlarından serbestlenmesiyle üst dudak ve yanak bölgesi üst sınırlarının da rekonstrüksiyonu güven ile sağlanabilmektedir. Amacımız flebi daha kraniale/ distale ulaşmasını sağlamak, rotasyon arkını uzatmak, gerimsiz kapama sağlamak ve bütün bunları yaparken flebin arteriyal veya venöz sorun yaşamamasını sağlamaktır. Bu maksatla yukarıda tarif edilen modifikasyonu uyguladık ve hasta grubunda herhangi bir kısmi/total nekroz gibi komplikasyonla karşılaşmadık. Daha distalde defekti mevcut olan hastalarda veya daha geniş rotasyon arkına ihtiyaç duyan hastalarda, klasik pektoral miyokutan flebin ulaşamayacağı yerlere modifiye pektoral miyokutan flep yardımı ile başarılı rekonstrüksiyon yapılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *baş boyun bölgesi, miyokutan flep, pektoral flep*

P-011
Ayak Bileği Laterali Defektlerinin Distal Bazlı Peroneus Brevis Kas Flebi ile Onarılması

Burak Özkan, Kadri Akıncı, Abbas Albayati, Çağrı Ahmet Uysal, Nilgün Markal Ertaş
Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: Ayak bileği laterali defektlerinin onarımında lokal doku seçenekleri oldukça kısıtlıdır. Bu bölge onarımında altın standart tedavi serbest flep cerrahisi olsa da, komorbiditesi yüksek hasta popülasyonunda mikrocerrahi uygulamaları genellikle mümkün olmamaktadır. Distal bazlı peroneus brevis kas flebi lateral malleol bölgesinin onarımında kullanılan nadir lokorejyonel seçeneklerden biridir ve riskli hasta grubunda hızlı ve güvenilir sonuçlar alındığı literatürde bildirilmiştir. Bu araştırma makalesinde, yüksek riskli hasta grubunda distal akımlı peroneus brevis kas flebiyle onarım tecrübelerimiz aktarılmıştır.

Gereç-Yöntem: 2018 ve 2020 yılları arasında Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda, lateral malleolar bölgedeki defetleri distal bazlı peroneus brevis kas flebi ile rekonstrükte edilmiş hastalar retrospektif olarak tarandı ve 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 65.8 (33-77) idi. Defektlerin ortalama boyutu 19.6 cm2 idi. Fleplerde kayıp yaşanmadı, 2 hastada kas üzerine konulan deri greftinde kısmi kayıp görüldü, ek cerrahi müdahale olmadan pansumanla sekonder iyileşme sağlandı. Ortalama 1.5 senelik takip döneminde onarım yapılan alanlarda yara ayrılması, akıntı, nüks görülmedi.

Sonuç: Distal bazlı peroneus brevis kas flebi, lateral malleolar bölge defektlerinin kapatılması içinyüksek komorbidetesi olan hasta gruplarında bile güvenle kullanılacak önemli bir lokorejyonel fleptir.

Anahtar Kelimeler: *peroneus brevis kas flebi, distal bazlı peroneus brevis kas flebi, alt ekstremite rekonstrüksiyonu*

Resim 1

Kronik venöz yetmezliği olan hastanın distal bazlı peroneus brevis kas flebiyle onarımı. Hastada kas üzerine serilen deri greftinde parsiyel kayıp yaşanmış ve post operatif 4. ayda tamamen sekonder iyilemiştir (en sağ)

P-014
Sıçan Yağ Enjeksiyonu Modelinde Farklı Viskozitelerdeki Hyaluronik Asit Dolguların Yağ Sağkalımına Etkisi

Nermin Mammadova, Tamer Koldaş, Necat Vakur Olgaç
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Yağ grefti plastik cerrahide en sık yapılan uygulamalardan biridir ve tanımlandığı günden beri yağ sağ kalımının öngörülemez oluşu bu uygulamanın kısıtlayıcı yanı olmuştur. Literatürde sağ kalımı arttırmak için çokça çalışma yapılmıştır. Daha önce yapılmış hyaluronik asit hidrojelleri ile yağ greftin kombinasyonu çalışmasından esinlenilerek bu çalışmada hayvan modelinde iki farklı viskozitedeki hyaluronik asit dolgu ile yağ grefti kombinasyonun yağ grefti sağ kalımına olan katkısın araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Her bir grupta 5 adet sıçan olmak üzere hayvanlar 5 gruba ayrılmıştır. Kontrol grubunda bilateral olmak üzere deney gruplarında sol inguinal bölgeden alınan yağ greftleri düşük viskoziteli ve yüksek viskoziteli dolgularla eşit hacimde kombine edilerek sıçanların ensesine enjekte edilmiştir. Deney grupları 4. Ve 8. Haftada sakrifiye edilerek greftler eksize edilmiştir. Greftlerin ağırlığı ve hacmi preop ve postop dönemde ölçülerek istatiksel analizi yapılmıştır. Eksize edilen greftlerin histopatolojik değerlendirmesinde kesitlerin yağ, fibrozis ve nekroz-dejenerasyon yüzdeleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Deney gruplarının preop ve postop ağırlık ve hacim değerlendirmeleri sonucunda greftlerin postop dönemde tüm gruplarda anlamlı azalma olduğu görüldü. Kontrol grubundan 1 sıçanın kaybı nedeniyle anlamlı sonuca ulaşılamadı. Histopatolojik değerlendirmede yağ, nekroz ve fibrozis yüzdelerinde ne kontrol grubuna kıyasla ne de deney gruplarının kendi içindeki değerlendirmesinde anlamlı fark bulunamadı. Fakat gözlemsel olarak deney gruplarında daha fazla yağ sağ kalımı ve daha az nekroz olduğu görüldü. Yüksek ve düşük viskoziteli dolgular arasında istatiksel olarak anlamlı veya gözlemsel bir fark bulunamadı.

Sonuç: bu çalışmada hyalüronik asit dolguların yağ grefti sağ kalımına herhangi bir zaman diliminde anlamlı bir katkısı gösterilememiştir. Fakat dolguların gözlemsel olarak yağ oranını arttırdığı ancak istatiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bunun nedeninin örneklem sayısının azlığı olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *yağ enjeksiyonu, dolgu, yağ sağkalımı, deneysel*

P-015
Haşlanma Yanığı Zemininde Gelişen Yaygın Dev Piyojenik Granülom, Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Hasan Büyükdoğan
SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Giriş: Piyojenik granülom (PG) cilt ve mukozanın yaygın görülen, iyi huylu bir edinilmiş vasküler lezyonudur. Genellikle kırmızı renkli soliter bir nodül olarak ortaya çıkar, kanamaya yatkındır ve bu kanama genellikle kompresyonla durdurulamaz. Birden çok lezyonun aynı anda ortaya çıkması nadir görülen bir durumken; yanık sonrası birden çok lezyonun yaygın bir şekilde ortaya çıkması son derece nadir bir fenomendir. Bu çalışmada haşlanma yanığı zemininde yaygın dev piyojenik granülom gelişen bir hastayı sunmakta ve literatürdeki benzer vakaları karşılaştırarak olası etiyolojik faktörleri incelemekteyiz.

Olgu: Dört yaşında bir kız hasta sağ dizinde mevcut kanamalı kitleler sebebiyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünde 3 hafta önce sağ alt ekstremitesinde kaynar su ile haşlanma yanığı olduğu ve dış merkezde düzenli pansuman değişimleriyle tedavisini sürdürdüğü öğrenildi. 1 hafta önce diz çevresinde oluşmaya başlayan kitleleri giderek büyümüş ve kanamaya başlamış. Bu seferki kanaması durdurulamayınca hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan muayenesinde hastanın sağ uyluk anteromedialinden başlayarak sağ diz seviyesine kadar yayılmış epitelize 2. derece yanık alanları ve sağ diz anteriorda 3,5*2 cm ve 1,5*1 cm ölçülerinde iki adet vejetatif görünümde kanamalı kitle tespit edildi. Hastanın bacağındaki kitleler poliklinik şartlarında gümüş nitrat ile koterize edildi, seri koterizasyonlar sonucu kitlelerde küçülme meydana geldi ve hastanın kanama şikayeti nüksetmedi. Takiplerinde diz çevresinde herhangi bir skar kontraktürü gelişmedi.

Tartışma: Multiple disemine piyojenik granülom PG'ların nadir bir türüdür ve genellikle yanık benzeri travmalardan sonra görülür. Etiyolojisi hala tam olarak anlaşılamayan bu durumun oluşmasında, yanığa sebep olan ortamdaki mevcut bakterilerin, mantarların veya virüslerin rol aldığı öne sürülmüştür. Literatürde süt ile haşlanma sonrası tarif edilen yaygın PG'lara, sütte bulunan bazı proteinlerin sebep olduğu öne sürülmüştür. Halbuki bu çalışmada tarif ettiğimiz vaka kaynar su ile yandığı için yaygın piyojenik granülomların oluşmasında başka bir mekanizmadan şüphelenmekteyiz.

Sonuç: Bu son derece nadir ve ilginç fenomenin etiyolojisini netleştirmek için bu konuya odaklanan daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: *gümüş nitrat, haşlanma, kaynar su, piyojenik granülom, yanık*

Fig. 1

P-016
Skrotum Rekonstrüksiyonlarında Klinik Deneyimlerimiz

Safa Eren Atalmış, Cenk Demirdöver, Fatih Alp Öztürk, Süleyman Çakmak, Hüseyin Emre Ulukaya, Merve Terzi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Skrotum, spermatogenez için önemli role sahip olan testis ve spermatik kordun distalini koruyucu bir örtü göreviyle sararak bu yapıların fizyolojik rolleri için gerekli termoregülasyonu sağlayan kütanöz bir kesedir. Skrotal cilt ve cilt altı dokuların; malignite, enfeksiyon, travma ve diğer sebeplerle kaybı sonrasında oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu ise gerek hastaların estetik beklentileri, gerekse spermatogenez için uygun termoregülasyonun sağlanmasında plastik cerrahi uzmanları için öneme haizdir. Skrotal rekonstrüksiyon için belirlenmiş algoritmalarda defektin büyüklüğü kadar hastanın yaşı, reprodüktif dönemde olup olmadığı, eşlik eden komorbid hastalıkları, estetik beklentileri gibi sebepler de göz önünde bulundurulmalıdır. Biz bu çalışmamızda 2001-2020 yılları arasında kliniğimize başvuran skrotal bölgesinde defekti olan olguları retrospektif tarayarak etiyolojik, demografik özelliklerini ve uygulanan cerrahi prosedürleri inceledik.

Gereç Ve Yöntem: Kliniğimize 2001-2020 yılları arasında başvuran, skrotal bölgeyi içeren enfeksiyon veya malignite nedeniyle önceden debridman yapılmış veya klinik şüphe nedenli genel anestezi altında opere edilen 46 erkek olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Fournier gangreni nedeniyle opere edilmiş olan olguların sayıca çok olması ve hastalığın mortalitesi nedeniyle rekonstrüksiyon başarısını olumsuz etkileyeceği de göz önünde bulundurularak ASA skoru dört ve üzerindeki olup opere edilen olgular çalışmanın dışında bırakılmıştır. Aynı zamanda eksizyon sonrası primer kapatma gerektirecek küçük defektler ve sekonder iyileşmeye bırakılmış defektler de çalışma dışı bırakılmış olup yalnızca deri grefti ve flep cerrahisi kullanılarak rekonstrükte edilmiş olan defektler çalışmaya dahil edilmiştir. Postoperatif takiplerinde gelişen komplikasyonlar hastane bilişim sistemlerinden, hasta epikrizlerinden retrospektif olarak derlenmiş olup postoperatif dönemde gelişen debridman gerektiren nekroz, seroma, yara dehissansı, greft kaybı ve yara yeri enfeksiyonu komplikasyon olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 46 erkek olgunun en yaşlısı 78 yaşında en genç hasta ise 16 yaşındaydı. Yaş ortalaması 48,4 olarak hesaplandı. Defekt etiyolojisine yönelik olarak incelendiğinde 46 hastanın 32'sinin (%69,5) tarafımızca veya dış merkezde yapılan Fournier Gangrenine sekonder, 12'sinin (%26) hidradenitis suppurtivaya sekonder, iki hastanın (%4,5) ise skrotal kalsinozise sekonder gelişen defektler nedeniyle opere edildiği belirlendi. Özellikle Fournier gangreni olguları için yapılan seri debridmanlar ve bu debridmanlar sonrasında defektin negatif basınçlı yara tedavisi ile izlemi de göz önünde bulundurulduğunda 46 olgu için yapılan toplam 67 operasyonun yalnızca 46'sında definitif rekonstrüksiyonun gerçekleştirildiği görüldü. Bu rekonstrüksiyonların 39 tanesinde(%84,6) lokal fleplerin, bir tanesinde (%2,2) grasilis kas deri flebinin, bir tanesinde (%2,2) Singapur flebi olarak adlandırılan pudenteal uyluk fasiyokütan flebinin, dört tanesinde (%8,8) kısmi kalınlıkta, bir tanesinde (%2,2) tam kalınlıkta deri greftinin kullanıldığı görüldü. Operasyonlar sonrası gelişen komplikasyonlara bakıldığında lokal flep seçeneklerinin kullanıldığı olguların beş tanesinde (%11,36) flep distalinde debridman gerektiren nekroz, beş tanesinde (%11,36) yara dehissansı, iki tanesinde (%4,5) seroma, bir tanesinde (%2,2) yüzde 50'nin üzerinde greft kaybı görüldüğü saptandı. Singapur flebi yapılan olguda flep distalinin %30'dan fazlasının nekroze olması üzerine yeniden opere edilerek lokal fleplerle onarım yapıldığı saptandı. Olguların yalnızca iki tanesinde yara yeri enfeksiyonu görüldüğü ve uygun antibiyoterapi ve lokal yara bakımıyla gerilediği izlendi. Yara dehissansı gelişen beş olgunun ise yalnızca bir tanesinde yeniden opere edilerek primer kapatma uygulandığı diğer dört tanesinin ise lokal yara bakımı ve sekonder iyileşmeyle komplikasyonun gerilediği saptandı. Olguların operasyon sonrası reprodüktif potansiyelleri ise verilerin yetersizliği nedeniyle değerlendirilemedi.

Tartışma: Skrotal cildin travma, malignite ve debridmana sekonder kaybı nadir olmayan bir durum olup olguların çoğunluğunu mortalitesi yüzde 70'lere varan Fournier gangreni oluşturmaktadır. Defekt onarımı için rekonstrüktif basamaklar sekonder iyileşmeden serbest fleplere kadar sıralanabilir. Rekonstrüksiyon seçenekleri göz önünde bulundurulduğunda özellikle reprodüktif çağdaki olgular için cilt kaybını gidermek ve spermatogenez için uygun termoregülasyonu sağlamak önem arz eder. Bu açıdan skrotal cildin laksisitesi göz önünde bulundurulduğunda var olan doku eksikliğini aynı tipte dokuyla giderme prensibine yönelik olarak lokal flepler ön plana çıkmaktadır. Deri grefti ile rekonstrüksiyon için Tunica vajinalis veya diğer fasiya yapılarının intakt olarak bulunması greft cerrahisinin başarısı için gerekli olup, olguların çoğunu Fournier gangreninin oluşturması ve bu hastalığın tutulumu nedeniyle fasiyal yapıları da içermesi deri grefti ile onarımı güç kılmaktadır. Bölge cildinin sebase yapısı nedeniyle maserasyon ve anal bölgeye yakınlığı ile kontaminasyona yatkınlığı da deri grefti cerrahisinin başarısını güçleştirmektedir.

Sonuç: Skrotal cilt rekonstrüksiyonu için algoritmaların belirlenmesi ve olası komplikasyonların değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma skrotum defektleri için lokal fleplerin önemini ve başarısını ön planda tutmaktadır. Dartos fasyasının intakt olduğu durumlarda kullanılabilen deri grefti ile rekonstrüksiyonların ise gerek komplikasyon gerekse de estetik görünüm açısından geri planda tercih edilmesi gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: *Fournier, Skrotum, Rekonstrüksiyon*

P-018
Alt Ekstremite Yumuşak Doku Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Basit ve Kullanışlı bir Alternatif;Bipediküllü Flepler

Zeynep Altuntaş, Mahmut Tekecik, Mehmet Dadacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Alt ekstremitede oluşan bu yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu biz cerrahlar için zorlayıcı bir süreç olabilmektedir. Rekonstrüksiyonun zorlayıcı sebepleri arasında alt ekstremitenin anatomisi ve yumuşak dokuların sınırlı hareket kabiliyeti, yüksek enerjili travmalar sonrası oluşan enfeksiyon ve kemik kırıkları sayılabilir. Lokal fasyokutan flepler,pediküllü veya perforatör bazlı olabilirken, gastroknemius ve sartorius kas flepleri en sık tercih edilen kas flepleridir. Serbest flepler genellikle lokal fleplerle kapatılamayan büyük defektlerin kapatılmasında çok efektiftir. Biz bu çalışmamızda pediküllü kas-perforatör flepleri ve serbest fleplere kıyasla daha basit, aynı zamanda yeterli yumuşak doku örtüsünü de sağlayabilecek bipediküllü flepleri kullanarak defektlerin rekonstrüksiyonunu gerçekleştirdik.

Materyal-Metod: 2014-2019 yılları arasında alt ekstremite de yumuşak doku defekti nedeniyle opere edilen ve bipediküllü flep ile onarım yapılan toplam 17 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik özellikleri ve defekt etyolojisine göre sınıflandırıldı. Hastaların hastanede kalış süresi, post-operatif dönemde gelişen majör ve minör komplikasyonlar kayıt altına alındı. Tüm hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. En genç hastamız 19 yaşında iken en yaşlı hastamız 72 yaşındaydı ve ortalama yaş 46 olarak bulundu. Hastalar travma, malignite ve diyabete bağlı olarak opere edildi.(Tablo-1)

Cerrahi Teknik: Travma ve diyabete bağlı nekrotik doku bulunduran yaralardan kapiller düzeyde kanama görülene kadar nekrotik dokular debride edildi. Tümör nedeniyle opere edilen hastalarda uygun cerrahi marj bırakılarak defekt oluşturuldu ve aynı seansta rekonstrüksiyon işlemi gerçekleştirildi. Bipediküllü flebin uzunluğu defekt uzunluğundan 4-6 cm daha uzun; flebin genişliği ise defekt uzunluğunun en az yarısı olacak şekilde defekt alanına paralel çizimler yapılarak flepler tasarlandı. Yapılan çizimlere uygun insizyonlar ile kas fasyası görülene kadar devam edildi. Flep fasya üzerinden perforatörler korunarak diseke edildi. Flep defekt alana ilerletilerek gerginlik olmadan süture edildi. Flep donör alanı tüm hastalarda kısmi kat deri grefti ile kapatıldı. Post-operatif dönemde tüm hastalara kısa bacak alçı-atel yapılarak 1 haftalık immobilizasyon uygulandı.

Bulgular: Toplam 17 hasta opere edilerek 19 bipediküllü flep ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapıldı. 8 hastanın eşlik eden komorbid hastalığı (diyabet,koroner arter hastalığı, hipertansiyon vs.) bulunmaktaydı. Travma nedeniyle internal fiksasyon yapılan 5 hastada ise plak ekspoziyonu görüldü. Ortalama defekt büyüklüğü 4,5x7,3cm (en x boy) olarak bulundu. Cerrahi süresi 60 dk-150 dk arasında değişirken ortalama süre 84 dk olarak bulundu. Oluşan yumuşak doku defektlerinin etyolojisine bakıldığında 11 hasta travma, 2 hasta malignite, 4 hasta diyabete bağlı olarak opere edildi. 5 hastada minör komplikasyon(lokal yara bakımı ile tedavi edilebilen yüzeyel parsiyel flep nekrozu, parsiyel yara ayrışması,yara yeri enfeksiyonu) görülürken; hiçbir hastamızda major komplikasyon(total flep kaybı, ciltaltı yapıların ekspoze olmasına neden olan tam kat flep nekrozu) görülmedi (Tablo 2). Hastalar 5-25 gün arasında serviste yatırılarak takip edildi. Ortalama serviste yatış süresi 8 gün olarak bulundu. Hastalar en az 6 ay olmak üzere aralıklı takiplere çağırılarak kontrolleri yapıldı(Ortalama takip süresi 9 ay). Tamamen iyileşme sağlanan hastaların bir kısmı 6.ay kontrollerinden sonra takiplere devam etmedi.

Tartışma: Alt ekstremite,özelliklede kemik ve tendonların açıkta olduğu distal yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu lokal dokuların sınırlı olması nedeniyle bazen zorlayıcı bir süreç olabilmektedir(1). Rekonstrüksiyonda defektin lokalizasyonuna göre kullanılabilecek lokal flep seçenekleri değişkenlik göstermektedir. Proximal 1/3 defektlerde gastroknemius kas-deri flebi,orta 1/3 defektlerinde soleus kas flebi,distal 1/3 defektlerde ise pediküllü perforatör flepler, sural flep sık tercih edilen fleplerdir(2). Özellikle lokal dokuların yeterli olmadığı geniş defektlerde serbest fleplerin kullanılması kaçınılmaz olmaktadır. Ancak uzamış operasyon süresi, mikrocerrahi deneyimi olan bir ekibin gerekliliği ve özellikle travmalı ekstremitede anastomoz bölgesinde tromboz riskinin yüksek olması gibi dezavantajları vardır(3).

Alt ekstremitede fasyokütan flepler distal veya proximal bazlı olarak kullanılabilmektedir(4).Bipediküllü flepler distal/proximal olarak ikili perfüzyona sahip oldukları için uzun ve dar flep tasarımına izin vermektedir.Bu flep tasarımı yapılırken perforatörlerin çapı ve yerine,yumuşak dokuların hareket kabiliyetine,nöravasküler yapıların yerleri dikkate alınarak flep dizayn edilmelidir.Cilt perforatörleri aksiyel iskelete paralel olarak uzanmaktadır ve flepler bu kütanöz perforatörleri içerecek şekilde tasarlanmalıdır(5).Bu konsept bipediküllü fleplerde;flep genişliğinin azaltılmadan flep boyunun uzatılmasına izin vermektedir.Yıldırım ve arkadaşları alt ekstremite major damar yaralanması olan bir hastada iki aşamalı delay bipediküllü flep ile rekonstrüksiyon gerçekleştirmişlerdir(6).

Bipediküllü flep 1957 yılında Crawford tarafından çapraz bacak flebine alternatif olarak tanımlanmıştır(7). Bipediküllü flepler,uygun vakalarda alt ekstremite rekonstrüksiyonunda yeterli yumuşak doku örtüsünü sağlayarak rekonstrüksiyon seçenekleri arasında yer almaktadır. Serbest flepler ile karşılaştırıldığında donör saha morbiditesinin daha az olması, flep takibi gerekliliğinin daha az olması avantajlar arasında sayılabilir. Serbest flepler daha uzun operasyon süresine sahip olmakla birlikte mikrocerrahi deneyim gerektirmektedir(3). Bipediküllü flepler ile onarım yapıldığında alıcı alanda daha iyi renk uyumu ve genellikle bacak posteriorunda kalan donör alan sebebiyle greftleme sonrası gizlenebilen ve kabul edilebilir bir estetik görünüm sağlanabilmektedir. Bunlara ek olarak bipediküllü flep ile onarım yapıldığında vasküler yapılara, kaslara herhangi bir zarar verilmediği için flepte gelişebilecek total nekroz durumunda rekonstrüksiyon için kullanılabileceğimiz diğer flep seçenekleri kurtarıcı olarak kalmaktadır.

Bizim çalışmamızda 5 hastada minör komplikasyon gelişirken, hiçbir hastada major komplikasyon görülmedi. Total komplikasyon oranımız %29 olarak bulundu. Bipediküllü fleplerin dezavantajlarına bakıldığında rekonstrüksiyon için defekt etrafında sağlam, kanlanması iyi olan cilt, ciltaltı doku bulunmalıdır. Yüksek enerjili travmalarda ve kompozit doku gerekliliği olan defektlerde optimal rekonstrüksiyonu sağlayamaz.

Sonuç: Bipediküllü flepler alt ekstremite rekonstrüksiyonunda yeterli yumuşak doku örtüsünü sağlayabilecek, operasyon sürelerinin çok uzun olmadığı (ort. 84 dk), tüm cerrahlardan tarafından kolayca yapılabilecek fleplerdir. Major komplikasyon durumunda pediküllü kas ve serbest flep gibi alternatif flepler ile rekonstrüksiyona engel oluşturmazlar. Tecrübemize göre özellikle küçük, orta çaplı

defektlerde kabul edilebilir estetik sonuçlarıyla birlikte bipediküllü flepler alt ekstremite rekonstrüksiyonunda alternatif olarak akılda tutulması gereken fleplerdendir.

Kaynaklar:
1.Yarar S, Kendir MS, Altuntas Z. Repairment of lateral malleol defects with distal pedicled peroneus brevis muscle flap. Turk J Plast Surg 2019;27:217-9.
2. Chattar-Cora D, Perez-Nieves R. Soft tissue reconstruction of traumatic
lower extremity injuries. Bol Asoc Med P R 2007;99:72e87.
3. Gonzalez MH, Tarandy DI, Troy D, et al. Free tissue coverage of chronic
traumatic wounds of the lower leg. Plast Reconstr Surg. 2002;109:592Y600.
4. Lagvankar S. Distally based random fasciocutaneous flaps for one stage reconstruction of defects in the upper two thirds of the leg. Br J Plast Surg 1990;43:541–545.
5. Taylor GI, Palmer JH. The vascular territories (angiosomes) of the body: experimental study and clinic applications. Br J Plast Surg 1987;40:113–141.
6.Yıldırım AR, İğde M, Öztürk MO, Ergani HM, Ünlü RE. Delayed bipedicled flap: An alternative and new method for reconstruction of distal leg defect after gunshot trauma: A case report and review of the literature. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017;23(6):515-520.
7. Crawford BS. The repair of defects of the lower limbs, using a local flap. Br J Plast Surg 1957;10:32e5.
8. Hallock GG. Bipedicled fasciocutaneous flaps in the lower extremity.
Ann Plast Surg 1992;29:397e401.

Anahtar Kelimeler: *alt ekstremite, bipediküllü flep, rekonstrüksiyon*

Bipediküllü flep ile onarım

P-022
Kavernöz Hemanjiyomun Eşlik Ettiği İlk Pai Sendromu Vakası: Tanı ve Cerrahi Tedavi Planı

Can İlker Demir[1], Emrah Kağan Yaşar[1], Büşra Yaprak Bayrak[2], Halil Işık[1], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Orta hat yarıkları orofasial yarıkların yalnızca %0.2'sini oluşturur ve sıklıkla sendromlarla birliktedir. Pai ve arkadaşları 1987 yılında üst dudak orta hat yarığına orta hat kutanöz polip ve santral sinir sisteminde lipomun eşlik ettiği "Pai Sendromu"'nu tanımladı. Tanı kriterleri sonradan Castori ve arkadaşlar ve Lederer ve arkadaşları tarafından revize edildi. Bu çalışmada Pai sendromunun karakteristik özelliklerini, tanı ve cerrahi tedavi yöntemlerini anlatmayı amaçladık. Anlattığımız vaka literatürde orta hat dudak yarığına kavernöz hemanjiyomun eşlik ettiği ilk, çift frenilumun eşlik ettiği 4. vakadır.

Klinik Olgu: Normal vajinal doğumla 41 haftalık doğan 8 aylık bebek doğumdan itibaren var olan üst dudaktaki yarık nedeniyle polkliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde dudak yarığına alveolar yarık, çift frenilum ve frenilumlar arasında polipoid kitle eşlik ediyordu. Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Superior bazlı prolabial flep kaldırıldıktan sonra orbikularis oris kası iki taraflı yapışma yerlerinden ayrılarak orta hatta onarıldı. Mukoza dento-alveoler bileşke seviyesinde laterale insize edilerek mukozal flepler oluşturuldu. Frenilumlar arası yumuşak doku ve polipoid kitle traktı boyunca takip edilerek eksize edildi. Mukozal flepler orta hatta ilerletilerek onarıldı. Prolabial flep vermilyona adapte edilerek ameliyata son verildi. Histopatolojik incelemede polipoid kitle "kavernöz hemanjiyom" olarak rapor edildi. Hastanın takiplerinde ek problem olmadı. Sonuç estetik ve fonksiyonel olarak başarılıydı.

Tartışma: Pai sendromu kraniofasial yapıları ilgilendiren nadir bir hastalıktır. İlk tanımlandığında orta hat dudak yarığı, orta hatta polipoid kitle ve santral sinir sisteminde lipom minimum tanı kriterleri olarak belirlendi. Daha sonra bu kriterler iki kere revize edildi. Orta hatta kitle hemen her zaman vardır ve sıklıkla nazal yapılarla ilişkilidir. Bizim hastamızda orta hat kitlesi alveoler bölgedeydi ve traktı kemiğin içine ilerliyordu. Bu traktın diğer craniofasial yapılarla ilişkili olması muhtemeldir. Kitle sıklıkla dermoid kist, hamartom veya lipomdur. Hastamızda eksize edilen kitle "kavernöz hemajiyom" olarak rapor edildi ve bu literatürdeki ilk vakadır. Santral sinir sisteminde lipom görülebilir ve bu ilerleyen yaşlarda epilepsiye neden olabilir. Bu nedenle ameliyat öncesi kranial MR çekilmesi önerilir. Hastamızın ailesi izin vermediği için MR görüntüleme yapılamadı. Cerrahi tedavisinde birçok teknik tanımlanmakla birlikte superior bazlı prolabial cilt flebinin kullanıldığı bilateral dudak yarığına benzer şekilde kullanılan yöntemler estetik açıdan daha tatmin edici sonuçlar vermektedir.

Sonuç: Yüzdeki orta hat yarıkları sıklıkla sendromlarla ilişkilidir. Burun, alveolar bölge veya frontal bölgede kitleye eşlik eden orta hat dudak yarığı hastalarında pai sendromu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: *dudak, hemanjiyom, kavernöz, pai, sendrom, yarık*

Resim-1

A. Ameliyat öncesi çizim. Prolabial flep planlandı. B. Mid-alveolar polipoid kitle ve çift frenilum arasında alveoler kemikle ilişkili trakt görünüyor. C. Orbikularis oris kası orta hatta onarıldı ve cupid üçgeni, vermilyon, tüberkül oluşturuldu D. Ameliyat sonrası görünüm.

P-023
3. Molar Dişe Açılan Angulus Mandibula Fraktürlerinin Yönetimi

Alper Derviş[1], Özgür Turan[1], Batuhan Uğur Aksoy[1], Berat Metin Adak[2], Ersin Akşam[1]
[1]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Fasiyal iskelet içerisinde en sağlam ve rijit kemik mandibuladır. Bu nedenle en sık kırık (%40-65) mandibulada olmaktadır. 3. molar dişin varlığı nedeniyle kemik kalitesi ve kalınlığının azaldığı angulus mandibula, mandibula fraktürlerinin en sık olduğu bölgedir (%40).Maymun mandibulasında yapılmış deneysel bir çalışmada 3. molar bulunan maymunlarda mandibulaya fraktür oluşturmak için gereken gücün, dişi ekstrakte edilmiş maymunların %60'ı büyüklüğünde olması bunu desteklemektedir. 3. molar ne kadar derinde impaksiyon derecesi ne kadar fazla ise fraktür riski o kadar fazla bulunmuş hatta bazı otörler, yakın temas sporları ile uğraşan bireylerde fraktür riskini azaltmak için proflaktik 3. molar ekstraksiyonunu önermektedir. Bazı otörlere göre de mandibulanın diş içeren alanlarındaki fraktürlerde periodontal ligaman üzerinden ağız içine açıldığı durumlarda enfeksiyon riski artmaktadır. 3. moların yerinde bırakılması fraktür hattının stabilizasyonuna yardımcı olduğunu ve bu sayede de kemik iyileşmesine ve redüksiyonuna faydalı olduğunu savunan yazarlar da bulunmaktadır. Dolayısıyla dişin alınmasının fraktür hattında instabiliteye neden olacağını ve bu durumun deplasmanı ve enfeksiyonu arttıracağını savunmaktadırlar. 3. moların ekstraksiyonunun diş etrafında oluşabilecek olan bakteriyel kolonizasyonu engelleyeceğini savunan görüşler bulunmaktadır. Ayrıca dişin dikkatlice ekstraksiyonunun kemik instabiliteye neden olmadığını savunan ve ayrıca dişin ekstrakte edilmemesinin ileri dönemde uygun kemik iyileşmesini sağlayabilmek için diş ve plakların tekrar opere edilerek alınmasına neden olabileceğini savunan yazarlar da mevcuttur. Mandibular angulus fraktür hattındaki 3. molar dişlerin yönetimi ile ilgili bir guideline bulunmamakta olup çalışmanın amacı bu konuda yapılmış olan çalışmaları derlemek ve kliniğimizde tedavi ettiğimiz benzer hastalar hakkında tecrübelerimizi sunmaktır.

Yöntem ve Metod: Ocak 2019-Temmuz 2020 arasında opere edilen angulus mandibula fraktürlerinden 3. molar dişin fraktür hattında olduğu vakalar retrospektif olarak incelendi. Hastanın yaşı, 3. molar dişe yaklaşımlar, komplikasyonlar (enfeksiyon, non-union, malokluzyon, inferior alvealer hipoestezi, insizyon dehisansı), travma sonrası kaçıncı gün opere edildikleri, deplasman ve parçalı kırık olup olmadığı, Pell and Gregory klasifikasyonuna göre 3. moların impaksiyon derecesi, cerrahi yaklaşım (intermaksiller fiksasyon, arif) kaydedildi. Pub-med'de 3. molar dişe açılan angulus mandibula fraktürlerini konu alan 27 makale bulundu. Yazarların 3. molara yaklaşımları ve komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular: Hastanemizde Ocak 2019-Temmuz 2020 arasında fraktür hattında 3. moların bulunduğu angulus mandibula fraktürü nedeniyle opere olan 18 hasta bulundu. Bu hastalar 13-74 yaş aralığındaydı. Yaş ortalaması 35 idi. 9'unda izole angulus fraktürü, 9'unda parasimfizis ve angulus fraktürü saptandı. Bir hastada parçalı fraktür saptandı. 8 hastada fraktür hattı deplaseydi. Ortalama travma sonrası operasyona alma süresi 7 gündü. Altı hastaya intermaksiller fiksasyon (IMF) ve açık redüksiyon/internal fiksasyon (ARİF) uygulandı. 12 hastaya ARİF uygulandı. İki Hastanın 3. moları ekstrakte edildi. Komplikasyonlar incelendiğinde 3. molar ekstrakte edilmeyen hastaların %37'sinde enfeksiyon, %12'sinde nonunion, %56'sında maloklüzyon, %31'inde hipoestezi gelişti. 3.molar ekstrakte edilen 2 hastadan birinde malokluzyon ve hipoestezi gelişti.

Sonuç: İncelenen 27 makalenin içinden Fernandes ve ark. yaptığı detaylı metaanalizde yer alan 26 çalışmada 3. molar diş ekstraksiyonu yapılan ve yapılmayan hastalar karşılaştırıldığında komplikasyonlardan malokluzyon, nonunion istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış. Enfeksiyon gelişmesi istatiksel olarak anlamlı bulunmamış ancak enfeksiyon gelişmesi 3. molar diş ekstraksiyonu yapılmayan hastalarda daha fazla saptanmıştır.

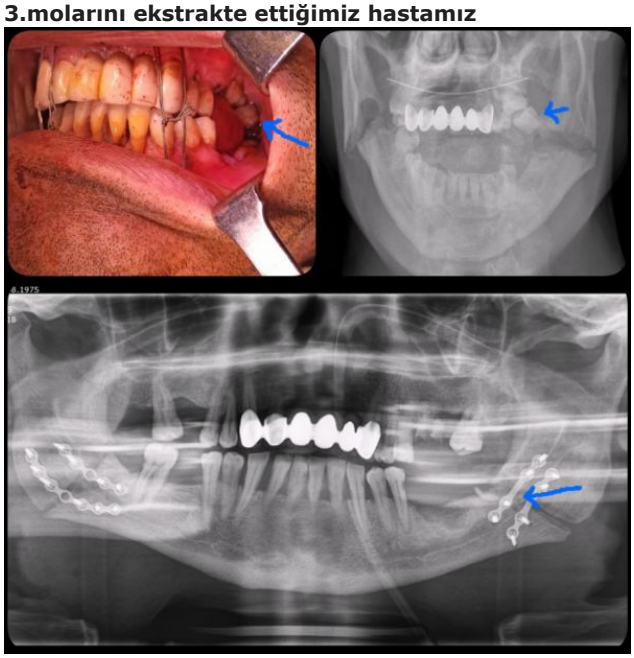
Giovacchini ve ark yaptığı bir meta analizde 3. moların varlığı ve impaksiyon derecesi ile mandibula fraktürü oluşması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu özellikle impaksiyon derecesi Pell & Gregory klas 2-3 ve klas C olan hastalarda görülmüş. Balaji ve ark. yaptığı 116 vakalık seride 61 hastadan M3 ekstrakte edilmiş. 55 hastada M3 korunmuş. Diş ekstraksiyon endikasyonları; diş mobilizasyonu, periapikal patoloji, periodontal patoloji olarak sayılmış. 55 hastanın 29'unda takip eden 3 aylık dönemde benzer nedenlerle M3 ekstraksiyonu yapılmış. En sık neden periodontal patoloji ve takiben periapikal patoloji olarak görülmüş. M3'ün oblik yerleşmesi fraktür hattında ankor etkisi yaratarak kırık hattını stabilizasyonuna yardımcı olabildiği görülmüş. Balaji ve ark. göre düşük komplikasyon oranlarının nedeni tüm impakte olan M3'lerin alınması olarak yorumlanmış. Baykul ve ark. tedavi ettiği 117 vakadaki 121 mandibula fraktürü serisinde tüm hastalara intermaksiller fiksasyon (imf) uygulanmış. 3 hastada sonrasında ARİF gerekmiş. IMF

ortalama 45 günlük bir süreçte uygulanmış. İşlem sonrası hiçbir hastada komplikasyon izlenmemiş. Yazar bu sonuçlar ışığında fraktür hattına uzanan asemptomatik impakte M3'ün, kompleks olmayan fraktürlerde kapalı redüksiyon ile takibinin kemik iyileşmesini bozmadığı ve herhangi bir komplikasyona da neden olmadığını savunmaktadır. Boffano ve ark. yaptığı 8 vakalık bilateral angulus mandibula fraktürü serisinde; yazar M3'ün ekstraksiyon endikasyonları olarak subluksasyon olması veya fraktür redüksiyonunu engellemesi olarak belirlemiş. Ayrıca angulus mandibula fraktürü etiyolojisinde M3'ün yüzeyel (parsiyel) impaksiyonunun derin impaksiyona göre daha fazla fraktür riskine yol açtığını savunmuştur. Bouchard ve ark. yaptığı 78 vakalık angulus mandibula serisinde 42 hastanın M3'ü ekstrakte edilmiş. 25 tanesi yerinde bırakılmış, 11 hastada da yokmuş. M3 ekstrakte edilenlerin %72'sinde enfeksiyon gelişmiş, yerinde bırakılanların %17'sinde enfeksiyon gelişmiş. Ekstrakte edilenleri %71'inde plaklar çıkarılmış. Yerinde bırakılanların %23'ünde plaklar çıkarılmış. Dişi ekstrakte edilenlerde istatiksel olarak anlamlı derecede (OR 6.22, p = 0.007) 6 kat fazla komplikasyon riski saptanmış. Mc Namara ve ark. 2016 yılında 64 hasta üzerinde yaptığı prospektif randomize kontrollü çalışmada angulus fraktürü hattındaki asemptomatik M3 ekstraksiyonu yapılmasının ameliyat süresini uzattığı ve inferior alveolar sinir hasarını istatiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmaya dahil edilen hiçbir hastada yara iyileşme komplikasyonu olmamıştır. Mc Namara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada M3 ekstraksiyonu yapılmasının kesin endikasyon olduğu durumları çalışmalarına dahil etmemişlerdir: Çürük 3. molar diş, peri-apikal ve pericoronit enfeksiyonu, kırık 3. molar diş ve kökü, hareketli diş, 3. molar dişin yeterli redüksiyonu engellediği durumlar, 3. molar diş patolojileri Rai ve ark. 2011 yılında 54 hasta üzerinde yaptığı prospektif randomize kontrolü çalışmada fraktür hattındaki M3 ekstraksiyonu yapılmayan grupta yapılan gruba göre enfeksiyon riskinin ilk 6 haftalık dönem içerisinde anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır. Buna rağmen dişlerin korunması gerektiği önerilmiştir. Postoperatif oklüzyon dereceleri arasında anlamlı fark saptanmamış. Osteosentez derecesi ilk 2 hafta içinde M3 ekstraksiyonu yapılmayan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmış. Ancak sonrasında anlamlı fark saptanmamış. Rai ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada M3 ekstraksiyonu yapılmayan gruptaki 8 devitalize dişten 6 tanesinin canlılığını yavaş yavaş geri kazandığı gösterilmiş.

Yaptığımız araştırma ve tecrübelerimiz doğrultusunda görüşümüz M3 ekstraksiyon endikasyonlarının kısıtlı tutulması; eğer belirgin subluksasyon varsa, apikal hasar, periodontal patoloji varsa ekstraksiyon gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *ekstraksiyon, impaksiyon, Pell ve Gregory Klasifikasyonu*

3.molarını ekstrakte ettiğimiz hastamız



Sol üstte intraoperatif fotoğrafta, sağ üstte preoperatif kafa grafisinde, altta panaromik grafide avülsiye-sublukse olmuş 3. moların görünümü (mavi ok 3.moları göstermekte)

3. Molar Diş Hattından Geçen Angulus Mandibula Fraktürü Vakalarımız

Vakalar	Yaş	Kırık Tipi	Operasyona Alış süresi (gün)	Pell-Gregory Klasifikasyonu	M3 Yaklaşım	Cerrrahi Yaklaşım	Enfeksiyon	Non-union	Maloklüzyon	İnferior Alveolar Hipoestezi	İnsizyon Dehissansı
Vaka 1	38	non deplase	9	Class 1a	-	ARİF	-	-	-	+	-
Vaka 2	30	deplase	5	Class 1a	-	ARİF	+	-	+	+	-
Vaka 3	25	non deplase	7	Class 3b	-	ARİF+IMF	-	-	+	-	-
Vaka 4	22	non deplase	3	Class 2c	-	ARİF	+	-	+	+	-
Vaka 5	24	deplase parçalı	7	M2-M3 ekstrakte	ekstrakte	ARİF	-	-	-	-	-
Vaka 6	28	deplase	3	Class 1b	-	ARİF+IMF	+	-	-	-	-
Vaka 7	27	deplase	7	Class 2b	-	ARİF+IMF	-	-	+	-	-
Vaka 8	32	deplase	12	Class 2a	-	ARİF	-	-	-	-	-
Vaka 9	74	deplase	8	Takma Diş	-	ARİF	-	+	Takma Diş	-	-
Vaka 10	24	non deplase	7	Class 2c	-	ARİF	-	-	+	-	-
Vaka 11	25	non deplase	4	Class 1a	-	ARİF	-	-	+	+	-
Vaka 12	32	non deplase	3	Class 2b	-	ARİF+IMF	-	+	+	-	-
Vaka 13	27	non deplase	8	M3 ekstrakte	ekstrakte	ARİF+IMF	-	-	+	+	-
Vaka 14	39	non deplase	14	Class 2a	-	ARİF	+	-	+	+	-
Vaka 15	28	deplase	2	Class 1a	-	ARİF+IMF	+	-	+	-	-
Vaka 16	13	deplase	16	Class 3c	-	ARİF	-	-	-	-	-
Vaka 17	24	non deplase	6	Class 2a	-	ARİF	-	-	-	-	-
Vaka 18	21	non deplase	8	Class 2a	-	ARİF	+	-	+	-	-

P-024
Eksternal Fiksasyon Yönteminin Falanks Fraktürlerinin Tedavisinde Kullanımı Sonrası El Fonksiyonu Değerlendirlmesi

Özlem Çolak, Selman Taşkın, Türkay Gökeri, Tuğçe Yasak Par, İlker Üşçetin
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hastanesi

Giriş: Metakarp ve falanks fraktürleri travma, iş kazaları, düşme sonrası acilde çok sık rastladığımız yaralanmalardandır. Bu fraktürlerin çoğu konservatif olarak tedavi edilse de, daha az bir hasta popülasyonunda cerrahi tedavi gerekir. İnternal ve eksternal fiksasyon olarak iki tip yöntem bulunur. Eksternal fiksasyon her bir vaka için spesifik uygulamaya yönelik bireysel bir konfigürasyon tasarlanarak yapılır. İdeal kompresyon ve nötral kemik pozisyonunu sağlayıp kemikle ilişkili olan eklemlerin hareketini de koruyabilir. Kırık hattını immobil hale getirip daha hızlı bir şekilde kemik iyileşmesini sağlar ve diğer yöntemlere göre erken mobilizasyona başlama gibi avantajları vardır. Yapılan bu retrospektif çalışmada 2015-2020 arasında falanks fraktürlerinde eksternal fiksasyon ile tedavisi yapılan hastaların fonksiyonel sonuçları değerlendirildi.

Hasta ve Method: 2015- 2020 yılları arasında 19 hasta (14 erkek, 5 kadın), 20 falanks fraktürünün tedavisinde eksternal fiksasyon kullanılmıştır. Çoğunlukla künt travmalar sonrası oluşan bu yaralanmaların, bizim çalışmamızda 5'i düşme sonrası, 4 'ü fiziksel şiddet, 5'i trafik kazası, 5'i ise iş kazası sebebiyle oluşmuştur. %60'ında sağ el, %40'ında ise sol el yaralanması görülmüştür. Vakalarda en çok fraktür görülen parmaklar sırasıyla işaret parmağı (10), baş parmak (6) ve yüzük parmağı (2) olarak görülmüştür.Vakaların çoğu proksimal falanks fraktürü (14), 6'sı midfalanks fraktürü olarak görülmektedir. 9 hastada parsiel veya komplet olarak tendon yaralanması da görüldü. 8 hastada ise ağır derece yumuşak doku zedelenmesi görülmüştür.Hastalar erken zamanda opere edilmiş olup, uygun reduksiyon sağlandıktan sonra pinler belirlenen pozisyonlara sabitlenip kısa kol atele alınmıştır. Operasyon sonrası haftalık takiplere gelen hastaların 3 hafta sonra atel ve eksternal fiksatörleri çıkarılıp, mobilizasyon için fizik tedaviye yönlendirilmiştir. Hastaların kırık parmaktaki, ekstensiyon,fleksiyon ve kavrama hareketleri 3. ay, 6. ay,12. ay ve 18.ay ve 24. ay değerlendirilmiş ve fotoğraflandırılmıştır.

Sonuç: Hastalar ortalama olarak 3 ay fizik tedavi görmüştür. 3 hastada pinler yerlerinden çıkıp fraktür hattında iyileşme görülmediğinden tekrar opere edildi. 1 hastada fraktür hattı disloke olduğundan, tekrar operasyona ihtiyaç duyulmuştur. Hiçbir hastada rotasyonel veya aksiyel deformiteler oluşmamıştır. Hastaların kavrama yeteneklerine fleksiyon,

ekstansiyon, kavrama hareketleri değerlendirilerek 7 hasta İyi fonksiyonel sonuçlara sahip olmuş olup, 10 hasta orta düzeyde fonksiyonelite gösterirken, 2 hasta kötü fonksiyonel sonuçlar elde etmiştir.

Unstabil fraktürü olan hastalar konservatif tedaviden ziyade cerrahi reduksiyon sonrası, fiksasyon yöntemleri ile tedavi edilir. Optimum kemik pozisyonunu, hızlı kemik iyileşmesini ve erken mobilizasyona başlamayı sağlaması açısından önemlidir. Eksternal fiksasyon yönteminin diğer bir avantajı ise yumuşak doku zedelenmesini minimum seviyeye indirmesidir. Fraktürlerin çoğu proksimal falanks seviyesinde görülmüş olup, en sık görülen komplikasyon fikse edilen pinlerin gevşemesi olarak görülmüştür. Hastaların yapılan değerlendirme sonrası eksternal fiksasyonun iyi bir kemik iyileşmesi sağlasa da fonksiyonel olarak sonuçlar beklenilenden daha az tatmin edici olduğu ve kemik iyileşmesi ile fonksiyonal sonuçlar arasında doğrusal bir korelasyon görülmediği sonuçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *eksternal fiksatör, fraktür, falanks fraktürü, el fonksiyonu*

P-026
COVID-19'un etkisinde Estetik Cerrahi ve işlemlere yönelik hasta algı ve motivasyonundaki değişim

Billur Sezgin, Sedat Tatar, Başak Selin Kara, Selahattin Özmen, Reha Yavuzer
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bütün dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınına bağlı elektif prosedürlerin iptali hayati bir önlem olarak devreye girmiş olsa da, global olarak estetik işlemlerin ve ameliyatların askıya alınmasıyla sonuçlanmıştır. Buna bağlı olarak bu erteleme sürecinin ve farklı faktörlerin estetik işlem yaptırmayı planlayan hastalar üzerinde olumsuz etkileri olabileceği öngörülmüştür. Hasta motivasyonu ve algısındaki değişimi saptayabilmek, plastik cerrahi kliniklerinin pandemi sonrası döneme en uygun şekilde hazırlanması için önem arz etmektedir.

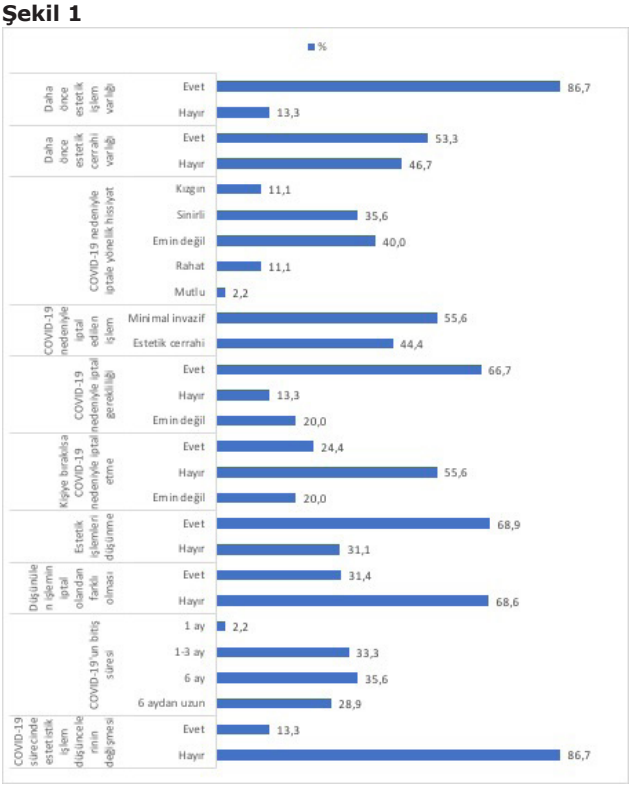
Metod: Bu prospektif anket çalışması, COVID-19'a bağlı olarak estetik cerrahileri veya işlemleri iptal edilen hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın amacı, COVID-19'un estetik cerrahi ve minimal invazif işlemlere olan hasta motivasyonu üzerindeki etkilerini belirlemektir. Pandeminin estetik cerrahi algısı üzerine etkisi ile hasta özellikleri arasında ilişkiler incelenerek elde edilen veriler ile hastaların estetik cerrahiye yönelik algıları ve motivasyonları değerlendirilmiştir (Şekil 1).

Sonuç: Hastaların coğu, ameliyatlarının veya işlemlerinin iptali nedeniyle öfkeli veya hayal kırıklığına uğramış hissetseler de, anlamlı oranda hasta bunun gerekli bir tedbir olduğunu kabul etmişlerdir. Daha önce minimal invazif işlem geçmişi olan hastalar işlemlerinin iptalini anlamlı oranda kabul ederken, bekar hastalarda karar kendilerine bırakılsa tedavilerinin yapılmasını isteme oranları daha yüksek saptanmıştır. Hastaların bir kısmı izolasyon döneminde daha önce düşünmedikleri ek kozmetik prosedür geçirmeyi düşündüklerini belirtirken tüm hastalar, pandemi kontrol altına alındığında estetik işlemlerini yeniden planlayacaklarını belirtmişlerdir.

Tartışma: Estetik cerrahi ve minimal invazif prosedürler için pandemi öncesinde yüksek motivasyona sahip hastalar, pandemi etkileri azaldıktan sonra planlı estetik işlemlerinin yanı sıra yeni işlemlere de açık olarak görülmüşlerdir. Bu süreçten doğabilecek olumsuz ihtimalleri minimuma indirebilmek için plastik cerrahlar hastalarını bilimsel kılavuzlara uygun şekilde bilgilendirmeli ve yönlendirmelidir. Bu amaçla plastik cerrahlar kendi hasta popülasyonlarıyla sosyal medya ve benzer kanallar üzerinden aktif iletişim kurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *botoks, covid-19, motivasyon, pandemi, plastik cerrahi*

Şekil 1



COVID-19 sebebiyle estetik ameliyat/işlemleri iptal edilen hastaların anket verileri

P-027
Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Sonrası Oluşan Vulva ve Perine Defektlerinin Rekonstrüksiyonu

Tolga Aksan[1], Ateş Karateke[2], Orkun Uzuneyüpoğlu[1], Muhammed Beşir Öztürk[1]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Perine defektleri en sık olarak küratif cerrahi rezeksiyonlar nedeniyle oluşur. Daha az sıklıkta olarak travma ve nekrozitan yumuşak doku enfeksiyonları nedenli de oluşabilir. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunun yönetimi defektin büyüklüğü ve yerleşimine, hasta komorbiditelerine, adjuvan tedavilere, hastalığın evresine ve rekonstrüksiyonu yapan cerrahın tecrübesine göre değişmektedir. Estetik ve fonksiyonel açıdan başarılı bir rekonstrüksiyon için yeterli cilt örtüsü ve iyi vaskülerize dokunun ölü boşluk kalmayacak, minimal idrar ve dışkı kontaminasyonu

olacak şekilde defekt alanına transferi gereklidir. Bu çalışmada kliniğimizde jinekolojik kanser cerrahisi sonrası oluşan defektlere uygulanmış rekonstrüksiyon yöntemleri irdelenerek sonuçlar sunulmaktadır.

Materyal-Metod: Mayıs 2018-Temmuz 2020 tarihleri arasında hastanemizde Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği tarafından pelvik-vulvar jinekolojik malignite nedeniyle rezeksiyon yapılan ve oluşan defektin primer onarılması mümkün olmayan hastalarda kliniğimiz tarafından yapılan rekonstrüksiyonlar tarandı. Hastaların demografik bilgileri, yapılan rezeksiyon ameliyatı, defektin özellikleri, rekonstrüksiyonda uygulanan yöntemler, hastanede kalış süreleri değerlendirildi. Histopatolojik tanı, nüks oranları, komplikasyonlar tarandı ve sonuçlar değerlendirildi.Uzun dönem sonuçlar fonksiyonel, görsel ve estetik olarak değerlendirildi. Hastaların memnuniyet oranları ve rekonstrüksiyonun estetik sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 18 hastanın dahil edildiği çalışmada hastaların ortalama yaşı 62,3 idi. Hastaların %90 ında ek hastalıklar bulunmakla birlikte en sık eşlik eden hastalık hipertansiyon du. Üç hastada daha önce farklı bir bölgede malignite öyküsü mevcuttu. Tüm hastalarda tömürün rezeksiyonunu Kadın Doğum Uzmanı tarafından yapıldı. 5 hastada total pelvik egzantrasyon, 2 hastada anterior rezeksiyon, 6 hastada radikal vulvektomi, 3 hastada parsiyel vulvektomi ve bir hastada yüzeysel vulvektomi yapışmıştı. En küçük defekt 4x3 cm en büyük defekt 30x14 cm boyutlarında idi.

Defektlerin rekonstrüksiyonu için 12 hastada bilateral, 3 hastada unilateral uyluk medialinden hazırlanan fasyokutan rotasyon, transpozsyon veya V-Y ilerletme flepleri, bir hastada Rektus abdominis miyokutan flebi ve bir hastada kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandıTotal pelvik egzantrasyon ve anterior rezeksiyon yapılan vakalarda transfer edilen flebin bir kısmı dezepitelize edilerek rezeksiyon nedeniyle pelvik tabanda oluşan defekti doldurmak için kullanıldı(Resim 1).. Komplikasyon olarak 5 hastada yara yeri enfeksiyonu ve kısmi sütür ayrışmaları izlendi. Bunlardan 3 tanesi tekrar opere edilerek resütürasyon uygulandı diğerleri yara bakımı ily iyileşti. Bir hastada parsiyel flep nekrozu olması nedeniyle tekrarlayan operasyonlar sonucu ancak 4 ay sonra yara kapanması sağlanabildi. Bir hastada post op 10. Ayda lokal rekürrens nedeniyle tekrar reeksizyon uygulandı ve defekt fasyokutan lokal fleple tekrar rekonstrükte edildi. Ortalama hastanede yatış süresi 21 gün ortalama takip süresi 12 ay(2-30) olarak tespit edildi.

Sonuç: Jinekolojik malignitelerin radikal rezeksiyonu sonrası vulva ve perine bölgesinde geniş defektler oluşabilmektedir. Bu defektlerin minimal komplikasyon ile rekonstrüksiyonu amaçlanarak her hastanın ve defektin özelliğine göre bireysel olarak planlanmalıdır. Bu bölgedeki defektlerde çoğu zaman lokal dokular defektlerin kapatılması için yeterlidir. Minimal morbiditele ve iyileşme sürecinin kısa tutulması özellikle ileri evre hastalarda adjuvan tedavilere ihtiyaç duyulabileceği için dikkate alınmalıdır. Özellikle vajen mukozası ve derinin birbirine sütüre edildiği vulvektomi olgularında gerek bölgenin maserasyona ve enfeksiyona yatkın olması gerekse farklı özelliklerdeki dokuların birbirine sütüre edilmesine bağlı olarak yara iyileşmesi sürecinin uzayabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Vulvar kanser, uterin kanser, vajinal kanser, vulvektomi, perineal ekzantrasyon*

VULVAR SCC SONRASI DEFEKT REKONSTRÜKSİYONU

Skuamöz hücreli karsinom nedeniyle pelvik egzantrasyon yapılan(A) hastanın defektini kapatmak üzere uyluk iç yüzünden anterior tabanlı fasiyokütan rotasyon flepleri kaldırılarak uç kısımları deepitelize edildi(B), pelvis içindeki boşluğu doldurulmak üzere kullanıldı(C) ve cilt defekt kapatıldı(D). Hastanın post operatif 5 ay görüntüsü(E).

P-028
Video-endoskopik kaldırıcı cerrahi kol: plastik cerrahide kullanım ve 3 boyutlu yazıcılarla üretim

Yakup Avşar
Özel Avşar Polikliniği, Istanbul

Giriş: Estetik cerrahide video-endoskopinin kullanımı genelde teşhis ve belgelendirme amaçlı olup kısıtlı bir şekilde cilt altı cerrahisinde zaman zaman tanıtılmıştır. Gerek cerrahi sahaya ayak uydurma ve kullanım zorluğu gerekse oluşturduğu ek maliyetler nedeni ile, bu sistemin günlük kullanımda yaygınlaşması doğal olarak engellenmiştir. Bu engellere rağmen üst düzey cerrahi yöntemlerinde kullanılabilmesi her zaman cerrahlar tarafından merak edilip desteklenmiştir.

Amaç: Video-endoskopinin sağladığı üstünlükler göz önüne alınarak bu yöntemin elverişli plastik cerrahi alanlarında uygulanması bu çalışmada ele alınmıştır. Cerrahi alan büyütme ve odaklama yeteneği, cerrahi giriş noktasından uzak kalan bölgelere ulaşım kolaylığı, üstün kanama kontrolu kabiliyeti, cerrahın sağlıklı duruşuna yardımcı olabilmesi, belgelendirme ve eğitimde kullanım olanağı bu yöntemin uygulamasını gerektirenler arasında yer almaktadır.

Araç ve Gereç: Video-endoskopi yönteminin plastik cerrahide kolayca kullanılabilmesi için bu çalışmada üç temel odak noktası belirtilmektedir: flexible video-endoskop sistemi; doku kaldırıcı ve tutucu retraktör; cerrahi kolu taşıyan mobil araç. Kolu taşıyan araç ameliyathanede serbest dolaşabilen bir mekanik yapı olup, retraktör aracılığıyla flexible video-endoskobu cerrahi sahaya odaklamaktadır. Estetik ve

işlevsel burun estetiğinde, endoskopik üst ve orta yüz germede, koltuk altından meme büyütme ameliyatında ve protezle popo büyütme ameliyatlarında kullanılmak üzere çeşitli retraktör tasarımlarına sahip bu sistemin tasarım detayları ve 3 boyutlu yazıcılarla üretim seyri anlatılmıştır.

Sonuç: Oluşturduğu maliyet sıkıntısına rağmen sağladığı üstünlükler ve kalite kontrol nedeni ile bu yöntemin tanıtım gerekçesi daha ziyade geleceğe yönelik yeni ufukların genç ve girişimci plastik cerrahlara tanıtılması, rekonstrüktif cerrahlar tarafından olası elverişli ameliyatlarda kullanılabilmesi, plastik cerrahların endoskopik cerrahi ile daha içli dışlı olması ve üç boyutlu yazıcılarla yeni nesil üretim sahasının göz önüne serilmesidir.

Anahtar Kelimeler: *Cerrahi Kol, Endoskopik retraktör, Endoskopik Rinoplasti, üç boyutlu yazıcı, Video-endoskopik estetik cerrahi*

P-030
Ağızıçi Kanserlerin Ablasyonu Sonrasında Gelişen Defektlerin Serbest Fleplerle Rekonstrüksiyonu: Deneyimlerimiz

Burak Özkan[1], Çağrı Ahmet Uysal[1], Selim Erbek[2], Alper Köycü[2], Abbas Albayati[1], Süleyman Savran[1], Erdinç Aydın[2], Nilgün Markal Ertaş[1]
[1]Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Onkolojik rezeksiyonlar sonrasında oluşan ağız içi defektlerin kapatılmasında tercih edilecek rekonstrüksiyon yöntemini belirleyen en önemli noktalar; defektin yerleşimi, defektin genişliği ve hastalığın evresidir. Ağız tabanı veya ağız içi döşemesine yerleşimli defektlerin kapatılmasında hedef; ağız tabanının restorasyonunu sağlarken, buradaki tükürük ve katı-sıvı gıdaların boyuna veya ağız dışına sızması ve kaçağına müsaade etmeyecek şekilde yapılmasıdır. Bu hedefi sağlarken, hastanın yutma ve çiğneme fonksiyonlarının gözetilmesi diğer önemli hususdur. Ağız tavanına yerleşimli defektlerde ise amaç orta yüz ile ağız içi boşluğun ayrımını sağlamak, konuşma fonksiyonun kaybını en az seviyede tutmak, ağız içi sıvı ve gıdaların burun boşluğuna kaçışına müsaade etmeyecek kapamayı sağlamaktır. Bu çalışmadaki amacımız, onkolojik cerrahi sonrasında gelişmiş ağız içi defektlerin kapatılmasında kullandığımız serbest flepleri defektlerin genişliği ve lokalizasyonu eksenli retrospektif olarak incelemek ve tecrübelerimizi paylaşılmaktır.

Gereç ve Yöntem: 2015 ve 2020 yılları arasında Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü tarafından toplam onkolojik rezeksiyon sonrası ağız içi defekti gelişmiş 13 hastaya serbest fleplerle onarım yapıldı. Tüm hastaların tümör ablasyonları ve lenfatik diseksiyonları Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları tarafından yapılırken, hastalar sonrasında intraoperatif olarak devralınarak rekonstrüksiyonları eş seansta gerçekleştirildi. Fleplerin kaldırılması için defektin nihai boyutunun belirlenmesi beklendi. Radyal ön kol flebi için baskın olmayan ekstremite kullanılırken, latissimus dorsi flebi için hastalar alıcı sahanın hazırlanmasının ardından lateral dekübit pozisyonuna alınmıştır.

Bulgular: Hastaların 9'u erkek, 4'ü kadındı. Yaş ortalaması 54.3'idi (22-84). Defektlerin lokalizasyonu 9 hastada ağız tabanı, 4 hastada ağız tavanıydı. Defektlerin ortalama çapı 105 cm2 (5x4/17x14cm)'idi 6 hastaya tümör ablasyonuna ek olarak ipsilateral radikal boyun diseksiyonu yapıldı. 7 hastaya serbest radyal ön kol flebi, 4 hastaya latissimus dorsi kas deri flebi 2 hastaya serbest fibula flebi uygulandı. Ağız tabanına eşlik eden mandibula defekti olan 6 hastadan 2 sine serbest fibula flebi, 4 hastaya ise 2.4mm profilli titanyum rekonstrüksiyon plağıyla mandibyla rekonstrüksiyonu yapıldı. Arter anastomozları 9 hastada fasial artere, 3 hastada superior tiroid artere, 1 hastada lingual artere yapıldı. Ven anastomozları 8 hastada fasial vene, 3 external juguler. 2 hastada anterior juguler vene yapıldı. Intraoral tümörlerin patolojileri, yapılan flepler, komplikasyonlar ve hastaların blgilerin Tablo 1' de sunulmuştur. Ortalama yoğun bakım kalii süresi 2.6 (1-4) gün'dü. Ortalama takip süresi 434 gün (90-1700)'dü.

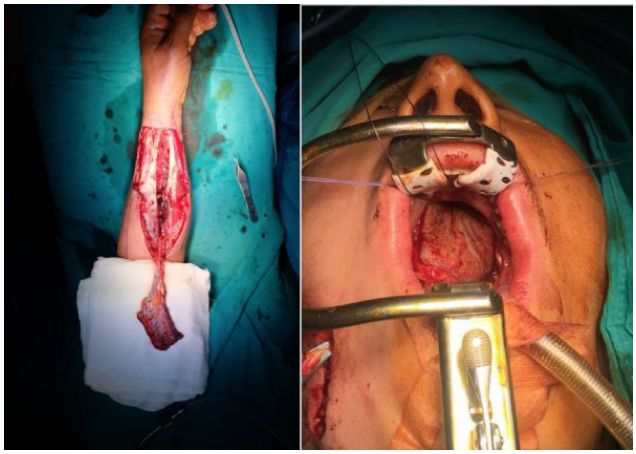
Sonuçlar: Hiçbir flep kaybedilmedi. 1 hastada post-operatif 10. Saatte venöz yetmezlik tespit edilmesi üzerine revizyona alındı, venöz tromboz tespit edildi ve ven anostomozları yenilendi. Takibinde sorunla karşılaşılmadı. 1 hastada post operatif 18. Saatte boyun diseskiyon sahasında flep pedikülüne basan, cildi eleve etmiş hematom tespildi. Hasta operasyona alınarak hematom boşaltıdı (Şekil 1) 1 hastada operasyonun 20. Gününde rekonstrüksiyon plağı alt dudak mentum arasındaki cilt insizyonundan ekspoze oldu, plak tekrar eğilerek yeniden tespit sağlandı ve cilt defekti sekonder iyileşti. 6 hastaya adjuvan radyoterapi verildi. Radyoterapi sonrası 1 hastada osteoradyonekroza sekonder plak ekspozisyonu gelişti. Takiplerinde 4 hastada rekürrens gelişti. Rekürrens gelişen 3'ünde yeniden cerrahi yapıldı. Bu hastalara serbest flep cerrahisi uygulanmadı pektoralis majör ve pediküllü lattissimus dorsi kas deri flebi ile onarım sağlandı. 1 hastada uzak metastaz gelişti ve hasta takibin 5 yılında kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç: Serimizdeki tüm hastalar primer rezekisyon cerrahisi hastalarıdır ve preoperatif radyoterapi öyküleri yoktur. Bu hastalarda yapılacak geniş rezeksiyonlar hastalığın erken dönemde lokal nükslerin engellenmesi için önem arz etmektedir. Her ne kadar geniş cerrahi eksizyonlar yapılacak olsa da ağız içi tümörlerinde ilk beş senedeki nüks oranları %30-40 olarak bildirilmiştir 4. Kendi serimizde nüks oranımız %30.7'dir ve literatürle uyumludur. Bu hastalar primer tümörü ağız tabanı ve mandibuler tutulumun olduğu T4 hastalardır. Nüks ihtimalinin daha yüksek olduğu T3-T4 ve lenf nodül tutulumu olan hastalarda, hastayı mümkün olabilecek en kısa sürede defektlerini kapatarak post operatif radyoterapi alacak şekilde hazırlamak ve tercih edilecek yöntemin radyoterapiye dirençli olmasına önem göstermek gerekmektedir. Bu nedenle kliniğimizde T3-T4, lenf nodül tutulumu olan radyoterapi planlanan mandibula defekti içeren ağız tabanı defektlerinde mandibula rekonstrüksiyonunu rekonstrüksiyon plağı ile yaparken, ağız tabanı döşemesini en uygun kalınlıkta az yağ dokusu içeren ve radyoterapi sonrası yağ nekrozu en az görülecek flep olarak tercih etmeye çalışıyoruz. Nitekim serimizde rekürrens görülmüş hastalarda mandibuler onarımlar rekonstriksiyon plağı ile yapılmıştır. Serbest fibula flebi yaptığımız hastalar primer tümörü mandibula orjinli ve oral mukozal tutulumu minimal olan hastalardır. Tercih edilecek flepten bağımsız olarak mikrocerrahi ile flep transferinde komplikasyonları flebe ait sorunlar ve lokal problemler olarak ikiye ayırabiliriz. Flebe ait sorunlar; arteryel ve venöz akımın durmasına sebep olacak vasküler ve lokal nedenlerdir. En sık görülen vasküler sorunlar; trombüs gelişimi, anostomozda teknik hata, pedikülün katlanması, vazospazmdır. Lokal nedenler flep üzerine sıkı pansuman, hastanın yanlış pozisyonu, pediküle baskıya neden olan hematom gelişimidir. Tüm bu komplikasyonların erken tespiti ve tedavisi için sık flep takibi mutlak gereklidir. Flep dolaşımını sıklığı ilk iki gün iki saatte bir ve sonraki günler dört saatte bir olacak şekilde, 8hz el doppleri ile ve kapiller dolum testi ile yapıyoruz. El doppleri flep çevresindeki arteryel akımlardan da etkilenebileceği için literatürde kapiller dolum testi altın standart olarak

kabul görmektedir. Kapiller dolumdaki yavaşlama ve flep renginde solukluk arteryel akımda azalmayı gösterirken, kapiller dolumun hızlanması ve flep renginde koyulaşma venöz yetmezlik lehine muayene bulgularıdır ve şüphe halinde pedikülün eksplore edilmesi gerekmektedir. Pedikül çevresine yerleştirilen penröz drenlerin ve pedikülden uzak flep altına dren yerleştirilmesini pediküle baskı yapacak koleksiyonların oluşmaması için önemli olduğunu düşünüyoruz. Bunlara rağmen boyun diseksiyonu alanında hematom gelişen bir hastamızda flepte herhangi bir soruna neden olmadan hematom boşaltılmış ve flep kaybı yaşanmamıştır. Serimizde flep kaybı yaşanmamasını erken tespit edilen pediküle bağlı veya lokal sorunlara erken müdahalesi şeklinde yorumluyoruz.

Anahtar Kelimeler: *intraoral tümörler, ağız içi kanserleri, serbest flepler, radyal ön kol flebi, latissimus dersi kas deri flebi, serbest fibula flebi*

Resim 1



Mukoepidermoid karsinom eksizyonu sonrası oluşan palatal defektin serbest radyal ön kol flebi ile kapatılması, flep adaptasyonu esnasında görünüm.

Tablo 1

	Ağız tabanı n:9	Ağız tavanı n:4
Buccal mukoza tutulumu	n:2	n:0
Posterior farinks tutulumu	n:0	n:2
Serbest radyal ön kol	n:5	n:2
Serbest lattissimus dorsi	n:2	n:2
Serbest fibula	n:2	n:0
Flep kaybı	n:0	n:0
Rekürrens	n:4	n:0

Ağız tabanı ve Ağız tavanı defektleri olan 13 hastanın analizi

P-031
Alışılmadık yaş grubunda nadir tümör: Falanksta pediatrik bizar periostal osteokondromatöz proliferasyon(BPOP)

Murat Çelik[1], Murat Kara[1], Koray Gürsoy[1], Hatice Ünverdi[2], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Bizar perioestal osteokondromatöz proliferasyon (BPOP), 1983 yılında Nora ve ark. tarafından tanımlanmıştır. BPOP kemik, kartilaj ve fibröz dokunun ekzofitik büyümesidir. BPOP rölatif olarak nadir bir hastalıktır ve genel olarak el ve ayakların küçük kemiklerinde kemik kitlesi olarak kendi gösterir.

Literatürde, BPOP olarak yaklaşık 200 vaka tanımlanmıştır. Ancak, bu vakaların büyük çoğunluğu erişkin yaş grubunda tanımlanmıştır ve pediatrik yaş grubunda BPOP sıklığı oldukça nadirdir. Olgu sunumunda 6 yaşındaki bir kız hastanın 4. parmak midfalanksında bulunan bir BPOP vakasını raporluyoruz. Bu çalışmanın amacı, nadir olan bu vakanın sunularak tedavi ve takip yönünden literatüre katkıda bulunmaktır.

Vaka Sunumu: 6 yaşındaki kız hasta sol el 4.parmağında 4 ay önce ortaya çıkan şişkinlikle başvurmuştur. Travma hikayesi ve vücutta başka bir şişkinlik hikayesi olmayıp, muayenede, 4.parmak ulnar yan midfalanks seviyesinde 1cmx1cm boyutunda ağrısız, sert, immobil şişkinlik görülmüştür.(Resim 1)

Radyografilerde lezyon bölgesinde ektopik kalsifikasyon izlenmiştir. Falengial kemiğin korteksin sınırları düzensiz olarak izlenmiştir. Preoperatif çekilen BT incelemesi BPOP ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Lezyon üzerindeki psödokapsülle birlikte piezoelektrik cihaz kullanılarak en-blok eksize edilmiştir. Takiben tabandaki periost ve düzensiz kortikal alanlar kürete edilmiştir. Lezyonun histopatolojik inceleme sonucu BPOP olarak raporlanmıştır.

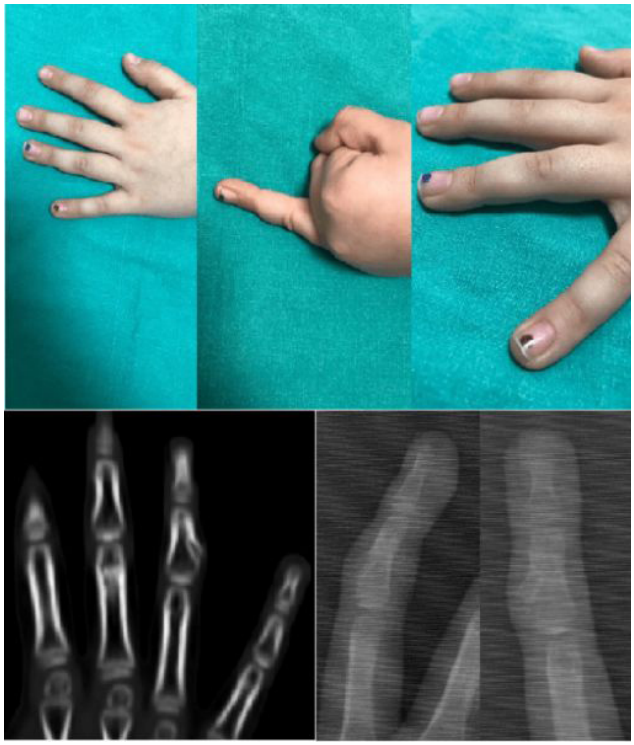
Hasta post-operatif 4 hafta parmak atel ile takip edilmiştir. 4.hafta takibinde parmak hareketleri ve diğer muayeneleri doğal olarak izlenmiştir. Hasta rehabilitasyon için fizyoterapiye ve takip protokolleri için pediatrik onkolojiye yönlendirilmiştir. Hastanın 8.ay takiplerde rekürrens izlenmemiştir.

Cerrahi eksizyondan sonra rekürrens oranları %50'lere kadar çıkabilir. Bu yüzden literatürde geniş eksizyonu öneren çalışmalar vardır. Bu çalışmada da geniş eksizyon uygulanmıştır.

Sonuç: BPOP genel olarak yetişkinleri etkileyen, pediatrik yaş grubunda nadir görülen bir lezyondur. Bu yüzden literatürde BPOP'un tedavisi ve takibi konusunde yeterli veri yoktur. Tedavi protokollerinin belirlenmesi ve rekürrens oranlarının ortaya konması için geniş hasta serilerinde uzun takip süreli çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Bizarre periostal osteokondramatöz proliferasyon, BPOP, El tümörleri, Nora lezyonu, Pediatrik*

Resim 1



BPOP preop foto/ grafi / BT

P-032
Medial uyluk masif lokalize lenfödeminin cerrahi yönetimi: Eksizyon ve onarım seçenekleri

Fuat Barış Bengür[1], Atilla Soran[2], Tahsin Oğuz Acartürk[1]
[1]University of Pittsburgh, Department of Plastic Surgery, Pittsburgh, PA
[2]University of Pittsburgh, Department of Surgery, Division of Surgical Oncology, Pittsburgh, PA

Giriş: Morbid obez hastalarda gittikçe artan bir problem olan masif lokalize lenfödem, lenfoproliferatif aşırı büyüme bağlı olarak lenfatik dolaşımın bozulması sebebiyle meydana gelmektedir. Klasik olarak yavaş büyüyen, sarkık, ağrısız bir kitle şeklinde görülmektedir. Altta yatan sebebin obezite olduğu düşünüldüğü için, hastaların tedavisinde kilo verme ya da bariatrik cerrahi önerilmektedir. Ancak kasık bölgesindeki büyük kitleler hastaların hareket kabiliyetlerini kısıtlamaktadır ve bu hastaların cerrahi yönetimi son derece zorludur. Çalışmanın amacı medial uyluk bölgesinde masif lokalize lenfödem gelişen hastaların ihtiyacına göre şekillendirilen farklı cerrahi tedavi seçeneklerini sunmaktır.

Materyal/Metod: 2017-2020 yılları arasında masif lokalize lenfödem tanılı 8 hastaya küçültme ve onarım ameliyatı uygulanmıştır. Hastaların tamamında liposuction yardımıyla eksizyon amaçlanmıştır. Liposuction işleminden sonra keskin diseksiyonla, dokuları ayırıp keserek eksizyon uygulanmıştır. Kama şeklinde tamamlanan eksizyonun ardından oluşan defekt, kitap flebi olarak da adlandırılan posteromedial uyluk flebi ile onarılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama vücut kitle endeksi 66.9±11.1'dir (aralık 45.6-72.2). Bir hastada ikinci bir işlemle kontralateral taraftaki kitle de küçültülmüş ve başka bir hastada da ipsilateral taraftaki kitle tekrarlanması nedeniyle ikinci kez ameliyat edilerek, toplamda 10 işlem uygulanmıştır. Liposuction yardımıyla eksizyon 7 hastada uygulanabilmiştir. Çıkarılan kitlelerin ortalama ağırlığı 3170.5 gramdır (aralık 900-44906 g). 5 işlemden sonra komplikasyon izlenmiştir (5/10, 50%), ve en sık izlenen komplikasyon yara açılmasıdır. Bir hastada eksizyondan 10 ay sonra aynı esktremitenin distalinde anjiosarkom gelişmiştir (1/8, 13%).

Sonuç: İdeal olarak masif lokalize lenfödem hastalarının eksizyon işlemlerinden önce kilo vermesi önerilse de, seçilmiş hastalarda, hastaların hareket kabiliyetini artırmak için kitle eksizyonu uygulanabilir. Eksizyon ve onarım yöntemleri değişmekle birlikte, hastaların ihtiyacına göre şekillendirilebilir. Liposcution kullanımı hem eksizyonu hem de onarımı kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: *lenfödem, liposuction, masif lokalize lenfödem, posteromedial uyluk flebi*

P-033
Vasküler tümör ön tanılı lezyonlar

Özlem Çolak, Mahir Gökbulut, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak Par, Semih Tiber Menteşe, İlker Üsçetin
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hastanesi

KUTANÖZ VASKÜLER LEZYON ÖN TANISI İLE EKSİZYON YAPILAN 221 HASTANIN PATOLOJİ SONUÇLARININDEĞERLENDİRİLMESİ VE EPİDEMİYOLOJİK İNCELEMESİ

Giriş: Kutanözvasküler tümörler çoğunlukla çocukluk çağında görülmekle beraber LobülerKapillerHemanjiyomlar en sık 2. dekatta ortaya çıkar.(1) Hemanjiyomlar en sık baş ve boyun bölgesinde ve bunu takiben gövdede izlenir. Hemanjiyomlar,vaskülerendotel hücrelerin çoğalması sonucu oluşan, çocukluk çağının en sık görülen benign tümörleridir ve genellikle tedavi gerektirmez.Çoğunlukla çocukluk döneminde hızlı büyüme, estetik kaygı, hava yolu obstrüksiyonu ve tekrarlayan ciddi kanamalar tedavi endikasyonları oluşturmaktadır. Bu çalışmada, son 5 yılda tarafımıza başvuran, klinik ve radyolojik olarak kutanözvasküler lezyon ön tanısı konan ve cerrahi eksizyon yapılan hastalarda epidemiyolojik verilen ve patoloji bulgularının gözden geçirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod: 2015-2020 yılları arasında kliniğimize başvuran ve kutanözvasküler tümör ön tanısı ile eksizyonel biyopsi uygulanan 221 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, tümör lokalizasyonu ve patoloji sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların patolojik incelemesinde 158 hastada KutanözHemanjiyom, 4 hastada Lenfanjiyom, 59 hastada LobülerKapillerHemanjiyom(PyojenikGranülom) saptandı. KutanözHemanjiyom tanılı hastalarda (66K, 92E) ortalama yaş 42 olarak saptandı. 81 lezyon baş ve boyunda(%51,2), 24 lezyon gövdede(%15,1), 17 lezyon alt ekstremitede(%10,7), 36 lezyon üst ekstremitede(%22,7) saptandı. Lenfanjiyom saptanan 4 hastanın(1E, 3K) ortalama yaşı 33 olarak saptandı. 3 lezyon baş ve boyunda(%75) 1 lezyon gövdede(%25) saptandı. PyojenikGranülom tanısı alan 59 hastanın(34E, 25K) 34'ünün lezyonu üst ekstremitede(57,6), 16'sının lezyonu

baş ve boyunda(27,1), 5'inin lezyonu gövdede(%8,4), 4'ünün lezyonu alt ekstremitede(%6,7) saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Hemanjiyom terimi hücresel proliferasyonla büyüyen bir vasküler tümörü ifade eder. Endotelyal hücre yapımında artış tespit edilir. Ayrıca neoanjiogenezde rol oynayan mast hücreleri proliferasyon fazında artarken involüsyon fazında normal seviyelere döner. Vaskülermalformasyonlar ise vaskülermorfogenezdeki hatalar sonucu oluşur. Hücresel hiperplazi yoktur. Damarlarda progresifektazi görülür (2).Hemanjiyomlar genellikle doğum sırasında görülmezken, doğum sonrası hızla büyüme ve çok yavaş involüsyonla karakterizedir. Kızlarda erkeklerden 3 kat fazla görülür. Bizim çalışma grubumuzda Erkek /Kadın oranı 1.39 olarak tespit edilmiştir. Spontaninvolüsyonun varlığının anlaşılmasıyla hemanjiom tedavisi yeni bir boyut kazanmıştır. Çoğu hemanjiyomda hiçbir şey yapmaya gerek kalmayacağından hastaya zaman tanınmalı ve zarar verecek girişimler yapılmamalıdır. İnfantilhemanjiyom tedavisinde kortikosteroid, propraponol, interferon alfa ve siklofosfamid veyavinkristin gibi kemoterapotik ilaçların yanında lokal olarak da lazer tedavisi, intralezyonelsteroid, intralezyonelpropranolol ve cerrahi eksizyon gibi yöntemler kullanılmaktadır. İnfantilhemanjiyomun tedavisinde kortikosteroidler uzun yıllardır ilk tercih olmakla beraber son yıllarda oral propranolol de kullanılmaya başlanmıştır.Propranolol diğer medikal ve cerrahi tedavi yöntemlere göre hipoglisemi, bradikardi, hipotansiyon gibi kısmen tolere edilebilir ve daha az sayıdaki yan etkileri nedeni ile infantilhemanjiyomun tedavisinde tercih edilmeye başlanmıştır.Ayrıca tedaviye hızlı cevap alınması da önemli bir avantajıdır. Cerrahi tedavi üç dönemde değerlendirilebilir. Bebeklik döneminde cerrahi tedavi nadiren uygulanır. Hayatı tehdit edici ve obstrüksiyona yol açarak fizyolojik işlevleri bozan lezyonlarda propranololtedavisine yanıt alınamazsa cerrahi eksizyon gerekir. Okul öncesi dönemde özellikle yüz bölgesinde yerleşen ve çocukta oluşacak olan vücut imajını etkileyerek psikolojik problemlere yol açabilecek lezyonlarda hemanjiyomun büyüklüğü, lokalizasyonu ve involüsyon sonucu gelişebilecek sonuçlar göz önüne alınarak eksizyon yapılabilir. Geç çocukluk ve adölesan döneminde ise regresyona uğramış olan lezyonun eksizyonu için 8-12 yaşına kadar beklemek uygundur. Bizim vakalarımızdan cerrahi yapılan hemanjiomlu hastalar için aritmetik yaş ortalaması 42 idi.Hemanjiomun büyüklüğü, lokalizasyonu ve çevre dokuların özelliğine göre primereksizyon, aşamalı eksizyon, doku genişletilmesi gibi teknikler kullanılabilir. Bebeklik döneminde enfekte ve ülsere hemanjiomlar nedeniyle fasiyal yapılar gelişmemiş olabilir ve lokal yada uzak fleplerle rekonstrüksiyon gerekebilir.Tedavi ettiğimiz 97(%61.4) hastada eksizyon sonrası primer onarım yapılırken, 61(%38,6) hastada oluşan defekte yönelik lokal ilerletme, rotasyon veya transpozisyonfleplerı ile onarım yapılmıştır

REFERANSLAR
1. Lobular capillaryhemangiomas: An epidemiologicreport, withemphasis on cutaneouslesions. J AmAcadDermatol. 2000; 42(6):1012-6 (ISSN: 0190-9622) Harris MN; Desai R; Chuang TY; Hood AF; Mirowski GW 2.Mulliken JB. CutaneousVascularAnomalies. InMcCarthyPlasticSurgery 1990. W.B. SaundersCompany 3191-3265

Anahtar Kelimeler: *hemanjiom, vasküler, lezyon*

P-035
Hipertrofik Skar ve Keloid Tedavisinde Klinik Yaklaşımımız ve Güncel Literatür Taraması

Süleyman Köken, Özgür Turan, Meltem Ayhan Oral, Erhan Sönmez
Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; İzmir

Giriş-Amaç: Yara iyileşmesi birçok hücre tipinin; çeşitli mediatörler aracılığıyla birbirlerini etkilemeleri sonucu oluşan, yeterli miktarda yapısal proteinin üretilmesini gerektiren karmaşık bir süreçtir(1). Bu süreçte bilinmeyen bazı nedenlerle ortaya çıkan sapmalar sonucunda ise aşırı skar oluşumu ile karakterize olan hipertrofik skar ve keloid gelişir(2). Bu sunumda hipertrofik skarlar ve keloidler için kliniğimizde kullandığımız tedavi yaklaşımımız ile güncel litetatürde var olan tedavi yöntemleri ve araştırılmakta olan stratejileri sunmaktayız.

Metod: Pudmed taramasında "hypertrophic scar or keloid and treatment" taraması yapıldı. Çıkan sonuçlar; son 5 yılda yayınlanan, kitap ve dergi bölümlerini, klinik çalışmaları ve randomize kontrollü çalışmaları içerecek şekilde filtrelendi. Tespit edilen 90 çalışma incelemeye alındı.

Vaka takdimi: 21 yaşındaki kadın hastanın sol kulak heliksi ortasında; kulak delinmesini takiben postoperatif geç dönemde keloid formasyonu gözlenmiştir. Hasta keloid nedeniyle; başka bir merkezin plastik cerrahi kliniğinde 2 kez opere edilmiştir. Fakat keloid formasyonu aynı yerde ve daha büyük boyutta tekrar ortaya çıkmıştır. Hastadan alınan anamnezden öğrenildiğine göre nüks gelişmesini önlemek amacıyla eksizyona ek olarak başka bir tedavi yöntemi uygulanmamıştır. Hastayla yapılan görüşme sonrası hastaya keloidin eksizyonu ve postoperatif 1.gün radyoterapi planlandı. Eksizyon sonrası oluşan defekt alanı tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Postoperatif 1. Gün operasyon sahasına radyoterapi uygulandı. Şu an postoperatif 1. Yılını dolduran hastanın herhangi bir şikayeti yoktur ve nüks bulgusu saptanmamıştır.

Tartışma: Yara iyileşmesi birçok hücre tipinin; çeşitli mediatörler aracılığıyla birbirlerini etkilemeleri sonucu oluşan, yeterli miktarda yapısal proteinin üretilmesini gerektiren karmaşık bir süreçtir. Tüm bu süreç sonucunda ortaya çıkan skar dokusu normalde zamanla yumuşar, gevşer ve daha düz hale gelir. Bu süreçte bilinmeyen bazı nedenlerle ortaya çıkan sapmalar sonucunda ise aşırı skar oluşumu ile karakterize olan hipertrofik skar ve keloid gelişir(2). Hipertrofik skarlar yaranın sınırlarının dışına çıkmazlar ve bu özellikleri ile karakterizedirler. Etraftaki dokuları iterek büyürler. Çoğunlukla asemptomatik seyretmektedirler fakat bazen ağrı ve kaşıntıya neden olabilirler. Keloidler ise oluşan yaranın sınırlarını aşarlar ve çevre dokulara invaze olmalarıyla karakterizedirler(3). Normal skar oluşumunun hangi aşamasında sapmanın oluştuğunu anlamak için çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda; anormal skarların oluşumu ile birçok hipotez ortaya konulmuş olsa da hiçbir faktörün tek başına hipertrofik skar veya keloide yol açtığı gösterilmemiştir. Sonuç olarak; hipertrofik skar veya keloid oluşumu yara ortamı veya bireysel farklılıklardan kaynaklanan birçok faktörün etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu yüzden; anormal skarların tedavisi konusunda belli başlı uygulamalar dışında yaygın olarak kabul görmüş tedavi modalitesi de çok az sayıdadır. Anormal skarların tedavisi üzerine de çokça araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların birçoğu teorikte başarılı bulunsa da çok azı klinik uygulamalara yansımıştır. Aşağıdaki tabloda; yapılan araştırmalar sonucu ortaya konulan tedavi yaklaşımları kategorize edilmiştir.

Önleyici yöntemler
• Gerilimsiz primer Kapatma
• Pasif Mekanik Stabilizasyon
• Flavonoidler (iz azaltıcı/önleyici kremler)
• Kompresyon Tedavisi
Kullanımdaki tedaviler
• Skar Revizyonu Cerrahisi
• Kortikosteroid kullanımı
• Kriyoterapi uygulamaları
• Radyoterapi
• Lazer uygulamaları
• 5-Fluorourasil
Yeni ortaya çıkan tedavi stratejileri
• Mezenkimal Kök Hücre Tedavisi
• Yağ Grefti uygulaması
• İnterferon
• Rekombinant TGF-B izoformları
• Botulinum Toksin A uygulamaları
• Bleomisin
• Prp uygulaması
• Hyalüronik asit uygulaması

Sonuç olarak; süreçler çok karmaşık olduğu için, hipertrofik skar ve keloid oluşumunun altında yatan kesin mekanizmalar henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamıştır. Şu ana kadar, profilaksi ve tedavi stratejileri adı altında yapılanlar asıl olarak inflamasyonu azaltmaya odaklanmıştır. Anormal skar dokularının oluşumuna neden olduğu düşünülen genleri ve mediatörleri hedefleyen diğer tedaviler, klinik uygulamaya sokulmadan önce daha fazla çalışma gerektirir.

Anahtar Kelimeler: *hipertrofik skar, keloid, skar revizyonu, yara izi tedavisi*

Resim1

sol kulak heliksinde keloid eksizyonu preoperatif görünümü ve postoperatif 1.yıl görünümü

P-038
Stahl Kulak Deformitesinin Cerrahi Onarımında Alternatif Bir Çözüm; Helikal Krus Turnover Flebi

Yunus Çınar[1], Burkay Akduman[1], Galip Gencay Üstün[2], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Stahl Kulağı 'Mr.Spock Kulağı' ya da 'Elf Kulağı' olarak bilinen nadir görülen konjenital bir kulak malformasyonudur. Kulağın antiheliksinden başlayıp aurikulanın üst polüne uzanan anormal 3.crusu içermekte olan bu deformite 19.yüzyılda Stahl tarafından tanımlanmıştır. Yamada ve Fukuda Stahl Kulağı deformitesini anormal krusun aurikula üzerindeki konfigürasyonuna göre 4 tipe ayırmıştır. Stahl Kulağı deformitesinin çözümüne yönelik birçok farklı metot tanımlanmıştır. Bu metodlar kartilaj koruyucu ve kartilaj eksizyonu yapılan metotlar olarak genel anlamda 2 sınıfa ayrılabilir. Ayrıca bebeklik döneminde kartilajın 3-6 ay arasında şekil değiştirebilen ve eksternel kuvvetlere yanıt verebilen yapısı nedeniyle splint uygulamalarına iyi yanıt alınabilir. Kartilaj eksziyon metotları kartilajın daha kalın ve rijid olduğu vakalarda kartilajın direncini yenmek için tercih edilebilir. Bu metotta anormal krusun eksizyonu sonrası kulağın boyutu küçülecektir, ayrıca kartilajın yaklaştırılması sırasında oluşacak gerilim nedeniyle kontur düzensizliği görülebilir. Kartilaj koruyucu cerrahi ince ve daha kolay şekil alabilen kıkırdaklarda tercih edilmelidir. Bu tekniklerde sütürasyon ve kartilaj skorlama kullanılır, fakat bu teknikler kıkırdak kalınlığının fazla olduğu vakalarda kartilajın elastik esneme kuvveti nedeniyle sorunu çözmede yetersiz kalacaktır. Klinik pratikte 2 metotta çoğu kez kombine edilerek kullanılabilir.

Olgu Sunumu: 25 yaşında Tip 2 Stahl Kulağı deformitesine sahip olan hasta tarafımızca lokal anestezi altında opere edilmiştir. Bizim uyguladığımız metot kartilaj koruyucu ve eksiyon yapılan metodun birlikte kullanımını içermektedir. Yara yerinin uygun şekilde dezenfekte edilmesi ve %2 lidokain HCL ve 1:50000 adrenalin içeren lokal anestezik madde uygulamasıyla cerrahiye başlanmıştır. İlk olarak postauriküler insizyon yapılmış, helix ve scapha'nın superiorunun cildi eleve edilerek kartilaj ortaya konulmuştur. Anormal krus; sefalik bazlı flep olarak tasarlandıktan sonra turnover hareketiyle yeni superior krus oluşturulmuştur. Vazelinli spanç aurikülün anterior yüzüne helix kruvaturunu kazandırmak amacıyla splint şeklinde uygulanmıştır. Olgu sunumunda önerilen bu metotta kartilaj eksizyonu yapılmadığı için kulak boyutu küçülmeyecektir ve şekil bozukluğu izlenmemiştir. Bu aynı zamanda uzun dönem sonuç sağlayacağı gibi kalın kıkırdaklı vakalarda kullanılabilecek bir yöntemdir. Kulağın ön yüzünde herhangi bir kesi olmadığı için görülebilen bir insizyon skarı olmayacaktır. Literatürde kullanımı çok sık olmayan bu teknik kalın kıkırdaklı vakalarda kulakta kontur bozukluğuna sebep olmadan uzun dönem sonuç sağlayabilen bir teknik olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: *Konjenital Kulak Deformitesi, Stahl Kulağı, Kulak Rekonstrüksiyonu*

Resim 1

Operasyon sonrası 2.hafta görüntüsü

P-039
Geniş Nekrotik Opere Meningomyelosel Yarasının Lokal Flepler ve Sentetik Deri Eşdeğerleri ile Sekonder Rekonstrüksiyonu

Hasan Büyükdoğan
SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Giriş: Nöral tüp defektleri (NTD) konjenital santral sinir sistemi malformasyonları içindeki en büyük grubu oluşturur ve gebeliğin 3. ile 4. haftaları arasında nöral tüpün kapanmasındaki patolojilere bağlı olarak oluşur. NTD'nin sıklığı ırk, etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi faktörlere göre değişmekte olup Avrupa'da 0,9:1.000, Amerika'da 0,3:1.000 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılmış çalışmalara göre NTD sıklığı 3-5,8:1000 arasında değişmektedir. Meningomyelosel (MMS) nöral tüp defektlerinin en ağır seyrettiği formudur ve bu patolojinin cerrahi onarımı, omurilik işlevlerini korumak ve beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısı ile merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarını engellemek için nöral dokuların onarımı ve üzerlerinin yumuşak dokuyla örtülmesi şeklindedir. MMS onarımı sonrası en sık karşılaşılan cerrahi komplikasyonlar cerrahi alanda görülen yara komplikasyonlarıdır. Post-op geniş yara nekrozu, meningomyeloselin cerrahi onarımı sonrası nadiren karşılaşılan ve literatürde kısıtlı sayıda bildirilmiş kritik bir komplikasyondur. Meningomyelosel çevresinde görülen geniş nekrotik yara sekonder rekonstrüktif girişim gerektiren ciddi bir durumdur. Bu çalışmada primer onarım sonrası operasyon sahasında geniş yara nekrozu ve dehisansı gelişen bir meningomyelosel hastası sunulmaktadır.

Olgu: Beyin cerrahisi kliniği tarafından meningomyelosel defekti onarılan ve cildi geniş diseksiyon ile primer kapatılan 1 haftalık bebekte post-op dönemde 7*5 cm ölçülerinde geniş nekrotik doku kaybı meydana geldi. Yapılan debridman sonrası dural greftin intakt olduğu ve BOS sızıntısı olmadığı görüldü. Hastanın sırt bölgesinde gelişen doku defekti fasyokutanöz transpozisyon flepleri ile onarıldı. Kifotik spinal deformitesi de bulunan hastada post-op dönemde fasyokutanöz fleplerde epidermoliz ve parsiyel nekroz gelişti. Meydana gelen 3*1,5 cm ölçülerinde nekrotik doku debride edildi. Debride edilen alandaki cilt altı dokunun intakt olduğu ve nöral yapıları korumaya devam ettiği görüldü. Gelişen doku defekti Suprathel sentetik deri eşdeğeri ile kapatıldı. Post-op takiplerde yaranın tamamen iyileştiği izlendi (Fig. 1).

Tartışma: Post-op geniş yara nekrozu, meningomyelosel defektlerinin cerrahi onarımı sonrası nadiren karşılaşılan ve literatürde de kısıtlı sayıda bildirilmiş kritik bir komplikasyondur. MMS hastalarının %24'ünde ameliyat sonrası yüzeyel yara komplikasyonları gelişirken, cerrahi rekonstrüksiyon gerektiren flep nekrozları %1-8 oranında görülmektedir. Yara uçlarının dehisansı ile birlikte geniş bir alanda nekroz gelişmesi, BOS sızıntısı, açıkta kalan nöral yapıların hasar görmesi ve yaşamı tehdit edebilecek enfeksiyonlarla sonuçlanabilecek ciddi bir durumdur. Bu yaraların patofizyolojisindeki anahtar etiyolojik faktörler hematom oluşumu, cerrahi bölge enfeksiyonu ve lokal doku iskemisine sebep olan gergin doku kapatımıdır. İleri derecede kifozlar, MMS'li yenidoğanlarda sıklıkla görülür ve kifozun derecesi arttıkça lokal fleplerin dolaşımına zarar verecek gerginlik de aynı miktarda artar.

Sonuç: Bu olguyu, flep vaskülaritesinin korunmasında ve MMS defektlerinin onarılmasında beyin cerrahisi kliniği ve plastik cerrahi kliniklerinin beraber çalışmasının gerekliliğini, lokal flep tasarımının önemini ve MMS onarımını takiben gelişen doku defektlerinin onarılması için biyomateryallerin kombine kullanımının önemini vurgulamak için sunuyoruz. MMS komplikasyonlarının yönetiminde lokal fasyokutanöz flepler ile birlikte biyomateryallerin kullanımı, daha fazla cerrahi girişim ihtiyacını ve donör saha morbiditesini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: *biyomateryal, deri eşdeğeri, fasiyokutan flep, meningomyelosel, nekroz, yara*

Fig. 1

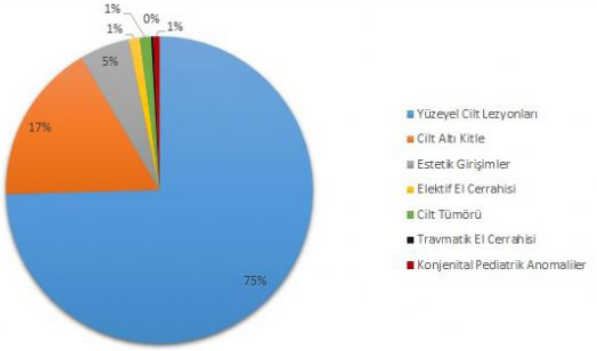
P-042
COVID-19 Salgınının Plastik Cerrahiye Etkisi: Alınan Önlemler, Cerrahi İşlemlerin Dağılımı ve Poliklinik Kabullerinde Değişiklikler

Murat Kara, Burkay Akduman, Yahya Melih Işık, Koray Gürsoy, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

COVİD-19 salgını, dünyayı birçok yönden etkileyen küresel bir sorundur. Tıp alanında klinik branşlar üzerindeki belirgin etkisinin yanı sıra, cerrahi branşlar üzerindeki etkisi de kaçınılmazdır. Plastik cerrahi perspektifinden bakıldığında, COVİD-19 salgını sayısını ve dağılımını, hasta kabullerini ve eğitim faaliyetlerini etkilemektedir. Bu etkiler genel olarak öngörülebilir olsa da, gelecekte benzer bir krize etkin refleks yanıtın verilmesine katkıda bulunmak amacıyla bu verilerin belgelemesi faydalı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, mevcut çalışma COVİD-19 pandemisinin plastik cerrahi üzerindeki etkisini bazı yönlerden analiz etmeyi amaçlamaktadır. COVİD-19 pandemisinin plastik cerrahi üzerine etkisinin ortaya konması amacıyla, pandemi dönemi ve rutin dönem olmak üzere, birbiriyle kıyaslanacak iki farklı zaman aralığı belirlenmiştir. Bu zaman aralığında polikliniğe başvuran hasta sayısı, başvuru etiyolojisi, gerçekleştirilen cerrahi girişim sayısı, bu cerrahilerin tipi, anestezi tekniğinin dağılımı, kliniğimize yapılan konsültasyon sayıları ve dağılımındaki değişiklikler, personel dağılımı, klinik imkanlarının yeniden düzenlenmesi ve gerçekleştirilen eğitim faliyetleri gibi veriler retrospektif taranarak kayıt altına alınmıştır. Yapılan veri taraması sonucunda, poliklinik hasta sayısı rutin dönemde 3511 iken pandemi döneminde 490 olmuştur. Etiyolojik dağılıma bakıldığında, maksillofasiyal travma ve kontrol girişlerinde pandemi döneminde istatistiksel olarak oransal artma gözlenmiştir ($p<0.001$). Ameliyat sayısı rutin dönemde 793 iken, pandemi döneminde 129 olmuştur. Pandemik dönemde el travması ve maksillofasiyal travma vakalarında rutin döneme göre istatistiksel olarak anlamlı bir oransal artış gözlenmiştir (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p = 0.032$). Öte yandan, estetik cerrahi, onkolojik cerrahi, elektif el cerrahisi ve yüzeyel cilt lezyonlarının eksizyonunda ise istatiksel olarak anlamlı oransal bir azalma görülmüştür. Kliniğimize yapılan konsültasyonlarda ise, acil servis konsültasyonlarında istatistiksel olarak anlamlı oransal artış görülmüştür ($p= 0.036$). COVİD-19 pandemisi gibi olağanüstü durumlarda, personel dağılımı, tıbbi kaynakların doğru kullanımı, hastane alt yapısının ihtiyaca göre kullanıma sunulması gibi tedbirler, bu kriz anlarında verilecek hizmetlere göre yapılandırılmakadır. Salgına maruz kalan hastalara müdahale edilirken, acil servis hizmetleri, konsültasyonlar ve malignensiler gibi tedavisi öncelikli sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi elzemdir. Bu noktada bu sağlık hizmetlerinin bu sıradışı dönemlerdeki oransal değişimi tahmin edilebilir olsa da, kriz yönetiminin akıcı olarak yapılmasında, çalışmamızdaki verilerin dokümantasyonu literatüre katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: *cerrahi oranları, cerrahi tipi, COVİD-19, hasta dağılımları, plastik cerrahi*

Resim 1



Pandemi Öncesi Dönemde Planlanan ve COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Ertelenen Ameliyatlar

Cerrahi İşlemlerin Dağılımı

	Rutin Dönem	Pandemi Dönemi	Değişim Oranı	p-Değeri
Estetik Cerrahi	97 (12.2)	0 (0.0)	12.2%	< 0.001
El Travma	132 (16.6)	100 (77.5)	60.9%	< 0.001
Maksillofasyal Travma	10 (1.3)	5 (3.9)	2.6%	0.032
Cilt Lezyonu Eksizyonu	397 (50.1)	9 (7.0)	43.1%	< 0.001
Onkolojik Cerrahi	40 (5.0)	4 (3.1)	1.9%	0.035
Elektif El Cerrahisi	29 (3.7)	0 (0.0)	3.7%	0.027
Yara Rekonstrüksiyonu	8 (1.1)	0 (0.0)	1.1%	0.232
Mikrovasküler Doku Transferi	2 (0.2)	0 (0.0)	0.2%	0.611
Konjenital Pediatrik Anomaliler	3 (0.4)	0 (0.0)	0.4%	0.472
Diğer	75 (9.4)	11 (8.5)	0.9%	0.744
Toplam	793 (100.0)	129 (100.0)		

Diğer Cerrahi Müdahaleler: Tırnak batması operasyonu, sirkümsizyon

P-043
Periorbital Bölge Zone 2 Tümör Defektlerinin Flep ile Onarımı: Klinik Sonuçlarımız

Özlem Çolak, Tuğçe Yasak Par, Emre Gunenc, Selman Taşkın, Semih Tiber Menteşe, İlker Üşçetin
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Hastanesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Alt göz kapağı defektleri, bu bölgenin malign deri tümörü insidansının yüksek oluşu nedeniyle, diğer bölgelere göre daha yaygındır. Alt göz kapağı en sık görülen malign tümörü %80-90 oran ile BCC'dir. Bunu %8 oran ile SCC takip eder. Alt göz kapağının daha nadir görülen tümörleri arasında malign melanom ve sebase karsinom yer alır. Üst göz kapağı ile kıyaslandığında daha pasif bir rol oynamasına rağmen, alt göz kapağı globun korunmasını ve kurumasını engellemede oldukça önemli bir role sahiptir. Bu nedenle alt göz kapağında tümör eksizyonu sonrası oluşan defektlerin onarımı plastik cerrahlar açısından büyük öneme sahiptir. Biz bu çalışmada; kliniğimizde 2010-2019 yılları arasında opere edilen alt göz kapağı tümör eksizyonlarını ve oluşan defektlerde kullanılan onarım yöntemlerini derledik.

Metot: Kliniğimizde 2010-2019 yılları arasında alt göz kapağında malign tümör nedeniyle opere edilen ve flep ile rekonstrüksiyon yapılan 46 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, radyoterapi öyküsü gibi demografik bilgileri geriye dönük dosyalarından tarandı. Tümör tipi ve evreleri kaydedildi. Uygulanan rekonstrüksiyon yöntemleri ve uzun dönem klinik sonuçlar açısından hastalar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalardan 23'ü kadın, 23'ü erkekti. Hastaların yaş ortalamaları 66 idi. (29-90). Tümörlerin 37 tanesi BCC, 6 tanesi SCC idi.13 vakada V-Y ilerletme flebi ile onarım, 7 vakada Mustarde flebi ile onarım, 7 vakada Imre flebi ile onarım, 6 vakada Tenzel flebi ile onarım, 5 vakada Limberg flebi ile onarım, 2 vakada bilobe flep ile onarım,2 vakada Tripier flep ile onarım,2 vakada servikofasyal flep ile onarım, 1 vakada Frickie ile onarım, 1 vakada glabellar flep ile onarım yapıldı. Uzun dönem vakalarda ektropiyon görülen hasta sayısı 4 idi. Ektropiyon görülen hastaların 3'ünde tenzel flebi, 1'inde imre flebi kullanımış olduğu saptandı.

Tartışma: Alt göz kapağı rekonstrüksiyonlarına yaklaşım bir algoritmaya dayanır. %25 ila %50 arasındaki defektler tam kalınlıkta deri greftleri ve lokal flep ile onarılırken, %50 üzerindeki defektler için lokal flepler gerekmektedir. Anterior ve posterior lamellanın eksiksiz rekonstrüksiyonu, fonksiyonel bir alt göz kapağı oluşturabilmek için gereklidir, aksi halde ektropiyon başta olmak üzere bir çok komplikasyon görülebilmektedir.

Kliniğimizde yapılan vakalarda ektropionun önlemesine önem verilmiştir. Bu nedenle primer onarım yapılan vakalarda gergin onarımdan kaçınılmış, kontraksiyonun önlenmesi amacıyla tam kalınlıkta deri grefti kullanılmış ve yapılan flepler yerçekimi etkisini azaltmak için alt rim periostuna sütürler ile fikse edilmiştir. Kıkırdak greftleri, kıkırdak mukoza greftleri, mukoperiosteal greftler kullanılarak tarsın fonksiyonel onarımı sağlanmıştır. Bu önlemlere rağmen 4 hastamızda ektropiyon görülmüştür.

Post-op takiplerde bizim hastalarımızda en sık ektropiyon Tenzel flepte saptanmıştır. Bunun nedeninin Tenzel flep prosedüründe uygulanan lateral kantotomi ve kantoliz olduğunu düşünmekteyiz. Yapılan tüm fleplerde anterior ve posterior lamellanın eksiksiz onarılmasının diğer hastalarımızda ektropiyonun önlenmesine katkısı olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç: Alt göz kapağı, göz küresinin korunmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Anterior ve posterior lamellanin ayrı ayrı düşünülerek, eksiksiz onarılması, ektropiyonu önlemede elzemdir. Gerekli görüldüğünde yeterli miktarda kıkırdak ve mukoza ile tars rekonstrüksiyonu sağlanmalıdır. Uygun yapılmayan rekonstrüksiyonlar ektropiyona, ektropiyon ise göz kuruluğundan körlüğe dek varabilen birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bu nedenle rekonstrüksiyon planlanırken algoritmaya bağlı kalmanın önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *alt göz kapağı, ektropiyon, infraorbital, zon 2*

P-044
Skalp ve temporal bölge defektlerinin yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan ada flepler ile eskpandersız kullanımı sayesinde tek aşamalı rekonstrüksiyonu

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Skalp bölgesinde travma ve tümör başta olmak üzere pek çok sebepten dolayı doku kaybı ile karşılaşılabilmektedir. Bu kayıpların bir kısmı, deri grefti veya lokal flepler ile onarılabileceği gibi daha büyük boyutlardaki defektlerde, doku genişletici uygulamaları, orticochea flebi veya serbest flep uygulamaları rekonstrüksiyon için gerekebilmektedir. Bu çalışmamızda yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan ada/peninsuler flebi kullanılarak tek seansta, aksi taktirde doku genişletici uygulayarak kapatılabilecek büyük defektlerin onarımının yapılabileceğini göstermeyi amaçladık.

Olgu 1:21 yaşında kadın hasta, 3 yıl önce ateşli silah yaralanması sonrası intrakranial kanama nedeniyle dış merkezde opere edilmiş. Ardından 1 yıl sonra başka bir dış merkezde sağ pariyetal kemik defekti için titanyum mesh uygulaması yapılmış. Yaklaşık 10 ay sonra mesh altındaki abse nedeniyle hastanemizin beyin cerrahi kliniği tarafından abse boşaltılması ve titanyum mesh değişimi işlemi uygulandı. Bu operasyon sonrası gelişen 3*4 cm lik temporoparietal bölge doku defekti için sağ taraftan yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan flep kaldırılarak defekt bölgesinin onarımı yapıldı. 13 aylık postoperatif takibi boyunca dehisens, hematom, seroma, bos akıntısı, nekroz ile karşılaşılmadı.

Olgu 2: 25 yaşında erkek hasta, sağ frontotemporal bölgede yanık nedeniyle gelişmiş olan 6*6 cm'lik alopesik alanın rekonstrüksiyonu için yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan ada flebi ile onarım yapıldı. 12 aylık postoperatif takibinde yara dehisensi, kısmi/ total flep kaybı, enfeksiyon, hematom ile karşılaşılmadı.

Tartışma: Skalp bölgesi defektlerinin rekonstrüksiyonunda küçük defektlerin rekonstrüksiyonu nispeten daha kolay kapatılabilirken, orta ve daha büyük defektlerin rekonstrüksiyonunda doku genişletici uygulaması gibi daha farklı cerrahi yaklaşımlar gerekebilmektedir. Ancak doku genişletici uygulamasının 2 seanslı bir uygulama olması, uzun süreli ve sık takip gerektirmesi, doku genişleticinin enfeksiyon, ekspozisyon riski ve hastanemizde sosyal güvenlik kurumu üzerinden malzemenin temin edilememesi, bizi başka cerrahi uygulamalara yönlendirmiştir. Özellikle

temporal bölge ve temporal bölge komşuluğundaki defektlerin rekonstrüksiyonunda oldukça etkili tek aşamalı ve doku genişletici gereksinimi olmayan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç: Temporal bölge ve komşuluğundaki defektlerin onarımında yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan ada/peninsuler flebi kullanmaktayız. Skalp dokusunun anatomisi ve kıl foliküllerinin dizilimi dikkate alınarak rekonstrüksiyon ile beraber estetik sonuçlar da elde edilebilmektedir. Yüzeyel temporal arter bazlı fasiyokutan flebinin büyük doku kayıplarının rekonstruksiyonunda güvenle kullanılabileceği ve bunun yanında saç çizgisinin onarımı ile kıl foliküllerinin doğal görünümüne uygun tasarım yapılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *baş boyun bölgesi, skalp defekti, temporal arter*

P-047
Total Göz Kapağı Defektlerinde Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Mehmet Alkan[1], Süleyman Köken[1], Batuhan Uğur Aksoy[1], Ersin Akşam[1], Meltem Ayhan Oral[2]
[1]Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Göz kapağı defektlerinin en sık nedeni travma ve tümör eksizyonlarıdır. Bazal hücreli karsinom (BCC) gözkapağı rekonstrüksiyonu gerektiren defektlerin en sık sebebi olup, göz kapağı malignitelerinin % 90'ını oluşturur. Diğer sık görülen göz kapağı maligniteleri ise yassı hücreli karsinom(SCC), sebase hücreli karsinom ve malign melanomlardır. Rekonstrüksiyonun asıl amacı en az göz kapağı morbiditesine neden olarak işlevsel ve estetik bir göz kapağı elde etmektir. Bu çalışmada amacımız total göz kapağı rekonstrüksiyonu hakkında kliniğimizin tecrübelerini paylaşmaktır.

Yöntem-Bulgular: Kliniğimiz de 2015-2020 yılları arasında göz kapağı rekonstrüksiyonu yapılan 36 hasta geriye dönük olarak tarandı. Bunlardan 18 tanesi primer sütürasyon ile 12 tanesi greft ile onarılmıştı. Geriye kalanların bir tanesi temporal süperfisiyal arter bazlı ada flebi ile iki tanesi Mustarde flebi ile üç tanesi alın flebi ile onarıldı. Posterior lamella defekti olan hastalara mukoperiosteal greft ile onarım yapıldı. Hastalar ortalama altı ay takip edildi. Hastaların takipleri boyunca flep nekrozu, yara yerlerinde enfeksiyon, hematom, dehisans görülmedi. Bir hasta da ektropiyon gelişmesi üzerine skar revizyonu yapıldı.

Sonuç: Göz kapağı rekonstrüksiyonunda temel amaç görme işlevinin devamlılığını sağlayabilmektir. Kapağın anatomik olarak defektif oluşu ve fonksiyonunun olmaması görme fizyolojisini doğrudan veya dolaylı yollardan etkilemektedir. Defektin büyüklüğü ve içerdiği doku miktarı arttıkça daha karmaşık rekonstrüktif teknikler gerekir. Genel olarak göz kapaklarında % 30'a kadar olan defektler primer kapatılabilir. Defekt oranı % 30-50 arasında ise lateral kantolizis veya kantotomi yapılarak primer kapatılabilir. % 50-75 arasında Tenzel'in semisirküler flebi, McGregor flebi kullanılabilir. % 75'in üzerindeki defektlerde ise üst göz kapağı rekonstrüksiyonu için Mustarde'nin yanak ilerletme flebi, alın flebi, Fricke flebi, temporal süperfisiyal arter bazlı ada flebi veya glabellar flep kullanılabilir. % 75'in üzerindeki alt göz kapağı defektlerinde anterior lamella onarımı için miyokutanöz ilerletme flepleri, alın flebi, Cuttler-Beard flebi, Fricke flebi veya temporal süperfisiyal arter bazlı ada flebi kullanılabilir. Posterior lamella onarımı için ise Hughes'in tarsokonjuktival flebi, mukoperikondrial greft, mukoperiosteal greft ve kompozit konka grefti tercih edilebilir. Yaptığımız bu çalışmamızda totale yakın alt ve üst göz kapağı defektlerinde posterior lamella onarımı için kullandığımız mukoperiosteal greft, tars dokusunun göz kapağında oluşturduğu şekil, sertlik ve tonusu sağlamaktadır. Bu sertlik ve tonus iyileşme sırasında oluşacak kontraksiyon kuvvetlerine karşı direnç göstererek ektropiyonu önlemektedir. Alınan mukoperiosteal greftin donör alanında herhangi bir morbidite oluşmamaktadır. Anterior lamella için uyguladığımız alın flebi, Mustarde'nin yanak ilerletme flebi ve temporal süperfisiyal arter ada bazlı flebi geniş cilt adası ihtiva etmesi, minimal donör alan morbiditesi oluşturmasından dolayı rekonstrüksiyonda sık tercih edilen flepler arasındadır.

Anahtar Kelimeler: *Alın flebi, mukoperiosteal greft, Mustarde'nin yanak ilerletme flebi, temporal süperfisiyal arter bazlı ada flebi*

Mukoperiosteal greft ve Mustarde yanak ilerletme flebi ile total alt göz kapağı rekonstrüksiyonu

P-053
Major Uzuv Replantasyonları Ve Yönetimi

Uğur Öner, Atakan Baş, Murat Enes Sağlam, Arda Kavas, Ömercan Yağız Öksüz, Rabican Alkanat, Ahmet Kaplan, İpek Allı, Çağdaş Duru, Ahmed Şamil Güvel
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Majör uzuv replantasyonu, el bileği seviyesinin proksimalinden total ampute olan uzvun nörovasküler yapıların, kas,kemik ve tendon yapıların yeniden onarılması operasyonudur. Genel olarak ampütasyonlar hastaların sosyoekomik işlevleri üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu çalışmamızdaki amacımız, majör üst ekstremite amputasyonu geçiren hastaların yaralanma modellerini ve sonuçlarını karakterize etmekte ve replantasyon girişimine karar verilmesiyle ilişkili klinik faktörleri ortaya koyup deneyimlerimizi sunmaktır.

Yöntem-Gereçler: Mart 2019 ve temmuz 2020 yılları arasından 3 hasta incelemeye alındı. 3 hastada erkekti. Hastaların yaş ortalaması 32.6 (28-36 yıl)idi. 2 hastada sol ekstermetide distal ön kolda, 1 hastada sağ ekstremite distal ön kolda total ampütasyonları mevcuttu. 1 hastada el bileğinin yanında subtotal transmetakarpal amputasyonuda mevcuttu. Hastaların yaralanma mekanimasına bakıldığında hepsinde sıkışma ezilme,avülziyon mevcuttu. Hastaların soğuk iskemi süreleri ortalama 7,66 saat (4-14 saat).

Bulgular: 3 hastada acil replantasyon ameliyatına alındı. 2 hastanın replantasyon işlemi başarı ile tamamlandı. 1 hastada yaralanma mekanizması, iskemi süresi ve seviyesine bağlı olarak başarısızlıkla sonuçlandı. Hastaların takip süresi 7,33 ay (4- 14 ay) idi. Hastalar replantasyon sonrası fizik tedavi süreçleri başlandı. Hastaların klinik takiplerine devam edilmektedir.

Sonuçlar: Üst ekstremitenin replantasyonu, önemli sosyoekonomik etkisi olan amputasyon yaralanmalarının tedavisinde iyi bilinen bir yöntemdir. Bu replantasyon prosedürleri çok zahmetlidir. cerrahi ekibin özel becerileri ve deneyimi, mükemmel uzun vadeli fonksiyonel sonuçların temelidir. Ancak hastaların yaralanma mekanizmaları, yaralanma seviyesi ve iskemi süresi replanasyon başarısındaki en önemli etmenlerdir. Yüksek yaralanma şiddeti başarısızlıkla doğru orantılıdır.

Anahtar Kelimeler: *major uzuv replantasyon, amputasyon, replantasyon*

pre-op,intra-op, post-op

P-054
Prepubertal Dönemde Görülen Memenin Diffüz Psödoanjiyomatöz Stromal Hiperplazisi-Olgu sunumu

Büşra Gedik Toprak, Ramazan Hakan Özcan
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

Psödoanjiomatöz stromal hiperplazi (PASH); meme bağ dokusunun nadir benign proliferatif lezyonlarından biridir. Endotel benzeri iğsi hücrelerle döşeli psödovasküler alanlarla karakterizedir. Palpabl kitle oluşturarak radyolojik olarak saptanan PASH olguları nadirdir. Genellikle meme eksizyonu ve jinekomasti piyeslerinde insidental olarak görülse de nadiren klinik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha çok premenopozal kadınlarda bildirilen PASH adolesan ve çocuk hastalarda ise nadiren bildirilmiştir. Klinik ve radyolojik olarak fibroadenom, mikroskobik incelemede ise düşük dereceli anjiosarkom ile karışabilir. Bu olgu sunumunda, 4 ay içerisinde hızla gelişen bilateral dev meme hipertrofisine sahip menstruasyon öyküsü olmayan 11 yaşında bir kız hastanın klinik seyri ve tedavisi bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Meme, PASH, Psödoanjiyomatöz stromal hiperplazi*

Bilateral meme hipertrofisi olan hastanın preop görüntüsü

P-057
İleri Yaş Hastalarda İnvaziv Saçlı Deri Tümörlerindeki Klinik Deneyimlerimiz

Recep Anlatıcı, Ömer Parıldar
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Anatomik olarak saçlı deri; epidermis, dermis, subkutan doku, epikranial aponevrozus, periost ve en altta kemik yapıyla ilişkilidir. Ayrıca bu yapılar; yoğun bir damar sistemi, kıl folikülleri, sebase, ekrin, apokrin ter ve yağ bezleriyle de sarılmışlardır. Bu anatomik özelliklerinden dolayı bu bölgede hatırı sayılır derecede değişik türde malignensiler, hamartomlar, malformasyonlar ve çeşitli kistler görülebilmektedir. Saçlı derinin yüksek vaskülaritesinden dolayı, bu bölgede diğer bölgelerin malignensilerin metastazları da oldukça yüksek bir oranda görülmektedir. Saçlı derinin primer malign tümörlerinin çoğunluğu epitelyumdan köken alır ve sırasıyla da en sık bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom görülür. Saçlı deri tümörleri genellikle saç kaybıyla birlikte güneşin kümülativ etkisiyle ileri yaşlarda görülmektedir.

Gereç-Yöntem: Mart 2018- Haziaran 2020 tarihleri arasında kliniğimize saçlı deride iyileşmeyen geniş yara yakınmasıyla 11 olgu başvurdu. Olguların 7' si erkek, 4'ü ise kadındı. Olguların yaş aralığı 44-95'di. Ortalama yaş ortalaması ise 71'di. Tüm olgular operasyon öncesi kemik metastazı yönünden incelendi. Dört olguda kemik ve durada invazyon olduğu saptandı.

Bulgular: Tüm olgular Genel Anestezi altında operasyona alındı. İki cm'lik sağlam doku ile beraber periostu da kapsayacak şekilde total eksizyon yapıldı. Kemik ve dura invazyonu olan dört olgunun operasyonuna Beyin Cerrahi uzmanı da dahil oldu. İnvaze kemik ve dura da eksize edildi. Durada oluşan defekt dura grefti (DURAGEN) ile onarıldı. Bu olguların yaşları göz önünde bulundurularak oluşan kemik defektleri için onarım düşünülmedi. Oluşan defektler saçlı deri rotasyon flepleri ile kapatıldı. Flep dönor alanlarına ise kısmi kalınlıkta deri greftleri konuldu. Operasyon sonrası dönemde fleplerde herhangi bir kayıp gözlenmedi. Altı olguda patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom, iki olguda bazal hücreli karsinom, bir olguda malign mezenkimal tümör, bir olguda malign epitelyal tümör ve bir olguda da memenin invaziv duktal karsinonomunun metastazı olarak rapor edildi. İki haftalık takip sonrası tüm olgular Onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Günümüzde insan ömrünün uzaması, ileri yaşlarda özellikle erkeklerde saç kaybıyla beraber güneşin etkisiyle saçlı deri kanserleri artan sıklıkta görülmektedir. Bu tür olgularda cerrahi eksizyon sonrası olguların anesteziden dolayı mortalite riskini artırmamak için, onarımda lokal flepler öncelikli olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

REFERANSLAR:
1. Chiu C, Lin CY, Kuo CY, et al. Malignant cutaneous tumors of the scalp: a study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. J Am Acad Dermatol 2007; 56: 448-52
2. Hayman L, Shukla V, Ly C, et al. Clinical and imaging anatomy of the scalp. J Comput Assist Tomogr 2003 Jun; 27 (3): 454-9
3. Minor L, Panje WR. Malignant neoplasms of the scalp: etiology, resection, and reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 1993 Apr; 26 (2): 279-93
4. Leedy J, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach. Plast Reconstr Surg 2005; 116 (4): 54e-72e

Anahtar Kelimeler: *saçlı deri, tümör, ileri yaş, kemik ve dura metastazı*

olgu 1

olgunun preop, perop ve postop görünümü

P-058
Skalp verteks defektlerinin latissimus dorsi kas flebi ile rekonstrüksiyonu

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Alper Sarı, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Travma, tümör cerrahisi, yanık ve radyoterapi başta olmak üzere pek çok sebepten dolayı scalp bölgesinde defekt ile karşılaşılmaktadır. Rekonstrüksiyon için pek çok seçenek bulunmakta olup, seçimi yapmada en önemli belirleyici unsurlar defektin yeri ve boyutudur. Büyük defektlerin (>25 cm2) onarımı için, çok sayıda rotasyon flepleri, doku genişletici yardımı ile rekonstrüksiyon veya serbest doku nakilleri gerekmektedir1. Doku genişletme teknikleri ve orticochea flebinin uygulanabilmesi için yeteri kadar dokusunun korunmuş olması gerekmektedir. Scalp rekonstrüksiyonunda uygulanan başlıca serbest flep seçenekleri; omentum flebi, latissimus dorsi kas flebi, anterolateral thigh flep, radyal önkol flebidir. Latissimus dorsi kas flebi büyük bir hacime sahip olması ve uzun pedikülü sayesinde deri grefti ile beraber büyük skalp defektlerinin onarımında ilk tercih haline gelmektedir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza serbest latissimus dorsi kas flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile skalp defekti rekonstrüksiyonu yapılan 4 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş dağılımı 33 ile 64 arasında değişmekteydi. Hastaların skalp dokusundaki defekt boyutu 10*4 cm ile 10*15 cm arasında dağılım göstermekteydi. Defektlerin tamamı vertex yerleşimliydi. Defekt gelişim etyolojisi, 3 hastada tümör iken, 1 hastada elektrik yanığı idi. Alıcı damar seçimi için hastaların tümünde yüzeyel temporal damarlar tercih edildi. Hastaların hiçbirinde donor alanda seroma gelişimi gözlenmedi. Yine hastaların hiçbirinde kısmi/total flep kaybı yaşanmadı. Bir hasta hariç debulking cerrahisi gereksinimi olmadı.

Tartışma - Sonuç: Vertex bölgesi defektlerinin rekonstrüksiyonu skalpin diğer bölgelerine benzer şekilde ancak onlardan daha ciddi zorluklarla rekonstrükte edilmektedir. Latissimus kas flebi büyük defektlerin

rekonstrüksiyonunu sağlaması, yeterince beklendiği takdirde çevre dokuya uygun bir kontür sağlanabilmesi sayesinde skalp defektlerinin rekonstrüksiyonunda ilk seçenek olarak tercih edilmektedir. Tam kat cilt defektlerinde olduğu gibi, duranın açığa çıktığı durumlarda, postoperatif radyoterapi ihtiyacı olan hastalarda güvenle kullanılabilmektedir.

1. Leedy, J. E., Janis, J. E., and Rohrich, R. J. Reconstruction of acquired scalp defects: An algorithmic approach. Plast. Reconstr. Surg. 116: 54e, 2005.

Anahtar Kelimeler: *Latissimus, serbest flep, skalp*

P-060
Covid-19 Döneminde Acil Servise Başvuran Maksillofasiyal Yaralanmalarının Etiyolojik Ve Demografik Özelliklerinin Covid-19 Öncesi Aynı Dönem İle Karşılaştırılması

Merve Özger, Cenk Demirdöver, Mustafa Yılmaz, Adnan Menderes, Süleyman Çakmak, Merve Terzi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Maksillofasiyal travmaların etiyolojisi mevcut sosyoekonomik, kültürel ve çevresel faktörlere bağlı olarak ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içerisinde değişiklik gösterir. Maksillofasiyal travmaların etiyolojisinin periyodik olarak tanımlanması maksillofasiyal travmaların önlenebileceği seçenekler bulmaya yardımcı olur. Bu çalışmanın amacı Covid-19 döneminde acil servise başvuran maksillofasiyal travma hastalarının bir önceki yıla göre epidemiyolojik ve demografik özelliklerin farklarını araştırmaktır.

Gereç Ve Yöntem: Retrospektif olarak yapılan incelemede, Nisan 2019 ve Temmuz 2019 tarihleri ile Nisan 2020 ve Temmuz 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Servisine başvuran maksillofasiyal travmaların etiyolojik ve demografik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Acil servise, geçtiğimiz 2019 yılı Nisan ve Temmuz ayları arasında toplam 79 hasta başvurmuştur. Bu hastaların 60 tanesi (%75,9) erkek, 19 tanesi (24,1) kadın olduğu saptandı. Hastaların yaş aralığı iki ile 79 yaşları arasında, yaş ortalaması ise 33,8 olarak saptandı. Etiyolojik faktörlere bakıldığında %39 yüksekten düşme, %27 trafik kazası, %21 darp ve geriye kalan %13'ünde ise demir çapması ve taşlama makinesi ile olduğu görüldü. Acil servise, 2020 yılı Nisan – Temmuz aylarında toplam 55 hasta başvurdu. Bu hastaların 46 tanesi (%83,6) erkek, dokuz tanesi (%16,4) kadın olduğu saptandı. Hastaların yaş aralığı bir ile 88 yaşları arasında, yaş ortalaması ise 36,3 olarak saptandı. Etiyolojik faktörlere bakıldığında; %30 trafik kazası, %27 darp, %38 yüksekten düşme ve %5'inde ise sert cisim çarpması sonucu olduğu saptandı.

Sonuç: Covid-19 nedeni ile sokağa çıkma yasağı sonrası başvuran maksillofasiyal travma hasta sayısında azalma olduğu saptandı. Etiyolojik faktörlere bakıldığında bir önceki yıl ile genellikle aynı olduğu, ancak darp nedenli yaralanmalarda artış olduğu görüldü. Yaş ortalamasının ise birbirine yakın olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: *Acil, Covid-19, Maksillofasiyal*

P-061
Gövdede Ekstraoküler Sebase Karsinom: Ender Rastlanan Deri Tümörü

Nilgün M. Ertaş[1], Abbas Albayati[1], Ebru Şebnem Ayva[2], Burak Özkan[1], Çağrı A. Uysal[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Sebase karsinom (SK) nadir görülen bir deri kanseri türüdür. Oküler ve ekstraoküler olarak ikiye ayrılır. Oküler SK gözkapağında bulunan sebase bezlerden kaynaklanan yavaş büyüme gösteren nodüler bir lezyon olarak ortaya çıkmaktadır. Ekstraoküler sebase karsinom sebasöz neoplazmların %25'ini oluşturmaktadır. Vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilmesine karşın, en sık baş ve boyun bölgesinde görülmektedir. Literatürde raporlanan ekstraoküler SK sayısı sınırlıdır. Bu vakada sırt derisinden köken alan ekstraoküler sebase karsinomlu 60 yaşında bir erkek hasta takdim edildi.

Vaka Raporu: Altmış yaşında erkek hasta sırt bölgesinde üç aydır yavaşça büyüyen kitle ile tarafımıza başvurdu. Hikayesinden şikayetine son üç haftada ağrı ve kızarıklık eşlik ettiği öğrenildi. Üç haftadır oral antibyotik kullanan hastada herhangi bir gerilme meydana gelmemişti. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede sol infraskapular bölgede 5x3,5 cm'lik üzeri ve etrafı eritemli sert bir kistik kitle mevcuttu (Şekil 1). Hastanın vücudunun başka bölgelerinde benzer lezyon büyümesi veya lenfadenopati tespit edilmedi. Klinik ayrıcı tanıda enfekte epidermal kist düşünüldü. Kitlenin ciltaltı seviyesinde bulunduğundan dolayı herhangi bir görüntüleme yapılmadan lokal anestezi altında kitle eksizyonu yapıldı. Kitle tamamen çıkarıldıktan sonra oluşan doku defekti primer kapatıldı. Mikroskopik incelemede sebase farklılaşma gösteren hücrelerin oluşturduğu irregüler, disorganize lobüler pattern dikkati çekmişti. Ek olarak tümör hücreleri arasında keratin incileri, diskeratotik hücreler, hafif derecede pleomorfizm ve sık mitotic aktivitenin varlığı nedeniyle sebaseöz karsinom lehine ile düşünülmüştür. Lezyona skuamoid sebase karsinom tanısı konuldu. Hastaya geniş rezeksiyon ve deri greftiyle onarım yapıldı. Herhangi bir yakınması olmayan hastamız iç organ neoplazisi açısından gastroenteroloji bölümüne yönlendirildi. Hastanın takibinde herhangi bir sorun gözlenmedi.

Tartışma: Ekstraoküler SK, oküler SK'a kıyaslayarak daha nadir görülmektedir. Vakaların %70'i baş ve boyun bölgesini etkilemesine rağmen, ekstremite, meme ve gövde de görülebilmektedir. Hastalığın risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet ve radyasyon maruziyeti yer almaktadır. Nadir görülmesi hem klinik hem de histolojik tanıda zorluk yaratır ayrıca bazal hücreli ve yassı hücreli karsinom ile karıştırılır. Sebasöz neoplazmlar farklı klinik prezentasyonlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Literatürde inflamatuvar hastalıklara benzeyen bir klinik tablo rapor edilmiştir. Sunduğumuz vaka antibyotik tedavisine rağmen gerilemeyen enfekte kistik lezyon ile uyumlu bir klinik tablo ile tarafımıza başvurmuştu. Ekstraoküler SK vakalarında uzak metastazı riski düşüktür. En sık bölgesel lenf nodları tutulumu bildirilmiştir. Literatürde cerrahi yaklaşım açısından standart bir algoritma bulunmamaktadır. En sık kullanılan cerrahi yöntem 5-6 mm temiz cerrahi marj ile geniş eksizyondur. Ekstraoküler SK vakalarında sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) rutin olarak yapılmamaktadır. SLNB yapılıp yapılmayacağı lezyonun klinik, histolojik ve radyolojik belirtilerine göre düşünülmelidir. Uzak metastaz daha az sıklıkla görülmek ile birlikte en sık akciğer, karaciğer ve beyini etkilemektedir. Tanı konulduktan 11 yıl sonra uzak metastaz vakası rapor edilmiştir. Nüks oranı %30'a kadar yüksek olan ekstraoküler SK vakalarında sıkı gözlem gerekmektedir. Ekstraoküler SK, kolon kanseri ile ilişkili olabilecek Muir Torre

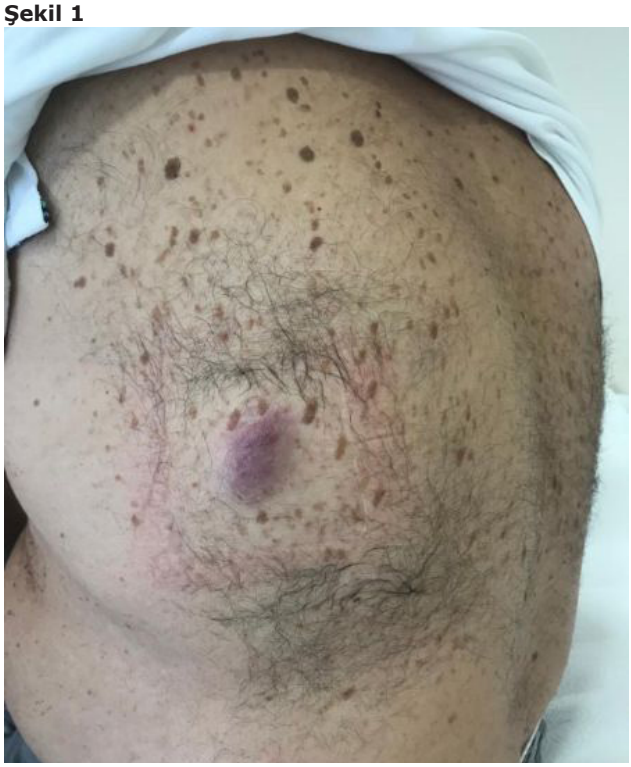
sendromun bir belirtisi olabilmektedir. Bu nedenle gastrointestinal sistem taraması yapılmalı. Herhangi bir yakınması olmayan hastamız ileri tetkik için Gastroenteroloji bölümüne yönlendirildi. Takiplerinde Muir-Torre sendromu ile ilgili herhangi bir belirtiye rastlanmamıştı. Sonuç olarak bu lezyonlar tanı konulma ve tedavide gecikmeye neden olabilecek farklı klinik özellikler ve histopatolojik belirtiler ile karşımıza çıkabilmektedir. Deri kanserleri ile ilgilenen plastik cerrah ve dermatolokların agresif seyir gösterebilen ekstraoküler SK'ların atipik sunumu ile aşina olmaları bu hastalığın erken tanı ve tedavisinde önemlidir.

Referanslar

1. D.E. Cieza-Díaz, N. Cano-Martínez, L. Barchino-Ortiz, I. Longo-Imedio. Extraocular Sebaceous Carcinoma: A Report of 2 Cases. Actas Dermosifiliogr.2012; 103:919-22.
2. Karthika Natarajan, Reena Rai, Suma B. Pillai. Extra ocular sebaceous carcinoma: A rare case report. Indian Dermatol Online J 2011; 2:91-3.
3. Rachel L. Kyllo, MD, Kimberly L. Brady, MD, and Eva A. Hurst, MD. Sebaceous Carcinoma: Review of the Literature. Dermatol Surg 2015; 41:1–15.
4. Phyu P. Aung, Meenakshi Batrani, Marjan Mirzabeigi and Lynne J. Goldberg. Extraocular sebaceous carcinoma in situ: report of three cases and review of the literature. Cutan Pathol 2014: 41: 592–596.
5. Aileen Y. Chang, MD, Christopher J. Miller, MD, Rosalie Elenitsas, MD, Jason G. Newman, MD, and Joseph F. Sobanko, MD. Management Considerations in Extraocular Sebaceous Carcinoma. Dermatol Surg 2016; 42:S57–S65.
6. Pfeiffer ML, Yin VT, Myers J, Esmaeli B. Regional nodal recurrence of sebaceous carcinoma of the caruncle 11 years after primary tumor resection. JAMA Ophthalmol. 2013; 131(8):1091–2.

Anahtar Kelimeler: *Cilt kanseri, Muir-Torre Sendromu, Nadir*

Şekil 1



Sol infraskapular bölgede sebase karsinom

P-062
Ebv İlişkili Mukokütanöz Ülser Olgu Sunumu

Haluk Vayvada, Safa Eren Atalmış, Alper Geyik, Selin Güler, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Cilt tümörlerinin tanı ve tedavisi plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanları tarafından geçmişten günümüze kadar başarıyla sürdürülmektedir. Cilt tümörlerinin çoğunluğunun benign natürde olmasına karşın malign cilt tümörlerinin insidansı ise ortalama yaşam süresinin uzaması, immünsüpresif birey sayısındaki artış gibi nedenlerden dolayı günden güne artmaktadır. Plastik cerrahi uzmanları klinik pratiklerinde en sık olarak bazal hücreli kanser, skuamöz hücreli kanser, malign melanom olguları ile sık karşılaşmaktadır. Lenfoproliferatif hastalıkların deri tutulumu da klinik bulgular açısından sıklıkla en sık karşılaşılan cilt tümörlerine benzerlik göstermektedir. Nadir görülen ancak birkaç farklı klinik bulgu ve anamnez ile diğer cilt kanserleri ve diğer lenfoproliferatif hastalıkların cilt tutulumlarından ayrılması mümkün olan EBV pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoma ile bu hastalıktan organomegali ve LAP bulgularının olmamasıyla ayrılan EBV pozitif mukokütanöz ülserleri, bu çalışmada olgu örneğiyle sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Bilinen tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve myastenia gravis hastalıkları olan ve myastenia gravise yönelik azathioprine tedavisi alan 77 yaşında erkek hasta, kliniğimize sağ burun kanadı ve sol malar bölgede ülsere lezyonlar ile başvurdu. Bu şikayetlerine ek olarak odinofaji yakınması da eşlik etmekteydi. Doku biyopsi tanısı olmayan hastada ön planda SCC düşünüldü ve operasyon planlandı. Operasyon hazırlıklarının tamamlanması ardından tarafımızca operasyona alınan hastanın, yüzdeki lezyonları bir cm sınırla eksize edilip supraklaviküler bölgeden alınan FTDG ile defekt onarımı yapıldı. Aynı seansta preoperatif olarak nükleer tıp bölümünce Tc-99m ile işaretlenen sağ submandibüler bölgedeki sentinel lenf nodu eksize edilerek SLNB yapılan hasta klinik iyileşmesi ardından taburcu edildi. Takipleri sırasında patoloji sonuçları "mevcut lezyonlardaki lenfoid infiltratın ayırıcı tanısında "EBV pozitif Mukokutanöz Ülser" ve "EBV pozitif Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma" olasılıkları yer almaktadır." olarak raporlandı. Hasta ek öneriler açısından değerlendirilmek üzere DEÜTF hematoloji ve onkoloji birimine danışıldı ve hastaya rituksimab ve ek kemoterapi rejimleri başlandı.

Tartışma: EBV ilişkili mukokütanöz ülserler ise ilk olarak 2010 yılında Dojcinov tarafından 26 hastalık olgu serisiyle ayrı bir patolojik hastalık olarak tanımlanmıştır. Daha çok immünsüprese ilaç kullanan veya immünsüpresif komorbidleri (AIDS vs.) olan bireylerde ortaya çıkan lezyonlar olarak görülür. Lezyonların çoğunluğu orofaringeal mukozada (%52) yer almakla birlikte, deri (%29) ve gastrointestinal sistem (%19) tutulumları da görülmektedir. Hastalığın semptomları ise LAP'ların neden olduğu odinofaji ve buna bağlı olarak kilo kaybı ve akut batın olarak sayılabilir. Patolojik olarak EBV ilişkili diffüz büyük hücreli lenfomadan ayrımının güç olması nedeniyle klinik olarak LAP ve organomegali varlığı ile bu iki hastalık ayrılabilir. Tedavide ortak bir konsensus olmamakla birlikte immünsüpresif ilaç dozunu azaltma, radyoterapi, kemoterapi öne çıkmaktadır. Hastanın mevcut akut batın tablosu veya cilt tutulumları için cerrahi tedavi gerekliliği de doğabileceği gibi ülserlerin birden fazla lokasyonda ortaya çıkması ve sistemik tabloyla seyretmesi cerrahi tedavinin alternatifi olarak sistemik tedavileri ön planda tutmaktadır.

Sonuç: Bu olgu örneğinde de görüldüğü üzere özellikle immünsüpresif ilaç kullanan veya immünsüprese bireylerde ağrılı yutma ve hızlı progrese olan cilt lezyonları için EBV ilişkili mukokütanöz ülser hastalığını hatırlamak, gereklilik halinde ilgili branşlara hastayı danışarak sistemik taramaları sonrasında tedaviyi planlamak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: EBV, Mukokutanöz, Ülser

P-063
Meme Koruyucu Cerrahi Sonrası Radyoterapi Zemininde Gelişen Anjiosarkom Tedavisi

Cem Öz[1], Nilgün Ertaş[2], Ahmet Çağrı Uysal[2], Burak Özkan[2]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Anjiosarkom nadir rastlanan ve vasküler endotelyal dokudan köken alan bir tümördür. Yumuşak doku sarkomları içerisinde %1 oranında izlenen tümörün meme dokusu tutulumu %8 oranına kadar ulaşmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulamasının ardından gelişen bir anjiosarkom olgusunun cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

Hasta ve Metod: 55 yaşında kadın hastaya 4 yıl önce Genel Cerrahi kliniğinde sol memede invaziv duktal karsinom nedeniyle meme koruyucu cerrahi, sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmış, cerrahi sonrasında hastaya radyoterapi uygulanmış. Hastanın 4 yıl sonrasında sol memede ortaya çıkan lezyonundan yapılan biyopside anjiosarkom saptanmış. Bunun üzerine hastaya Genel Cerrahi kliniği ile birlikte mastektomi ve geniş cilt eksizyonu sonrasında oluşan doku defekti için de torakoabdominal flep ile onarım planlanlandı. Eksizyon sonrasında oluşan 20x20 cm'lik pektoral bölgede oluşan defekt için torakoabdominal felp umblikusa kadar eleve edildi, flep defekti gerginlik olmadan kapattı. Takiplerde flepte herhangi bir dolaşım sıkıntısına ve yara iyileşme bozukluğuna rastlanmadı. Hastada takipler sırasında bir ay sonra flep süperiorunda gelişen 0,5 cm'lik anjiosarkom nüksü eksize edildi. Takiplerde tekrar nüks olmayan hastaya kemoterapi uygulandı. Kemotearapi sonrasında hastada nükse rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Meme dokusunda gelişen anjiosarkom primer ve sekonder olarak sınıflanmaktadır. Meme koruyucu cerrahi sonrasında uygulanan radyoterapi geç dönemde sekonder anjiosarkom gelişimi riskini artırmaktadır. Agresif bir tümör olan anjiosarkom; meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi alan hastalarda klinik olarak ağrısız, kırmızı renkli nodül veya makül olarak ortaya çıkar, lezyonların erken dönemde biyopsi ile doğrulanması gerekmektedir. Anjiosarkom olan hastalarda geniş cerrahi sınır ve uygun cerrahi derinlikte eksizyon yapılması nüksleri önlemek için gereklidir. Cerrahi yapılması uygun olmayan hastalarda kemoterapi ve radyoterapinin tedavide diğer seçenekler olabileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: *anjiosarkom, meme kanseri, radyoterapi*

Resim 1

Hastanın preoperatif görünümü.(1, 2)Hastada mastektomi ve geniş cilt eksizyonu sonrasında oluşan defekt.(3) Hastanın postoperatif torakoabdominal flep ile onarımı sonrasındaki görünümü.(4, 5)

P-064
Kulak Heliksinde Skuamöz Hücreli Kanserin Berrak Hücreli Varyantı: Bir Olgu Sunumu

Alper Derviş, Süleyman Köken, Emrah Patat, Batuhan Sert, Meltem Ayhan Oral
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sküamöz hücreli karsinom (SCC) dünyada Bazal hücreli karsinomdan (BCC) sonra ciltte görülen 2. en sık karsinomdur ve genellikle yaşlı beyaz erkeklerde görülür. Bazal hücreli karsinomda olduğu gibi SCC' de de UV ışına maruz kalmak, ileri yaş ve güneşli coğrafi bölgelerde yaşamak en yüksek insidansla ilişkili bulunmuştur. Berrak hücreli sküamöz karsinom; UV radyasyonun muhtemel etiyolojilerden biri olarak kabul edilen, cildin nadir görülen bir SCC' sidir. Keratoakantom, akantolitik, iğsi hücreli, verrüköz, şeffaf hücreli, papiller, taşlı yüzük hücreli, pigmente ve desmoplastik SCC dahil olmak üzere SCC'nin birkaç histolojik alt tipi tanımlanmıştır. Berrak hücreli SCC nadir görülen bir durumdur. Bu nadir SCC varyantının dar literatürüne eklenmek üzere kulak heliksinde ekzofitik kitle bulunan berrak hücreli bir SCC vakası sunuyoruz.

Olgu: Yetmiş beş yaşında erkek hasta, bir yıldır mevcut olan sol kulak heliksindeki noduler lezyonun 2 hafta içerisinde büyüyüp 2x3 cm genişliğinde ülserovejetan bir kitle haline gelmesi üzerine hasta dermatoloji kliniğine başvurmuş. Hastaya yapılan punch biyopsi sonucunda Berrak hücreli epitelyal neoplazi olarak raporlanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın bilinen hipotiroidi hastalığı mevcuttu. Yapılan USG' de LAP saptanmaması üzerine hastaya operasyon planlandı. Hastaya 1 cm temiz cerrahi marjla kama rezeksizyon ve primer onarım yapıldı. Ardından hasta taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: Hidropik SCC olarak da anılan berrak hücreli karsinom, ilk kez 1980 yılında Kuo tarafından kapsamlı hidropik değişikliklere sahip bir SCC varyantı olarak tanımlanmıştır. Neoplastik hücrelerin hidropik dejenerasyonu ve hücre içi sıvı birikmesi, glikojen, lipid veya müsinin ise birikmemesi, berrak hücre görünümü ile sonuçlanır. Şimdiye kadar bildirilen bütün vakalar baş ve boyun bölgesindedir. En yaygın görüldüğü bölge mandibuladır ve mevcut vaka da dahil olmak üzere tümü açık havada (güneş altında) çalışan erkeklerde meydana gelmiştir. Berrak hücreli SCC'nin etiyolojisi tam olarak anlaşılamamasına rağmen, olası etiyolojik faktörler olarak kronik ülserasyon, immünosüpresyon, arsenik maruziyeti, radyasyon önerilmiştir. Daha önce bildirilen vakaların tümü, UV radyasyonun rolünü düşündüren açık alanda çalışan beyaz yaşlı erkeklerde meydana gelmiştir. Bu olgunun klinik görünümü, 1 senedir küçük bir papül olarak başlayan lezyonun 2 hafta içerisinde büyük bir ekzofitik ülserovejetan kitle haline geldiğinden oldukça agresif görünmektedir. Bu hastada henüz geç dönem kontroller yapılmadığı için surveyi-prognozu hakkında yorum yapılamadı. SCC'nin bu nadir varyantının klinik davranışını ve prognozunu karakterize etmek için daha fazla olgu raporu gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *hidropik scc, malign, radyasyon*

Kulak heliksinde scc berrak hücreli varyantı

Sol taraf preoperatif görüntüsü,sağ taraf postoperatif 2.hafta görüntüleri

P-065
Nak Koruyucu Mastektomi Ve Silikon Protezle Meme Rekonstrüksiyonu Sonrası Artmış Otoimmunnite Görülen İki Olgu Sunumu

Haluk Vayvada, Merve Özger, Adnan Menderes, Süleyman Çakmak, Hüseyin Emre Ulukaya, Tahir Babahan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Silikon moleküler ağırlığı 28 dalton olan kimyasal bir bileşimdir. Doğada silikon, silisyum dioksit olarak veya çeşitli silikatlarda bulunur. Meme implantı olarak kullanılan tıbbi silikonlarda polimerize siloksan olarak bulunur. Silikon maruziyeti; sistemik lupus eritomatozus, romatoid artrit, sjögren sendromu gibi farklı sistemik otoimmun hastalıklarla ilişkilidir. Birkaç epidemiyolojik araştırma silikon meme implantı ve otoimmun/romatolojik hastalıklar arasında bağlantı olduğunu gösterdi. Bu çalışmada, kliniğimizde nipple koruyucu subkutan mastektomi ve silikon meme implantı ile rekonstrüksiyon yapılan ve takiplerinde sjögren sendromu ve ankilozan spondilit gelişen iki olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Birinci hasta, kliniğimizde operasyonu gerçekleştirilen 51 yaşında kadın olup, 2015 yılında DCIS nedenli NAK koruyucu subkutan mastektomi ve silikon meme implantı ile rekonstrüksiyon yapıldı. Postoperatif takiplerinde silikon implantlar ile ilgili problem gözlenmeyen, operasyon sonrası kontrolleri sırasında başlayan ağız kuruluğu ve otoimmun şikayetleri olan hastaya romatoloji bölümünü tarafından sjögren sendromu tanısı konularak metotreksat, plaquanil ve pednol tedavisi başlandı. Takiplerinde sol el dorsalinde bulunan lezyona yönelik 2019 yılına yapılan eksizyonel biyopsi sonucu malign melanom olarak raporlanan hastaya sınır genişletme ve SLNB yapıldı. Tarafımızca 2019 yılında protez ekstraksiyonu gerçekleştirildi. Postoperatif bir yıllık takibinde şikayetlerinde gerileme olan hastanın metotreksat ve plaquanil kesilerek prednol tedavisine devam edildi. İkinci hasta, DEUTF Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Genel Cerrahi klinikleri tarafından operasyonu gerçekleştirilen 53 yaş kadın olup, 2016 yılında sol memede bulunan invaziv duktal karsinom tanılı lezyon nedenli genel cerrahi ekibi tarafından lumpektomi uygulanmıştır. Adjuvan kemoterapi sonrası basit mastektomi planlanan hastaya 2016 yılında Genel Cerrahi ekibi tarafından mastektomi ve eş zamanlı tarafımızca ekspander birinci seans operasyonu yapılmıştır. 2017 yılında sağ memeye subkutan mastektomi ve sol memeye ekspander ikinci seans operasyonu ve silikon meme implantı ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Postoperatif dönemde sorun gözlenmeyen hastada, daha önce bulunan ülseratif kolit atak sıklığında artma, yeni tanı ankilozan spondilit ve PET FDG tutulumu gözlenen yaygın reaktif lenf nodları saptanması üzerine hastanın protezi tarafımızca ekstrakte edilmiştir.

Sonuç: Silikon meme implantları, yorgunluk, artralji, miyalji, ateş, göz kuruluğu ve ağız kuruluğu gibi şikayetleri olan hastaların bir kısmında ilişkilidir. Silikon, implanttan vücuda geçebilir ve kronik inflamasyon sürecini tetikleyebilir. Bu durumda silikon implantın çıkarılması tek tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *İmplant, Mastektomi, Otoimmun*

P-066
Pedikül avülsiyonu sonucu venöz yetmezlik gelişen Latisimus dorsi kas deri flebi yönetimi

Kadri Akıncı, Çağrı A. Uysal, Burak Özkan, Abbas Albayati, Nilgün M. Ertaş
Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

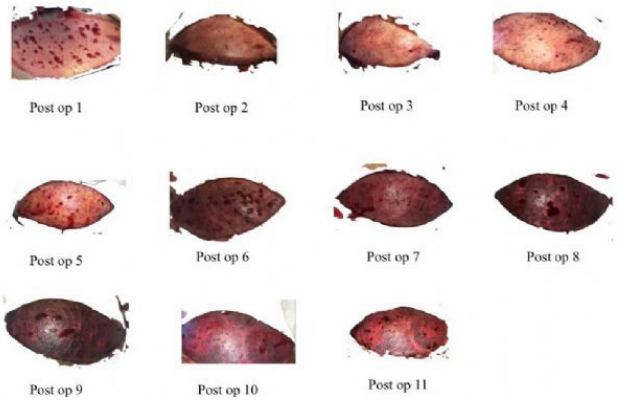
Giriş: Mastektomi sonrası latisimus dorsi kas-deri flebi ile meme rekonstrüksiyonu sık kullanılan güvenilir yöntemlerden biridir. Yetersiz serbestlenme ya da traksiyona bağlı gelişen vasküler pedikül hasarı komplikasyonlarından biridir. Arteryel sorunlarda mikrocerrahi ile onarıma başvurulur. Venöz yetmezlik durumunda ise konjesyonun azaltılması için tanımlanmış stratejiler uygulanır. Latisimus dorsi kas-deri flebi ve implant ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastada intraop pedikül traksiyonu sonrası gelişen venöz yetmezlik vaka yönetimini sunuyoruz.

Vaka: 40 yaşında kadın hastaya sağ meme başı paget hastalığı nedeniyle Radikal Modifiye Mastektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulandıktan eş zamanlı latisimus dorsi kas deri flebi ve implant ile rekonstrüksiyon planlandı. Sırtta 13x7 cmlik torakodorsal arter pediküllü latissimus dorsi kas deri flebi çizimi yapıldıktan sonra künt ve keskin diseksiyon ile skapular, torakal vertebral, torakolomber fasiyadan ve iliak kanattan ayrılarak eleve edildi. Hemostaz sağlandı. Eleve edilen latissimus dorsi kas-deri flebi, origosundan ayrılarak, aksilladan tunelizasyonla doku defektli alana geçirildi. Flep mediale adaptasyonu sırasında pedikül traksiyona uğradı, aksiller bölgede kanama görülmesi üzerine yapılan eksplorasyonda konkomitan ven yaralanması gözlendi. Mikrocerrahi yöntemle ven onarımı yapıldı. Ackland testi ile akım gözlenmesi üzerine kas altına 145cc meme implantı konularak flep adapte edildi. Kol abdüksiyonda, istirahatte baskılı olmayan pansuman yapıldı.Postoperatif hastaya clexane 2*0,4cc başlandı. Postoperatif 1. Gün Hb:8.3 gelmesi üzerine 2 Ü ES verildi. Postoperatif 20. Saatte flepte venöz yetmezlik görüldü, dermaroller ile flep 2 saatte bir kanatıldı. Postoperatif 72. saatte venöz yetmezliğin artması üzerine üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Mikroskop altında eksplorasyon yapıldı, anastomoz distalinde trombüs saptandı, heparinli yıkama yapıldı ve anastomoz tekrar edildi. 5. Günde venöz yetmezlik artınca hirudoterapiye başlandı ve hastaya antibiyotik verildi. 4 saate bir 4 sülük değiştirilerek flep takip edildi.Hb düşüklüğü nedeniyle hastaya 2 Ü ES verildi. Postoperatif 12. Güne kadar hirudoterapiye devam edildi. Toplamda 9 Ü ES verildi. Flepteki siyanoz azaldı (Resim 1).Hasta postoperatif 13. Günde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Latisimus dorsi kas-deri flebi ve implant ile onarım hem erken hem de geç dönem meme rekonstrüksiyonda güvenilir bir yöntemdir. Torakodorsal pedikül beslenme için güvenilir ve mikrocerrahi gerektirmeyen pek çok alternatifi (tam/split myokutanöz, kas, cilt, yağ) mevcuttur. Radyoterapi hastaları için uygun, abdominal flebe iyi bir alternatiftir. İmplant ile daha iyi kozmetik sonuç verir. Yetersiz serbestlenme ya da traksiyona bağlı gelişen vasküler pedikül hasarı komplikasyonlarından biridir. Bu durumda mikrocerrahi ile onarıma başvurulur. Traksiyona bağlı komplikasyonların en aza indirilmesi için aşırı traksiyondan kaçınılmalıdır. Flebin origosundan tamamen değil %5-10 kalacak şekilde serbestlenmesi, flep adaptasyonu sırasında kas lateralinin medial ve inferıor kenarlara göre daha belirgin olduğu akılda tutularak plan yapılması önerilmektedir. Ayrıca, implant seçiminde flebin boyutları göz önünde bulundurulmalıdır. Progresif venöz yetmezlikte pedikülün eksplorasyonu, dermoroller ve mikroiğnelerle kanatma veya çoklu sülük uygulamaları ile flebin kurtarılabilirdi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Hirudoterapi, Meme Rekonstrüksiyonu, Torakodorsal ven*

Resim 1



Latisimus dorsi kas- deri flebindeki venöz konjesyonun günlük seyri

P-067
Covid-19 Döneminde Acil Servise Başvuran El Yaralanmalarının Etiyolojik Ve Demografik Özelliklerinin Covid-19 Öncesi Aynı Dönem İle Karşılaştırılması

Süleyman Çakmak, Cenk Demirdöver, Merve Özger, Haluk Vayvada, Fatih Alp Öztürk, Hüseyin Emre Ulukaya
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: El yaralanmaları acil başvurularının büyük bir kısmını oluşturur. El yaralanmaları etiyolojisi demografik özelliklere, mevcut sosyoekonomik durum ve çevresel faktörlere göre değişiklik gösterir. Bu çalışmanın amacı Covid -19 nedenli yapılan düzenlemelere bağlı olarak değişen epidemiyolojik ve demografik özellikleri araştırmaktır.

Gereç Ve Yöntem: Retrospektif olarak Nisan 2019 ile Temmuz 2019 ve Nisan 2020 ile Temmuz 2020 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Servisine başvuran el yaralanmalarının etiyolojik ve demografik özelliklerini inceleyerek karşılaştırdık.

Bulgular: Acil servise, geçtiğimiz 2019 yılı Nisan ve Temmuz ayları arasında toplam 215 hasta başvurmuştur. Bu hastaların 183 tanesi (%85) erkek, 32 tanesi (%15) kadın olduğu saptandı. Hastaların yaş aralığı bir ile 67 yaşları arasında, yaş ortalaması ise 31 olarak saptandı. Etiyolojik faktörlere bakıldığında, %30'u cam, %11 taşlama makinesi, %14 bıçak ile kalan %45'ik kısım ise kapı arasına sıkışma, demir cisimler arasında kalma, trafik kazası, ateşli silah yaralanması ve halat ile olduğu görüldü. Başvuruların %14 ünün iş kazası olduğu saptandı. Acil servise, 2020 yılı Nisan –Temmuz ayları arasında toplam 225 hasta başvurdu. Bu hastaların 188 tanesi (%83,5) erkek, 37 tanesi (16,5) kadın olduğu saptandı. Hastaların yaş aralığı bir ile 83 yaşları arasında, yaş ortalaması ise 34 olarak saptandı. Etiyolojik faktörlere bakıldığında %29 cam, %12 bıçak, %15 taşlama makinesi ile kalan %44'ünde ise blender, kapı arasına sıkışma, taş ve mermer düşmesi ile olduğu saptandı. Başvuruların %5,7'sinin iş kazası olduğu saptandı.

Sonuç: Covid -19 nedenli yapılan düzenlemeler sonrası el yaralanmaları olan hastaların demografik özellikleri ve etiyolojik özelliklerine bakıldığında evde vakit geçirmek zorunda kalan ve hobi amaçlı yapılan faaliyetler sonucu hasta sayısının arttığı, hasta popülasyonunun genç çalışan popülasyondan yaşlı ve çocuk popülasyona kaydığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: *Acil, Covid-19, El, Etiyoloji*

P-068
Hızlı İlerleyen Merkel Hücreli Tümör; Olgu Sunumu

Mehmet Alkan[1], Batuhan Uğur Aksoy[1], Murat Tüzüner[2], Meltem Ayhan Oral[2], Ersin Akşam[1]
[1]Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Merkel hücreli karsinom; nadir rastlanılan agresif prognozlu bir cilt tümörüdür. Merkel hücreleri ilk defa 1875 yılında Friedrich Merkel tarafından, merkel hücreli kanser ise ilk defa 1972 yılında Toker tarafından tanımlanmıştır. Merkel hücreli karsinom oldukça agresif olup yüksek oranda lokal nüks, bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz gösteren bir tümördür. Genellikle ağrısız, sert, iki santimden küçük ülsere deri lezyonu olarak kendini gösterir. Tanı genellikle eksizyonel biyopsi ile konur. Erken evre (lenf bezi ve uzak metastaz olmayan Evre I ve II hastalık) hastalarda izlenecek yol primer lezyonun bir iki santimetre sağlam cerrahi marj ile eksiziyonu ve sentinel lenf nodu biyopsisidir. Sentinel lenf bezinde metastaz tespit edilmeyen hastalar takibe alınır. Sentinel lenf bezlerinde mikroskobik olarak metastaz tespit edilen hastalarda lenf nodu diseksiyonu uygulanır. İlk muayenede lenf nodu metastazı ile başvuran, uzak metastazı olmayan hastalara total cerrahi eksizyon ve lenf nodu diseksiyonu uygulanır. Uzak metastazı olan hastalara ise radyoterapi ve kemoterapi uygulanır. Bu çalışmamızdaki amaç merkel hücreli tümörün agresif ve hızlı ilerleyen bir tümör olmasından dolayı, hızlı bir şekilde tedaviye karar verip uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, dış merkezde sol diz altı bölgesinde bulunan kitlesinden alınan insizyonel biyopsi sonucunda merkel hücreli tümör gelmesinden sonra kliniğimize yönlendirilmişidi. Yapılan muayenesinde sol diz altı bölgesinde, medial ön yüzde 5x4 cm ciltten kabarık ülserenodüler görünümde kitlesi mevcuttu. Hastaya tümör eksizyonu ve sentinel lenf nodu operasyonu planlandı. Primer tümör iki santimetre sağlam cerrahi sınırla çıkarılıp, defekt alanı deri grefti ile onarıldı. Gama probe yardımıyla tespit edilen dört adet sentinel lenf nodu çıkarılıp histopatolojik incelenme için gönderildi. Patoloji sonucunda; tümör çevresinde iki santimetre, tabanda ise 1,8 santimetre sağlam cerrahi sınırla eksiyonun yapıldığı görüldü. Dört adet çıkarılan sentinel lenf nodu reaktif lenf nodları olarak raporlandı. Hasta radyasyon onkolojisine ve tıbbı onkolojiye konsülte edildi. Onkoloji bölümleri tarafından ek tedavisi önerilmedi. Operasyon sonrası erken dönem takiplerinde greft viabil ve ek patoloji gözlenmedi. Üç ay sonra kontrole gelen hastada diz ve kasık bölgesinde şişlik, kızarıklık ve hassasiyet gözlendi. Hastanın çekilen ultrasonografi (USG) ve pozitron emisyon tomografi (PET-BT) sonucunda primer cerrahi bölgede rezidü, diz çevresinde metastaz ile uyumlu satellit nodüller ve inguinal bölgede metastaz ile uyumlu lenfadenopati saptandı. Hastaya reeksizyon ve inguinal lenf nodu diseksiyonu planlanıp uygulandı. Hastanın yatışındaki operasyon sonrası takiplerinde inguinal bölgede lenf sıvısı drejanı ve insizyon alanında dehisans izlendi. Hasta pansuman ile takip edildi. Bir hafta sonra gelen patoloji raporunda inguinal diseksiyon materyalinin (12.5x7.7x5.5 cm) metastatik lenfanadeopati ile uyumlu olduğu görüldü. Primer cerrahi alan reeksizyon materyalinin rezidü tümör ile diz çevresinde çıkarılan kitlelerin ise satellit metastazlarla uyumlu olduğu görüldü. Tümörün tüm cerrahi sınırlarda devamlı olduğu raporlanması üzerine invazyon derinliğinin değerlendirilmesi açısından manyetik rezonans görüntüleme (MRI) istendi. Çekilen MRI' da inguinal diseksiyon alanında 4x4cm lik kitle ve primer cerrahi alanda periost invazyonu gösteren rezidü tümör izlendi. Yapılan vücut taramasında (PET-BT, MRI) sol alt ekstremite dışında sistemik tutuluma dair bulgu saptanmaması üzerine Ortopedi ve Onkoloji ile yapılan konsey sonrası hastaya amputasyon önerildi. Hasta ve hasta yakınlarının amputasyonu kabul etmemesi üzerine hasta onkolojik tedaviyi almak üzere tıbbı onkoloji kliniğine devredildi. Tıbbı onkoloji bölümünde yapılan takiplerinde satellit inguinal cilt lezyonları, şişlik ve ödem meydana gelmiştir. Çekilen USG'de apse formasyonu saptanmamış olup inflamasyon lehine raporlanmıştır.

Tartışma: Merkel hücreli karsinom oldukça agresif ve kötü prognozlu bir tümördür. Merkel hücreli karsinomlu hastalarda beş yıllık ortalama sağkalım %50-68 kadardır. Yüksek oranda lokal nüks (%27-60), lenf nodülü tutulumu (%45-91) ve uzak metastaz (%18-52) görülür. Olgumuzda yapılan ilk cerrahi eksizyonda çevre ve taban sınırlar salim olmakla beraber, üç ay sonra primer alanda tümör nüks edip periost invazyonu ve inguinal metastaz göstermiştir. Hasta amputasyon kararını kabul etmemesi tümöral dokunun lokal ve rejyonal olarak yayılmasına sebep olmuştur. Sonuçlar: Agresif ve kötü prognoza sahip Merkel hücreli karsinom tedavisinde vakit kaybedilmemelidir. Geniş bir rezeksiyon ve sentinel lenf nodu örneklenmesi, gerekli durumlarda lenf nodu diseksiyonu yapılması gerekmektedir. Ekstremitelerde periost ve vasküler yapılara invazyonu gibi durumunda ilgili bölümlerle beraber amputasyon kararı alınmasında tereddüt edilmemeli ve hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *agresif cilt tümörü, amputasyon, lenf nodu diseksiyonu*

Reeksizyon ve inguinal lenf diseksiyonu sonrası

P-069
Karın Ön Duvarı Yerleşimli Glomanjiom: Vaka Sunumu

Münür Selçuk Kendir, Mehmet Dadacı, Zikrullah Baycar, Hayri Ahmet Burak Nurşen, Bilsev İnce
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Glomanjiomlar, bening özellik gösteren glomus tümörünün bir tipidir (1). Glomus tümörleri, termal regülasyonda görevli glomus cisimciğindeki modifiye düz kas hücrelerinden köken alırlar (2). Glomanjiomlar 3 alt tipe ayrılmışlardır: yaygın çok sayıda glomanjiomlar, lokalize çok sayıda glomanjiomlar ve plak benzeri glomanjiomlar (3). Köken aldıkları histolojik yapı sebebiyle, genellikle ekstremite distallerinde yerleşimli olmakla birlikte, nadiren baş boyun ve diğer yerleşimlerde de bulunabilmektedirler (4).

Amaç: Bu olgu sunumunda kliniğimizde tedavisi uygulanmış olan ve takiplerine devam edilen nadir görülen abdomen ön duvarı yerleşimli glomanjiom olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 27 yaşında kadın hasta, karın ön duvarında çok sayıda mavi-mor renkli şişlikler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede en büyüğü 7 mm çapında umblikus solunda ciltaltı yerleşimli çok sayıda vasküler yapıda mavi renkli lezyonlar görüldü, ek bulgu yoktu. Anamnezde 2 yıl önce tarafımızca lezyondan alınmış olan biyopsi sonucunun glomanjiom olarak raporlandığı öğrenildi. Dış merkezde yapılmış olan abdomen MRG incelemesinde karın ön duvar sol rektus kasından cilde uzanım gösteren ancak batın içi uzanım göstermeyen vasküler lezyon tespit edildiği görüldü. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Uygun cerrahi sınırla lezyonların etrafından insizyon düşülerek fasiya altı planda doku eleve edildi. Lezyonun kas içi devamlılık göstermediği görüldü. Kitle eksize edilerek uzaklaştıldı. Karın ön duvarı onarımı lezyon kenarlarından planlanan 2 adet fasiyokütan fleple tamamlanıldı. Hastanın takiplerinde nükse rastlanılmadı.

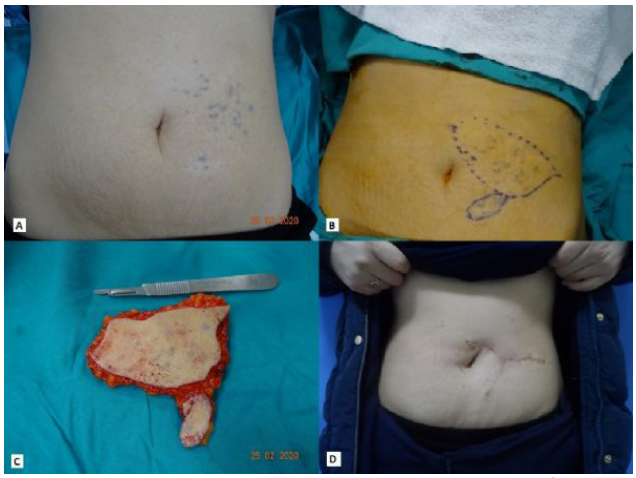
Tartışma: Lokalize glomanjiomlar genellikle belirli bir alanda sınırlanmış çok sayıda mavi nodüller şeklinde prezente olurlar (5). Histopatolojik inceleme olmaksızın kesin teşhis koymak mümkün değildir. Ayırıcı tanıda venöz malformosyonlar bulunur. Skleroterapi, elektrocerrahi ya da karbondioksit tedavisi de bildirilmiş olsa da en iyi tedavi seçeneği cerrahi eksizyondur (5,6,7,8) Bu vakada insizyonel biyopsi ile teşhis konulmasını takiben uygun tedavi yöntemi olan cerrahi eksizyon uygulanmıştır. Ayrıca olası iç organ uzanımını değerlendirmek amacıyla cerrahi öncesi MRG incelemesi yapılmış ve iç organ uzanımı ekarte edilmiştir. Glomanjiomların hem kesin teşhis hem de uygun tedavisi için cerrahi eksizyonu ve pre-op dönemde lezyonun sınırlarının belirlenmesi amacıyla radyolojik inceleme yapılmasını öneriyoruz

KAYNAKLAR

1- Atkar R, Verdolini R. Multiple widespread blue nodules: a clinicopathological case. Case Rep Dermatol. 2012;4(1):1-4. doi:10.1159/000335690
2- Young DM, Mathes SJ. Skin and subcutaneous tissue. In: Schwartz SI, ed. Principles of Surgery, 7th ed. New York: McGraw-Hill, 1999:513–32.
3- Burns T, Breathnach S, Cox N et al., eds. Rook's Text of Dermatology. 7th edn. Blackwell Science, Oxford, 2004, pp 15.61–15.62.
4- Duclos JY, Duffas O, Deminiére C, et al. Glomangioma or "glomus tumor" of the nasal cavity: Apropos of a new case and review of the literature [in French]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2001;122(2):119-23.
5- Yu HJ, Kwon SJ, Bahn JY et al. Localized multiple glomus tumors of the face and oral mucosa. J Dermatol 2000; 27: 211–213.
6- Padilla RS. Glomus tumor. In: Dermis DJ ed. Clinical Dermatology. JB Lippincott: Philadelphia, 1997, Chap 7–69.
7- Mounayer C, Wassef M, Enjolras O et al. Facial glomangiomas: large facial venous malformations with glomus cells. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 239–245.
8- Honma M, Kato N, Takahashi H et al. Localized multiple glomus tumor treated with sclerotherapy (in Japanese). Hifu Rinsho 2003; 45: 811–813.

Anahtar Kelimeler: *glomanjiom, abdomen duvarı, vasküler tümörler*

Resim 1



Karın ön duvarında glomanjiom: A-) Pre-op görünüm B-) İntra-operatif cerrahi planlama C-) Eksize edilmiş olan tümörün görünümü D-) Post-op 2. hafta karın ön duvarının görünümü

P-070
Geç Ven Onarımı Yapılmış Başarılı bir Tamai Zon I Replantasyon Vakası

Burak Özkan, Abbas Albayati, Çağrı Ahmet Uysal, Nilgün Markal Ertaş
Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Distal falanks amputasyonlarının replantasyonu, rekonstrüktif mikro cerrahlar için bir zorlayıcı olmuştur. Optimum koşullarda bile dijital venler görülemediği veya ortaya koyulamadığı için tamir edilemez. Venöz onarım ve venöz konjesyona bağlı komplikasyonlar için birçok cerrahi ve cerrahi olmayan yöntemler tanımlanmıştır. Geç dijital ven onarımı, distal falanks replantasyonunda venöz akışı sağlamak için tanımlanmış alternatif bir yöntemdir. Geç dijital ven onarımı yaklaşımı ile damarların onarıldığı Tamai bölge 1 amputasyonunun başarılı bir replantasyon olgusunu sunuyoruz.

Olgu Raporu: 48 yaşındaki erkek hasta üçüncü parmağında kopma şikayetiyle acil servise başvurdu. Mesleği kasap olan hasta bir hayvanı tutarken ipin parmağına sarıldıktan sonra parmağını koplardığını anlattı. Fizik muayenesinde, Tamai Zone I sol üçüncü distal falanks ta ampütasyon vardı. (Şekil 1). Ek travması ve kronik bir hastalık / ilaç ve tütün kullanımı öyküsü yoktu. Hasta soğuk iskeminin 2. saatinde ameliyata alındı. Santral dijital arteri görselleştirmek için açık kitap yaklaşımı kullanıldı (Şekil 2). Avülse edilmiş ulnar dijital arter debride edildi ve Ichikawa subzone II'de bifurkasyonun hemen altında 10/0 sütür materyali ile santral dijital artere radyal dijital anastomoz yapıldı. Ampute parmağın dorsal, santral, subkutan ve lateral tarafı mikroskop altında incelendi ancak venler tespit edilmedi. Revaskülarizasyonun 30. dakikasında geç ven o onarımına karar verildi ve K-teli osteosentezinden sonra operasyona son verildi. 4 saat sonra hasta tekrar ameliyat odasına alındı ve replante edilen parmağa eksplorasyon yapıldı. Ampute parmağın distalinde lateralinde iki genişlemiş ven tespit edildi (Şekil 3). Venorapphy 11/0 sütür materyali ile yapıldı ve vasküler klempler serbest bırakıldıktan sonra venöz geri akış kontrol edildi. Toplam ameliyat süresi 320 dakikaydı (240 dakika + 80 dakika). Replantasyondan sonra günde iki kez oral 100 mg asetilsalisilik asid (Ecoprin 100 mg / gün), subkutan 0.6 cc düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Asetilsalisilik asit, sütür hattından spontan kanama nedeniyle postoperatif 3. günde kesildi. Hasta 10 gün hastanede kaldı ve ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. K teli ameliyat sonrası üçüncü haftada çıkarıldı. Ödemin çözülmesi, hareket açıklığının yeniden kazanılması ve duyusal yeniden eğitim için fizik tedaviye yönlendirildi. Yaralanmadan 2 ay sonra işe döndü. İki noktalı ayrım testi 6. ayda 8 mm ve postoperatif birinci yılda 5 mm olarak bulundu.

Sonuçlar: Geç dijital ven onarımı, venlerin tespit edilemediği distal falanks replantasyonunda alternatif bir çözüm sağlar. Parmağın başarılı arteriyel akışı sonucu gerilmesinin kullanılması, damarların genişlemesini sağlar ve birkaç saat sonra anastomozun kolayca yapılmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: *distal falanks replantasyonu, tamai zon 1, dijital ven onarımı, geç dijital ven onarımı*

Resim 1

Hastanın pre operatif ve post operatif 6. ay görünümü

P-071
Sinonazal Bölgede Eozinofilik Anjiyosentrik Fibrozis: Nadir Bir Olgu

Bilsev İnce, Arda Soylu, Majid İsmayılzade, Mehmet Dadacı
Necmetin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Eozinofilik anjiosentrik fibrozis nadir görülen, üst solunum yolunu tutan benign ve yavaş ilerleme gösteren fibroinflamatuar hastalıktır. İlk olarak Holmes ve Panje tarafından 1983 yılında tanımlanmıştır.EAF net bir klinik ve histolojik görünüme sahip olmasına rağmen patogenezi halen tartışmalıdır.EAF tipik olarak genç-orta yaşlı kadınlarda submukozal,inflamatuvar tümör benzeri;yavaş ama progresif seyreden üst solunum yolu semptomlarına neden olur.Bu olguda sinonazal EAF olgusunun klinik seyir, radyolojik ve histolojik özelliklerini etiyoloji ve tedavi yöntemlerini sunmayı hedefledik.

Olgu: Her iki maksiller ve burun dorsumu bölgesinde şişlik,ağrı;sol burundan epistaksis ve nefes almada güçlük öyküsü olan dış merkezde daha önce septorinoplasti operasyonu geçiren 47 yaşında kadın hasta kliniğimizce kabul edildi.Yapılan fizik muayenede burunda şekil bozukluğu ve her iki gözde epifora bulgusu mevcuttu. Yapılan BT incelemesinde solda üst ve orta konka düzeyinde nazal kaviteyi obstrükte eden; osteomeatal üniteyi genişleten ve orbita medial duvarda destrüksiyona sebep olan kitlesel lezyon raporlanmıştır.Kitlesel lezyonun orbita içerisine uzanımı da bulunmaktadır.MR bulguları da BT bulgularını destekler nitelikte olup hastaya tarafımızca cerrahi planlanmıştır.Genel anestezi altında yapılan operasyonda sol maksilla ön duvarından;sol maksiler sinüs

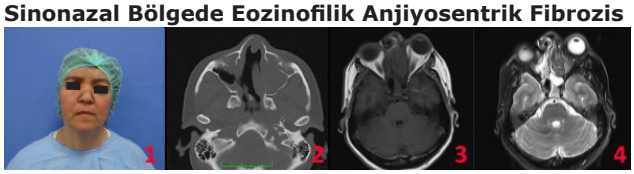
içindeki kitleden,sağ ve sol burun mukozasındaki kitlelerden örnekler alınarak histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu eozinofilik anjiyosentrik fibrozis gelen hasta post-operatif uygun medikal tedavi için romatoloji kliniğine devir edilmiştir.Post-operatif takip sürecinde 6.ayda çekilen MR'da nüks bulgusu izlenmemiştir.

Tartışma: Eozinofilik anjiyosentrik fibrozis yaygın olmayan bir inflamatuar,fibrozan üst solunum yolu lezyonudur.Sinonazal yol ve esas olarak nazal septum, en sık görülen bölgedir. Literatürde orbital ve laringeal tutulumlar da bildirilmiştir. EAF'nin patogenezinde allerjik etiyoloji düşünülmesine rağmen literatürde bazı vakalarda allerji öyküsüne ratlanılmıştır.Hatta steroid ve diğer anti-allerjik tedavilere de dirençli bulunmuştur.Travmanın hastalığı hızlandırdığı düşüncesi;bazı vakalarda cerrahi rezeksiyon sonrası hastalığın hızlı progresyon göstermesine dayandırılmıştır. Bizim hastamızda allerjik öykü bulunmamakla beraber,daha önceden geçirilmiş burun ameliyatı öyküsü bulunmaktaydı. Görüntüleme tetkikleri olarak kullanılan BT ve MR kullanılmakla birlikte kesin tanı için histopatolojik inceleme esastır. Histopatolojik olarak lezyon,eozinofilden zengin perivasküler inflamasyon ve progresif "soğan kabuğu" paternine sahip fibrozis ile karakterizedir. EAF'nin tedavisi yüksek kalıcılık ve nüks oranlarına sahip olması nedeniyle zorlayıcıdır.İntranazal,intralezyonel,sist emik kortikosteroid,dapson,anti-histaminik,tamoksifen,h idroksiklorokin,azatioprin gibi medikal tedaviler yalnızca semptomatik iyileşme sağlamaktadır.En etkili tedavi cerrahi olmakla birlikte yüksek nüks oranlarından ötürü hastalar birden fazla cerrahi girişime maruz kalmaktadır.

Sonuç: EAF yakalanması zor olan benign fibroproliferatif bir hastalıktır.Klinik bulguları spesifik olmamakla beraber tanı koymada histopatoloji en önemli rolü oynamaktadır. Tedavisi hala tartışmalı olmakla birlikte daha çok vakaların bildirilmesiyle etiyoloji ve tedavi yönetimi daha anlaşılır olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Anjiyosentrik, Eozinofilik, Fibrozis, Kitle, Maksilla*

Sinonazal Bölgede Eozinofilik Anjiyosentrik Fibrozis



1-Pre-op Hasta Fotoğrafı 2-BT Görüntüsü 3-T1 Sekans MR Görüntüsü 4-T2 Sekans MR Görüntüsü

P-072
Vasküler Malformasyonlarda Yalnızca Skleroterapi Yapılan Olgular İle Skleroterapi Sonrası Eksizyon Yapılan Olguların Karşılaştırılması

Merve Terzi, Cenk Demirdöver, Can Karaca, Selin Güler, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Vasküler malformasyonlar hemanjiyomlardan farklı olarak doğumda mevcut olan damarların kalıtımsal bozukluğundan kaynaklanan büyüme ile orantılı olarak büyüyen kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülen lezyonlardır. Tanıda kontrastlı MR altın standarttır ve tedavide klinik takip, laser, skleroterapi, cerrahi rezeksiyon gibi çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu çalışmada vasküler malformasyonlarda skleroterapinin lezyonlar üzerine etkinliği, takiplerde regresyon oranları ve cerrahi tedavi ile kombine edildiğinde klinik izlemdeki değişiklikler tartışılmaktır.

Gereç Ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne 2013 ile 2020 yılları arasında vasküler malformasyon tanılı başvuran 47 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş aralığı dört ile 73 yaş arasında olduğu saptandı. Hastalara minimum bir kez maksimum sekiz kez skleroterapi uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 21,9 olarak hesaplanırken ortalama skleroterapi seans sayısı 2,2 olarak hesaplandı. Toplam 20 hastaya (%42,5) skleroterapi ve sonrasında cerrahi eksizyon kombine edildi. Hastaların bir tanesinde fenilketonüri tanısı, bir hastada talasemi taşıyıcılığı mevcutken diğer hastalarda eşlik eden majör ek hastalık saptanmadı. Hastaların 25 tanesinde (%53,1) vasküler malformasyon dudakta, altı hastada (%12,7) yanakta, iki hastada (%4) kolda, iki hastada (%4) elde, beş hastada (%10) ayakta, altı hastada (%12,7)bacakta ve bir hastada (%2) dizde saptandı.

Bulgular: Postoperatif dönemde bir hastanın takiplerinde sütür hatlarında seperasyon gelişti ve sekonder iyileşmeye bırakılarak pansumanla takip edildi. Postoperatif uzun dönem kontrollerine gelmediği saptanan sekiz hasta için lezyonun uzun dönem progresyonu/regresyonu takip edilemedi. Cerrahi eksizyon yapılan dört hastada poliklinik takiplerinde lezyonda tekrar progresyon saptandı. Kalan dokuz hastanın postoperatif dönemde estetik açıdan daha tatmin edici sonuç elde edildiği ve kitlede daha fazla regresyon olduğu görüldü. Eksizyon yapılan hastalarda sadece skleroterapi uygulananlara göre postoperatif poliklinik takiplerinde nüks ve kitlede küçülme oranın ve hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu saptandı. Hastaların ek hastalıklarının veya sigara kullanımının yara iyileşmesi üzerine belirgin etkisi saptanmadı.

Sonuç: Skleroterapi, cerrahi eksizyon ile kombine edildiğinde kitlenin küçüldüğü, postoperatif dönemde nüks oranlarının azaldığı ve hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu görüldü. Hastaya ait faktörlerde ise çalışılan hasta grubunda belirgin farklılık saptanmadı. Çalışmalarda rezeksiyon yapılmadan uygulanan skleroterapinin daha güvenli ve efektif olduğu saptansa da bu çalışma grubunda rezeksiyonun eklendiği hastalarda etkinliğin daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine de her vasküler malformasyon kitle ve yerleşimden ötürü rezeksiyona uygun olmayıp bu hastalarda skleroterapi bazen tek alternatif tedavi yöntemi olmaktadır. Bu yüzden bu hasta gruplarında daha daha efektif sonuç elde edebilmek için lezyonun yerleşimi, postoperatif düzenli uzun dönemli poliklinik takipleri daha düzenli ve daha detaylı analizler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Eksizyon, Malformasyon, Skleroterapi, Vasküler*

P-073
Edinsel Akral Fibrokeratom: Nadir Bir Olgu

Bilsev İnce, Orhan Gök, Majid Ismayilzade, Mehmet Dadacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Akral fibrokeratom (edinsel dijital fibrokeratom) tipik olarak el ve ayak parmaklarında eklemlerin çevresinde ortaya çıkan ve boyutu genellikle 1 santimetreyi geçmeyen nadir yumuşak doku tümörüdür. Genellikle orta yaş erkeklerde görülen fibrokeratomun etiyolojik nedeni kesin olarak bilinmese de travmanın fibrokeratom oluşumunda en önemli tetikleyici faktörlerden olduğu düşünülmektedir.[1] Sıklıkla deri renginde, küçük ve düzgün sınırlı tek lezyon olarak karşılaşılabilmektedir.[2] Nadir görülmesi ve parmaklar üzerinde sık görülen diğer nodüler lezyonlarla karışabilmesi nedeniyle tanı biyopsi ile doğrulanmalıdır. Tümörün benign özelliklerinden dolayı çoğunlukla cerrahi dışı tedaviye ihtiyaç duyulmamaktadır.[3,4] Her ne kadar düzgün sınırlı ve iyi huylu neoplazmlar olsalar da, parmak gibi dar anatomik alanlarda vital yapılara olan komşulukları kritik önem taşımaktadır. Bu çalışmada distal interfalangeal seviyede dijital nörovasküler demeti mediale doğru iten nadir fibrokeratom olgusuna cerrahi yaklaşımımızı sunmayı hedefledik.

Olgu Sunumu: Yaklaşık 7 aydır sağ el 3.parmakta var olan kitlesel lezyon nedeniyle tarafımıza başvuran 43 yaşında erkek hastanın hikayesinde herhangi etiyolojik özellikle karşılaşılmadı. İlk muayenesinde sadece basmakla hassasiyet tarif eden hastanın direkt grafisinde kemik dokuda patoloji görülmedi. Muhtemel yumuşak doku kaynaklı kitle ön tanısıyla çekilen ultrasonda 3.parmak ulnar yüzde distal interfalengeal eklem hizasında yaklaşık boyutları 1.5cm x 1cm x 0.5cmşeklinde olan solid, nodüler lezyon olduğu belirlendi. Lokal anestezi altında operasyona alınan hastanın turnike uygulamasını takiben parmağındaki kitle üzerinden uygun insizyonla girildi. Dijital nörovasküler demetin itilmiş olabileceği göz önünde bulundurularak diseksiyon daima kitleden etraf dokulara doğru gerçekleştirildi. Orta hatta doğru ekspande şekilde bulunan dijital nörovasküler yapılar askıya alınarak korundu. Kitle etraf dokulardan ve volar plate üzerinde yapıştığı alandan serbestlendikten sonra total olarak eksize edildi. Lezyonun patoloji sonucu digital fibrokeratom olarak raporlandı.

Tartışma: Fibrokeratomlar çoğunlukla parmaklarda yer alan benign fibröz tümörlerdir. 1968 yılında 10 olguluk seri rapor edildikten sonra edinsel fibrokeratom hastalığı tanımlanmıştır.[5] Fibrokeratomlar zamanla büyür ve spontan regrese olmazlar.[6] Ayrıcı tanıda kutanöz boynuz, pyojenik granülom, keloid skar, dermatofibrosarkom, erkin poroma, nörofibrom ve diğer hiperkeratotik lezyonlar vardır. Hastaların genellikle yavaş büyüyen ve ağrısız kitle tarif etmeleri diğer malign tümörlerden ayırt etmede yardımcı olabilmektedir.[7,8] Nadir de olsa, kitlenin lokalizasyonu ve boyutlarına bağlı olarak dijital fibrokeratomlar da ağrıya sebep olabilmektedir.[9] Bizim olgumuzda kitle lokalizasyon itibariyle istirahat halinde herhangi semptoma sebep olmasa da, hasta el ve parmakların aktif hareketi sırasında ani ağrıların eşlik ettiğini belirtmekteydi. Edinsel fibrokeratomun en etkili tedavisi cerrahi eksizyondur ve genellikle eksizyon sonrası rekürrens nadirdir.[2] Cerrahi eksizyon her ne kadar kitlenin boyutları gereği minimal işlem olarak görülse de, kitlenin anatomik lokalizasyonu ve vital yapıların ilişkileri daima akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuzda da kitlenin 3. parmak ulnar taraf dijital arter ve sinire yakın komşuluğu ve bu yapıların kitlenin etkisiyle orta hatta doğru yer değiştirdiği görülmektedir. Bu yüzden cerrahi sırasında kitleden etraf yumuşak dokulara doğru, dikkatli ve sabırlı diseksiyonun yapılması küçümsenmemelidir.

Sonuç: Akral fibrokeratomlar oldukça nadir karşılaşılan neoplastik lezyonlar olup genellikle yavaş büyüyen kitle şeklinde prezente olabilmektedirler. Bu ve benzeri küçük lezyonlarda cerrahi eksizyon önerilen standart tedavi yöntemi olsa da kitlenin anatomik lokalizasyonu ve vital yapılarla ilişkileri daima göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1- Frydman AF, Mercer ST, Kleinerman R, Yanofsky VR, Birge MB. Acquired fibrokeratoma presenting as multiple plantar nodules. Dermatol Online J 16:5, 2010.
2- Baykal C, Buyukbabani N, Yazganoglu D et al: Acquired digital fibrokeratoma. Cutis79: 129, 2015.
3- Acquired digital fibrokeratoma. Garg S, Sandhu J, Kaur A, Punia RPS.J Clin Aesthet Dermatol. 2019 May;12(5):17-18. Epub 2019 May 1.
4- Edinsel dijital fibrokeratom: olgu sunumu Ayşegül Yalçınkaya İyidal, Gülçin Şimşek, Fatih Tekin, Arzu Kılıç. Balikesir Saglik Bil Derg Cilt:7 Sayı:2 Ağustos 2018:91-95
5- Bart RS, Andrade R, Kopf AW, Leider M. Acquired digital fibrokeratomas. Arch Dermatol. 1968 Feb. 97(2):120-9.
6- Boffeli TJ, Abben KW: Acral fibrokeratoma of the foot treated with excision and trap door flap closure: a case report. J Foot Ankle Surg 53: 449, 2014.
7- Fetsch JF, Laskin WB, Miettinen M: Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases of a distinctive soft tissue tumor with a predilection for the fingers and toes. Hum Patholn 32: 704, 2001.
8- de Freitas PM, de Sb Xavier MH, Pereira GB et al: Acquired fibrokeratoma presenting as a giant pedunculated lesion on the heel. Dermatol Online J 14: 10, 2008.
9- Yelamos O, Alegre M, Graces JR et al: Periungual acral fibrokeratoma: surgical excision using a banner flap. Actas Dermosifiliogr 104: 830, 2013.

Anahtar Kelimeler: *Akral fibrokeratom, dijital arter, dijital sinir*

Resim 1

A- Sağ el 3.parmak DIP (distalinterfalengeal) eklem hizasında ulnar yüzde dijital fibrokeratom. B, C- Kitle tarafından orta hatta ve palmar yüze doğru ekspande edilmiş nörovasküler yapılar. (turuncu ok: dijital nörovasküler demet), D- eksizyon sonrası görüntü

P-074
Omuz seviyesinden üst ekstremite amputasyonunda travmatize fillet flep kullanımı:Olgu sunumu

Özcan Öcük, Cemal Fırat, Orhan Gazi Dinç, Kağan Bekircan, Emine Parlak
Inönü Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ad

Giriş: Üst ekstremite amputasyonları, yaralanmaya uğrayan kişi için çok yıkıcı ve hayat ritüeline etki eden bir durumdur. Özellikle ektremitelerinin proksimal kısımlarında olan amputasyonlar hayati tehlike oluşturabilecek kadar kan kaybına neden olmakta ayrıca diğer sistemlerde travma oluşturabilecek ağır yaralanmalardır. Teknolojik gelişmelerin artması, insanların daha hızlı ulaşım araçları, sanayi işlemlerin yüksek enerjili makineler ile sağlanıyor oluşu bu tarz travmaları iş ve trafik kazalarında daha da artan oranlarda karşılaşmamıza neden olmaktadır. Üst ekstremite travmaları ile çok fazla karşılaşılmasına rağmen proksimal seviye olan büyük ve yıkıcı yaralanmalar çok fazla görülmemektedir (1). Proksimal seviyedeki üst ekstremite yaralanmaları daha çok yüksek enerjili ve avülsiyon sonucu künt ve ezici tarzda olan yaralanmalardır. Bu konuda ilk başarılı replantasyon uygulaması Malt et al. tarafından yapılmıştır (1 -2). Replantasyon stratejisnde amaç maksimal uzunluğu sağlamaya çalışmaktır (1-3.)Her ne kadar kopan uzvun mümkün olan en fazla uzunlukta replantasyon yapılması temel strateji olsa da bu durum her zaman mümkün olamamaktadır (4-5). Yaralanan kişinin ek travmalarının olması, yaşı, teşkil eden başka hastalıklarının oluşu, iskemi süresi ve hastanın genel durumu rekosntrüksiyon stratejisinin etkilenmektedir (4-5).

Olgu: 20 yaşında erkek hasta, hastanemizin acil servisine motorsiklet kazası nedeniyle, 112 tarafından getirildi. Avülsiye yaralanması olan hasta ortopedi ve kalp damar cerrahisi oluştuğu konsey kararı ile güdük kapatılması planlandı. Konsey kararı sonrası hasta yakınlarından ortopedi ve kvc tarafından onam alındı. Yapılan incelemede humerus proksimalinden avülsiyon tarzında amputasyon gerçekleştiği görüldü. Brakial pleksusu boyun seviyesinden avülsiye olduğu gözlendi (Resim-1:ok ile işaretli kısım avülsiye olmuş brakial plekususu işaret etmektedir). Amputantın özellikle distal radial tarafından derin kesilerin olduğu ve amputantında travmaya uğradığı belirlendi (Resim-2: ok ile işaretli kısım travmaya uğramış distal radyal ve ulnar bölgeyi işaret etmektedir). Hasta kliniğimize güdük kapatılması için danışıldı. Hastanın yaşının genç olması ve humerus güdük kısmın kalan kısmının kısaltılmadan korunması ve omuz ekleminin stabiltesinin sağlaması açısından spare part – fillet flep konsepti ile radial on kol flebi planlandı (Resim-3: genişletilmiş radyal ön kol flebi). Ne yazık ki amputantın distal radius kısmı zedelenmişti (Resim 2-3). Cerrahi ekibimiz tarafından radial ön kol flebinin genişletilerek brakial arter bazlı A. Radialisin proksimal perforatörlerini baz alınarak flep kaldırılması planlandı. Yapılan disseksiyon sırasında radial arter hattındaki cilt bölgesinin, kas fasiasında avülsiye olduğu gözlemlendi(Resim 4: oklar avülsiye olmuş radyal flebi göstermektedir). Fakat bracioradial kas karnının cilt ile bağlantısı korunmaktaydı. Flep dirsek eklem yüzünü içine alacak şekilde brachioradyal kas içi radial perforatörler korunarak kompozit şekilde kas karnı ile birlikte kaldırıldı (Resim 5: ok brakioradyal kas karnını işaret etmektedir). Flep güdük bölgesinde derin bracial arter ve ven anastomoze edildi. Hastanın postop 24. Saatte flep distalinde venöz konjesyon gelişmeye başladı. Flebe sülük uygulaması yapıldı. Kısmı nekroz gelişen flepte daha sonraki takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadı. Daha sonra hasta taburcu edildi (Resim 6: hastanın post op 10.gün görüntüsü).

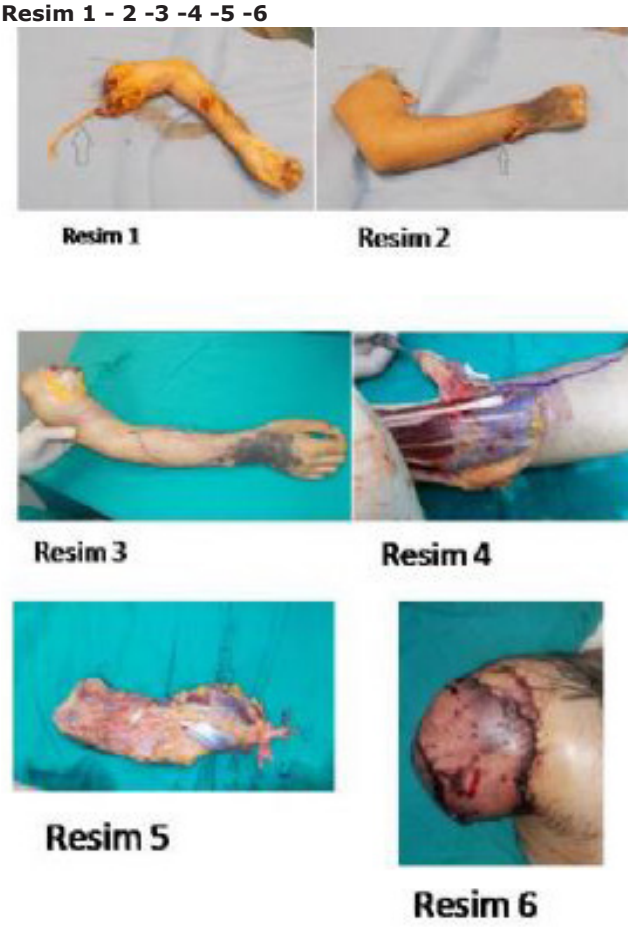
Tartişma: Serbest fillet flebin ilk olarak Schmidt et al tarafından tanımlanmıştır(6). Bu süreç içerisinde, bu yöntem birçok cerrah tarafından başarıyla uygulanmıştır (1-4) Oliveira et al travmatik üst ekstremitede 7 vakalık serbest fillet serisi yayınlamıştır. Bu çalışmada güdüğün kısaltılarak pirimer kapatılması yerine bu bölgedeki dokuların mümkün olduğunda korunması, omuz ekleminin stabilizayonu ve protez kullanımındaki kolaylık için güdük bölgesinde alıcı duyu siniri varsa, duyu kabiliyeti olan bir flep aktarılması üzerinde durulmuştur (1). Benzer şekilde Flurry et al 8 vakalık, travmaya bağlı üst ekstremite amputasyonlarında fillet flep serisi yayınlamışlarıdır. Yine bu çalışmada replante edilemeyecek amputanttan alınan serbest flebin hastaya daha yararlı olduğu ve hastanede yatış süresini kısalttığı belirtilmiştir (4). Hammond et al (5) ve Cavadas Et al (7) yaptıkları vaka serilerinde replanta edilemeyecek şekilde olan amputantlarda hem sekonder donor saha defekti oluşturmamak hem de acil cerrahi prosedürüne uygun olarak güdük kapatılmasını sağlamışlardır. Küntscher et al bu konuda en kapsamlı vaka serisini yapmıştır (8). Üst ekstremitede fillet flep kullanılması sadece travmaya bağlı amputasyonlarda değil özellikle axiller bölgeyi tutan ve subclavian arter tutulumu olan tümörlerin eksiyonu sonrası oluşan doku defektinin kapatılması içinde kullanılmıştır. Bu tür vakalarda flebin alınacağı bölgede tümör dokusunun olmamasından emin olunmalıdır. Bu tür amputasyonlar literatürde forequarter amputasyonlar şeklinde tanımlanmış olup Scaglioni et all (9), Parra et all (10) ve Cordeiro et all (11) tarafından uygulanmıştır. Bizim vakamızda hastanın genel durumu ve amputantın travmatize olmuş olmasını göz önüne alarak ve ayrıca MESS skorunun yüksekliği nedeniyle hastada replantasyon endikasyonu düşünülmedi. Proksimal seviyede olan bu amputasyonda güdüğün primer olarak kapatılması güdüğü kısaltacak ve hastanın ilerleyen dönemlerde protez kullanımına engel teşkil edecekti. Her ne kadar bizim vakamızda serbest ön kol fillet flep uygulaması tam endikasyon oluşturmasa da, travmatize olmuş radyal ön kol flebi genişletilmiş ve brachioradyal kas karnı ile kompozit şekilde kaldırılması radyal arterin proksimal perforatörleri korunarak avantaj sağlanmıştır.

KAYNAKLAR
1. Oliveira IC, Barbosa RF, Ferreira PC, et al. The use of forearm free fillet flap in traumatic upper extremity amputations. Microsurgery. 2009;29(1):8-15
2. MALT RA, MCKHANN C. REPLANTATION OF SEVERED ARMS. JAMA. 1964;189:716-722
3. Frykman GK, Jobe CM. Amputation salvage with microvascular free flap from the amputated extremity. J Trauma. 1987;27(3):326-329
4. Flurry M, Melissinos EG, Livingston CK. Composite forearm free fillet flaps to preserve stump length following traumatic amputations of the upper extremity. Ann Plast Surg. 2008;60(4):391-394
5. Hammond DC, Matloub HS, Kadz BB, Yousif NJ, Sanger JR, Larson DL. The free-fillet flap for reconstruction of the upper extremity. Plast Reconstr Surg. 1994;94(3):507-512
6. Schmidt RG, Springfield DS, Dell PC. Chest wall reconstruction with a free extended forearm flap. A case report. J Reconstr Microsurg. 1987;3(3):189-191
7. Cavadas PC, Raimondi P. Free fillet flap of the hand for elbow preservation in nonreplantable forearm amputation. J Reconstr Microsurg. 2004;20(5):363-366
8. Küntscher MV, Erdmann D, Homann HH, Steinau HU, Levin SL, Germann G. The concept of fillet flaps: classification, indications, and analysis of their clinical value. Plast Reconstr Surg. 2001;108(4):885-896
9. Scaglioni MF, Lindenblatt N, Barth AA, Fuchs B, Weder W, Giovanoli P. Free fillet flap application to cover forequarter or traumatic amputation of an upper extremity: A case report. Microsurgery. 2016;36(8):700-704
10. de la Parra M, Espinoza A, Sanchez J, et al. Forequarter Amputation and Immediate Reconstruction with a Free Extended Humeral-Radial Forearm Flap. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2015;3(11):e568
11. Cordeiro PG, Cohen S, Burt M, Brennan MF. The total volar forearm musculocutaneous free flap for reconstruction of extended forequarter amputations. Ann Plast Surg.

1998;40(4):388-396

Anahtar Kelimeler: *fillet flep, genişletilmiş radyal önkol flebi, üst ekstremite amputasyonu*

Resim 1 - 2 -3 -4 -5 -6



resim 1 avülsiye olmuş brakial pleksus resim 2 travmatize olmuş radyal on kol flebi resim 3 genişletilmiş radyal on kol flebi çizimi resim 4 travmaya uğramış radyal on kol felp perforatörleri resim 5 brakioradyal kas karnı resim 6 post op 10. gün görüntüsü

P-075
Nak Koruyucu Mastektomiye Farklı Bir Yaklaşım: Meme Protezinin Prepektoral Plana Yerleştirilerek Üzerinin Adipodermal Flep İle Kapatılması

Fatih Alp Öztürk, Haluk Vayvada, Hüseyin Emre Ulukaya, Adnan Menderes, Merve Terzi, Tahir Babahan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: NAK koruyucu mastektomi ile birlikte protezle meme rekonstrüksiyonu memenin konturunu optimize etmeye yardımcı olur. Uygun hasta kriterleri ve onkolojik güvenliliği verilerle uyumlu olarak genişledikçe meme ucu koruyucu mastektomi yapılan hasta sayısı oranı artmaya devam edecektir. Operasyon mastektomi ve protez ile meme rekonstrüksiyonu olmak üzere iki ana kısımdan oluşmaktadır. Hastanın vücut yapısına da bağlı olmakla birlikte mastektomi için birçok insizyon tipi ve rekonstrüksiyon için birçok operasyon tekniği tanımlanmıştır. Literatür incelendiğinde protezin planı için pektoral kas altı veya cilt altı plan kullanılabilmektedir. Yine protezin doku uyumunu arttırmak için otolog dokular, allogreftler, ksenogreftler ve sentetik materyaller kullanılabilmektedir. Otolog doku olarak kullanılan adipodermal flep cerrahi teknik olarak cilt küçültmesi gerektirecek büyüklükteki memelerde elde edilebilmektedir. Genellikle bu flep pektoral kas altına yerleştirilen protez uygulamalarında kasın örtemediği alt kısmı kaplamak için kullanılmaktadır. Böylece meme protezinin üzeri her taraftan cilt altından daha derin bir planda kalmaktadır. Olası cilt problemlerinde protezin dışarı ekspoze olma ihtimalinin önüne geçilmektedir. Biz bu teknikle yeterli büyüklükte adipodermal flep elde edilen hastada protezin prepektoral plan ve adipodermal flep ile oluşturulan zarfa, protezin güvenle yerleştirilebileceği teknikten ve bu tekniğin uygulandığı 3 hastadan bahsedeceğiz.

Gereç Ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı'nda opere edilmiş üç olgu ele alınmıştır. Birinci olguda daha önce endometrium kanseri tanısı almış ve tedavisi sırasında yapılan tetkiklerinde BRCA-1 mutasyonu saptanmıştır. Bunun üzerine profilaktik mastektomi açısından Genel Cerrahi Kliniğine başvurması ardından hastanın uygun endikasyonda olması nedenli tarafımıza konsülte edildi. Uygun şartlar altında hastaya iki taraflı NAK koruyucu mastektomi ve yeni teknikle meme rekonstrüksiyonu uygulandı. İkinci hasta sağ memede invaziv meme kanseri nedenli daha önce mastektomi operasyonu geçirmiş. Uygun endikasyonda olması nedenli sol tarafa profilaktik meme ucu koruyu mastektomi ve yeni teknikle meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Üçüncü hastaya sağ tarafta uygun endikasyonda invaziv meme kanseri olması nedenli hastaya iki taraflı meme ucu mastektomi ve yeni teknikle meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Tüm hastalarda Ters-T skarlı wise patterne uygun planlama yapıldı Alt polde bulunan fazla cilt desepitelize edilip inferior bazlı adipodermal flep olarak hazırlandı. Meme ucu-meme başı kompleksi serbest tekniğine uygun olarak greft olarak ayrıldı. Mastektomi işlemi genel cerrahi ekibi tarafından tamamlandıktan sonra prepektoral plana adipodermal flepten zarf oluşturuldu. Protez bu zarf içine yerleştirildi. Cilt flepleri uygun şekilde birbirine sütüre edildi. Meme ucu-meme başı grefti olması gereken yeni yerine adapte edilip üzerine bohça pansuman yapıldı. Bohça pansuman yedi gün sonra açıldı ve iyileşme sağlanana kadar pansuman yapıldı. Hastalar operasyon sonrası altı ay takip edildi. Toplam opere edilen beş memeden bir tanesinde 3x4 cm ebatlarında parsiyel cilt nekrozu gelişti. Nekrozlu kısım demarkasyon sonrası debride edildikten sonra pansumanla sekonder iyileşmesi sağlandı.

Tartışma: Meme kanserinin artan insidansı ve güvenlilik sınırları içinde artan meme ucu koruyucu mastektomi endikasyonları nedeniyle bu operasyonun uygulanma sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu yükselen eğilim artan cerrah konforuna, NAK korunmasının sağladığı üstün estetik sonuca, olumlu psikolojik sonuçlara ve hasta memnuniyetine de atfedilebilir. Operasyon tekniği açısından uygulanan birçok yöntem bulunmakla birlikte herbirinin ayrı ayrı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu teknikle daha fazla cerrahi diseksiyonun getirdiği dezavantaj giderilmiş ve otolog dokunun kullanılmasının avantajları sağlanmıştır.

Sonuç: Seçili olgularda uyguladığımız bu tekniğin otolog doku ile protezin adaptasyonunu kolaylaştırdığını, kas altı diseksiyonun getirdiği morbiditeyi azalttığını, kozmetik sonucu arttırdığını, operasyon süresini kısalttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Adipodermal, İmplant, Mastektomi, Prepektoral*

P-076
Poland Sendromlu Erkek Hastada Meme Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Özlem Çolak, Emre Gunenc, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak Par, Semih Tiber Menteşe, İlker Üsçetin
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Hastanesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Poland Sendromu 30000 ila 100000 doğumda bir görülen, çeşitli derecelerde göğüs duvarı ve ipsilateral üst ekstremite anomalileri ile seyreden konjenital bir malformasyondur.İnsidans erkeklerde kadınlara göre 3:1 oranda daha fazla olup, sağ taraf tutulumu sola göre 3:1 oranda daha fazladır. Poland sendromunun patognomik bulgusu pektoral kasın sternokostal başının agenezsi olmakla beraber buna pek çok diğer malformasyon eşlik edebilir. Bunlar arasında meme hipoplazisi veya aplazisi, nipple aplazisi, pektoralis major veya minör aplazisi, kostal kartilaj ve kot anomalileri, sindaktili, brakidaktili ve mikromeli sayılabilir. Etyoloji kesin olarak bilinmemekle birlikte en fazla kabul gören teori ipsilateral subklavian arter hipoplazisi ve buna bağlı oluşan gelişim geriliğidir. Bu olgumuzda Poland Sendromu tanısı alan erkek hastaya meme rekonstrüksiyonu açısından cerrahi yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 22 yaşında erkek hasta, polikliniğimize sağ göğüs duvarında çöküklük şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde inspeksiyonda sağ pektoral bölgede yaklaşık 10x10 cm boyutunda deplese alan mevcuttu. Sağ nipple doğal olarak izlendi. Yapılan palpasyonda kotlar ve interkostal kaslar doğaldı. Pektoral kas hipoplazik olduğu görüldü. Hastada sağ kolda adduksiyon ve iç rotasyonda zayıflık mevcuttu. Hastada ipsilateral üst ekstremite anomalileri izlenmedi. Çekilen MR'da kotlarda ve interkostal kaslarda anomali görülmedi. Hasta mevcut bulgularla Foucras sınıflaması Evre I olarak değerlendirildi.

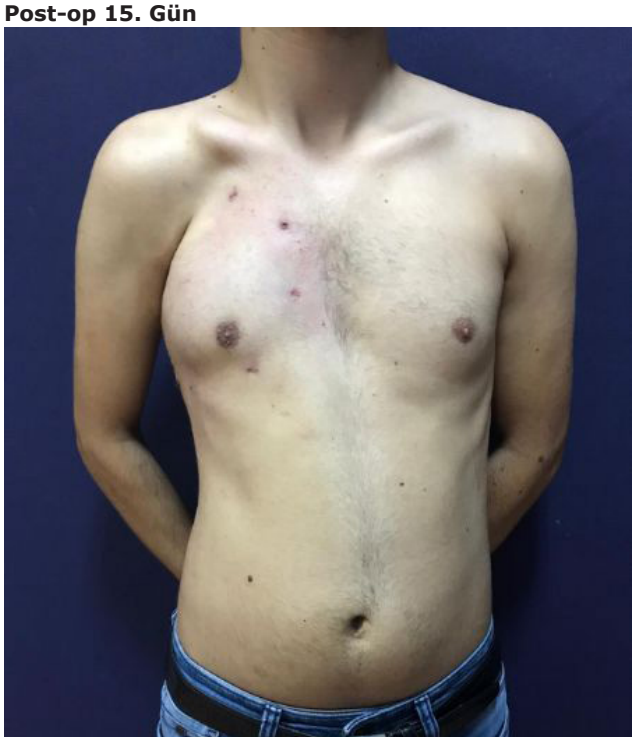
Preoperatif planlama yapılırken hastanın sırt orta çizgisi ve skapula kenarları işaretlendi. Kol kaldırılarak kasın anterior sınırı aksilla posteriordan iliak kanada dek işaretlendi. Kasın üst kenarı skapula kenarından sırt orta çizgisine dek işaretlendi. El doppleri ile pedikül yeri doğrulandı. Midaksiller hatta 10 cm vertikal cilt insizyonu planlandı. Genel anestezi altında sol lateral dekübit pozisyonda çalışıldı. Preop planan çizime uygun olarak insizyon yapıldı ve lattisumus dorsi fasyasına ulaşıldı. Kas lateralde serratus anterior birleşme noktasına kadar disseke edilmesinin ardından disseksiyon inferiora devam edildi. Ardından kas medikal kenarından süperior kenarına dek disseke edildi. Torakodorsal arter, ven ve siniri içeren kas pedikülü göründü ve korundu. Torakodorsal sinir bulky kas dokusunun atrofisini sağlamak amacıyla bağlandı ve kesildi. Mevcut midaksiller insizyondan göğüs önduvarında cilt altı planda, göğüs kafesinin üzerinde loj oluşturuldu. Flep göğüs önduvarı anterioruna taşındı. Flep superior, inferior ve medialde transkütanöz pelat sütürler ile asıldı. Takiben lattisimus dorsi lateral kenarı kas retraksiyonunu ve migrasyonunu önlemek adına serratus anterior kasına continue olarak sütüre edildi. Kanama kontrolünün ardından donör ve alıcı sahaya birer adet hemovac dren konuldu ve cilt sütüre edilerek operasyona son verildi.

Hasta postop 5 gün boyunca servisimizde yatarak takip edildi. Postop seroma ve hematom gelişimi gözlenmedi. Drenler postop 4. Gün çekildi. Hasta ilk ay haftalık, daha sonra aylık periyotlarda takip edildi.

Tartışma ve Sonuç: Poland sendromu göğüs duvarı malformasyonlarının tedavisinde en sık kullanılan yöntemler arasında otolog yağ enjeksiyonu, doku genişletici ve implant ile onarım, pediküllü veya free lattisimus dorsi flebi, TRAM flebi ve DIEP flebi bulunmaktadır. Bizim olgumuzda hastanın ana şikayeti göğüs duvarında çöküklük ve buna bağlı oluşan estetik kaygılar idi. Hastanın şikayetleri ve mevcut tedavi yöntemleri göz önünde bulundurulduğunda, yeterli hacim sağlaması, güvenilir olması ve zor olmayan cerrahi teknik nedeniyle pediküllü lattisumis dorsi kas flebi tercih edildi. Postop herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastada, hem hekim hem de hasta açısından tatmin edici sonuçlar elde edildi.

Anahtar Kelimeler: *Latissimus Dorsi, Kas Flebi, Poland, Sendrom*

Post-op 15. Gün



P-077
Ayakta Birden Fazla Bölgede Geniş Doku Defekti Bulunan Diyabetik Hastada Basit ve Güvenilir Bir Seçenek: Grasilis Kas-Deri Flebi

Özlem Çolak, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak, Burak Yılmaz, İlker Üsçetin
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Diyabetik ayak ülseri diyabetik hastalarda son yıllarda sıklığı artan bir komplikasyondur ve tüm diyabetik hastalarda yaşam boyunca %15 oranında ortaya çıkmaktadır. Diyabetik ayak ülseri, günümüzde diyabetik hastaların hospitalizasyonunu gerektiren majör morbiditeler içinde ilk sırada yer almaktadır. Diyabetik hastalarda alt ekstremite ampütasyonları diyabetik olmayanlara göre 15 kat daha fazla yapılmaktadır ve tüm alt ekstremite ampütasyonlarının %60-%70'i diyabetik ayak ülserleri nedeniyle gerçekleşmektedir. Diyabetik ayak ülserleri

sıklıkla periferik sensorimotor nöropati ve beraberinde iskemi sonucunda meydana gelen ayakta basınç artışı, yürüyüş instabilitesi, ayak deformiteleri ve tekrarlayan travma sonucunda oluşmaktadır. Diyabetik ayak ülserlerinin tedavisinde hasta eğitimi, kan şekeri düzeyleri kontrolü, yükten kurtarıcı ateller ve özel ayakkabılar, yara örtüleri, hiperbarik oksijen tedavisi, elektrik stimulasyon, negatif basınçlı yara tedavisi ve debridman ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Bu çalışmada, ayakta birden fazla bölgede geniş defekti olan hastamıza seri debridmanları takiben yapılan serbest grasilis kas – deri flebi ile rekonstrüksiyonunu sunmayı planladık.

Vaka: 30 yıldır diyabet öyküsü bulunan 52 yaşında erkek hasta tarafımıza 7 aydır devam eden sağ ayakta Wagner grade 2 diyabetik ülser ile başvurdu. Hastanın sağ d1 dorsal yüzdeki ülseri Teksas 3B, plantar yüzdeki ülseri Teksas 2B olarak değerlendirildi. 3'er gün aralıklarla 6 seans debridman ve negatif basınçlı yara pansumanı uygulanan hastanın sağ ayak plantar yüzde 10x10 cm ve sağ ayak d1 dorsalinde 6x3 cm doku defekti gelişti. Hastanın alınan kültürlerinde üreme olmaması ve yeterli granülasyon dokusu oluşmaması nedeniyle hastanın mevcut defektine serbest grasilis muskulokutan flebi ile onarım planlandı. Sağ ayak plantar yüzdeki ve d1 dorsal yüzdeki defekt alanlarına yönelik debridmanın ardından alıcı arter olarak seçilen tibialis posterior arteri ve konkominan venler disseke edilerek anastomoz için hazırlandı. Sol uyluktan 16x8 cm boyutunda cilt adası ve 25 cm grasilis kas uzunluğu ile planlanan grasilis serbest flebi anterior sınırından insize edilerek pedikül korunacak şekilde adduktor longus kas fasyası da dahil edilerek total olarak eleve edildi. Pedikül disseke edilerek 9 cm uzunluk sağlandı. Tibialis posterior ve pedikül arasında uç-uç anastomoz yapıldı. Flep adapte edilirken plantar bölge defekti ile 1. parmak dorsal yüz defekti arasında subkutan tünel oluşturularak serbest grasilis kas distali bu alana taşındı ve adapte edildi. Kas üzeri sol uyluktan alınan kısmi kalınlıkta greft ile onarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Ayakta bulunan 3 santimetrekare üzeri kemik doku defekti içermeyen defektlerde pediküllü perforatör veya serbest flepler rekonstrüksiyon için uygun seçeneklerdir. Hastada planlanan grasilis flebi elevasyonu esnasında pozisyon değişimine gerek olmaması, gerekli pedikül uzunluğunun bulunması, yeterli yumuşak doku desteği sağlayacak kas miktarı ve minimal donör alan morbiditesi bu flebin avantajları arasında yer almaktadır. Olgumuzda 30 yılı aşkın kontrolü son yıllarda bozulmuş olan diyabet ve periferik dolaşım bozukluğu bulunmaktadır. Bu olguda ayak ve alt ekstremite mikrodolaşımı uzun süreli diyabet nedeniyle bozuk olduğundan ve multipl defekt alanı içerdiğinden, plantar yüzde 10x10cm ve d1 dorsal yüzde 6x3 cm defekt alanı bulunduğundan uygun seçenek olarak gracillis muskulokutan flebi planlanmış ve başarıyla uygulanmıştır. Hastanın erken dönem takiplerinde komplikasyon gelişmemiştir.

Anahtar Kelimeler: *Ayakta Doku Defekti, Diyabetik Ülser, Serbest Grasilis Flebi*

Grasilis Kas-Deri Flebiyle Defekt Onarımı, İntraoperatif Görünüm

P-078
Maksillofasial Travmalarda Gözden Kaçırılmaması Gereken Durum: Orbital Amfizem

Mustafa Rıdvan Yanbaş, Mahmut Durak Ceviz, Alper Ural, Fatma Bilgen, Mehmet Bekerecioğlu
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstruktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Orbital amfizem, orbita içinde ve/veya periorbital dokularda hava bulunması olarak tanımlanmaktadır. Orbital amfizem, en sık paranasal sinüs ve orbita medial duvar fraktürleri ile birlikte özellikle valsalva manevrası içeren sümkürme ve hapşırma eylemleri nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte orbital amfizem ile ilgili körlüğe kadar giden çok ciddi komplikasyonlara sebep olarak geri dönüşü mümkün olmayan durumlara sebep olabilmektedir. Orbital amfizemlerin çoğunluğu genellikle kendini sınırlama eğiliminde olan, akut cerrahi tedavi gerektirmeyen ve kalıcı körlüğün seyrek gözlendiği kliniklerle gözlenmektedir(1). Orbital amfizem tanısında, havanın varlığını ve anatomik yerini belirlemede en etkili görüntüleme yöntemi Bilgisayarlı Tomografi (BT) olup, orbita kırıkların ve orbital amfizemin tedavisi büyük ölçüde klinik tablo ve görüntüleme bulgularına bağlıdır(2).Ancak tanı koymak için ilk şart orbital amfizemin ne olduğunu bilmek ve ondan şüphelenmekten geçmektedir. Bu çalışmada eşi tarafından yumrukla darp edilme sonucu maksillofasial travmaya uğrayan kadın hastada orbita fraktürü nedeniyle acil servisten anabilim dalımıza konsülte edilen orbital amfizem tanısı koyduğumuz hastanın tanı süreci, prognozu ve tedavi süreci sunulmaktadır.

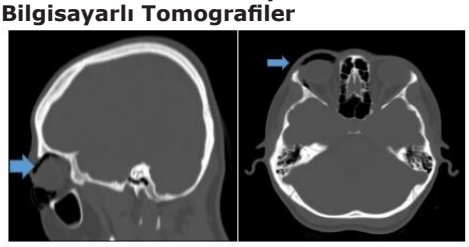
Vaka: 29 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta eşi tarafından darp edilmesi sonucu acil servisten tarafımıza konsülte edildi. Hastanın anamnezinde kullanıdığı bir ilaç ve kendisine ait hastalık yoktu. Hasta sağ gözüne darbe alması sonucu acil servisten tarafımıza blow-out fraktürü şüphesiyle konsülte edildi. Hastanın anamnezinde, olaydan sonra herhangi bir şikayeti olmadığını, yaklaşık 3 saat sonra göz içerisinde ağrı, göz kapaklarında ödem ve görmede azalma şikayeti ile acil servise müracat ettiğini belirtti. Hastanın fizik muayenesinde, sağ üst ve alt göz kapağı ile birlikte periorbital yaygın ödem, ekimoz ve palpasyonda göz kapaklarında krepitasyon ile ağrı tespit edildi. Her iki göz küresinin 4 yöne aktif olarak hareketli olduğu, her iki

gözde de direkt ve indirekt ışık refleksinin pozitif olduğu, diplopisinin olmadığı gözlendi. Propitozis gözlenmedi. Hastanın göz hareketlerinde aşağı bakışta hafif kısıtlılık tespit edildi. Hastanın bu süreçte ağlaması ve burnunu çekme epizodları ile ilk darp edildiği ana göre şişliğin ve göz hareketlerinde kısıtlılığın artmış olması orbital amfizem şüphesini kuvvetlendirdi. Hastanın gözünün olaydan birkaç saat sonra hızlıca şişmesi ve preseptal–paraseptal krepitasyon tespit edilmesi nedeniyle, orbital amfizem ön tanısı maksillofasiyal BT'si ile konfirme edildi. (ŞEKİL-1) Çekilen BT'sinde sağ orbita medial ve inferior duvarda non deplase fraktür hatları ile anterior kompartmanda hava dansiteleri tespit edildi. Orbita inferior duvarda kas veya yağ doku sıkışması olmadığından dolayı blow out fraktürü dışlanarak cerrahi müdahale düşünülmedi. Hastaya tarafımızca takip amaçlı yatış önerildi. Yatışı reddetmesi üzerine acil serviste hasyata pulse steroid uygulaması yaptırıldı. Sonrasında da tarafımızca hastaya oral antibiyotik, nazal dekonjestan ve antiinflamatuar steroid tedavisi olarak 1mg/kg dozda prednol reçete edildi ve mutlak olarak valsalva /basınç arttırıcı hareketlerden kaçınılması önerilerinde bulunularak taburcu edildi. Hastaya ivedi cerrahi onarım veya dekompresyon yapılmadı. Hastanın takiplerinde komplikasyon ile karşılaşılmadı. Yaklaşık 3. ayda çekilen kontrol tomografileri ve klinik muayenesi normal olarak değerlendirildi ve orbital amfizemin tamamen yok olduğu tespit edildi.(ŞEKİL-2)

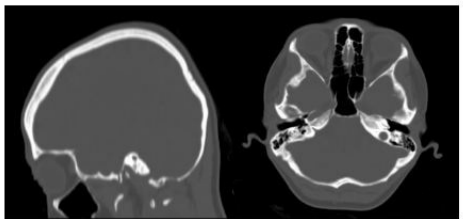
Tartışma: Orbital amfizem, özellikle travma hastalarında aciliyeti olmadığı düşünülerek sıklıkla gözden kaçabilen klinik bir durumdur. Ancak orbital kompartman sendromu, körlük, proptozis, göz içi tansiyonunun artması ve santral retinal arter oklüzyonu gibi olası komplikasyonları orbital amfizemin ne kadar ciddi bir durum olduğunun kanıtıdır. Kraniyomaksillofasial travmalarda özellikle kas sıkışması olmayan ya da lineer kemik kırığı patolojisi ile açıklanamayan oküler semptomların varlığında orbital amfizem ayırıcı tanısının da şüphelenilmesi gereken bir durum olduğu ve plastik cerrahların hep aklının bir köşesinde olması gerektiği açıktır. Palpebral amfizem, lakrimal kese ve lakrimal kemiğin hasar görmesine bağlı göz kapağına sınırlı subkutan hava olarak sınıflandırılırken, orbitalpalpebral amfizem, orbita basıncının orbita septumunun dayanabileceği basıncın üstüne çıktığında ve hava yörüngeden göz kapağına serbestçe geçtiğinde ortaya çıkar. Orbitopalpebral amfizemin varlığı, orbital kompartman sendromu riskini retina ve optik sinirdeki travma dahil olmak üzere taklit edebilir(2). Orbital amfizem ile ilişkili klinik bulgular arasında orbital ağrı, hipoestezi, oküler hareket kısıtlılığı, proptoz veya enoftalmi, diplopi ve görme kaybı görülebilmektedir. Hafif olgular tedavisiz takip edilebilir ancak anksiyete, solunum sıkıntısı, ciddi ağrı ve enfeksiyon şüphesi olduğunda hasta hastaneye yatırılarak takip edilmelidir. Semptomların ilerlemesi durumunda ya da Orbital kompartman sendromu için şüphe varsa, acil dekompresyon gerekli olup, tipik olarak kantotomi / kantolizle uygulanabilir ya da sıkışmış havanın iğne aspirasyonu ile boşaltılmasıyla yapılır. Tuzaklanmış kas, tuzaklanmış periorbital doku, büyük kırıklar (duvarın>% 50'si) ve düzelmeyen enoftalmisi olan diplopi ve BT bulguları olan orbital fraktürlerin iki hafta içinde onarım endikasyonu vardır. Yumuşak dokunun tuzaklanması bradikardi, bulantı, kusma, senkop ve kalp bloğu gibi güçlü vagal yanıtları uyarabilen okülokardiyak refleksi uyarabilir. Bu durumda, sıkışmış yumuşak dokuların hızla tuzaklandığı yerden kurtarılması, orbital duvarın onarımı ve kas dokunun serbest bırakılması gereklidir. Konservatif tedavi genellikle minimal diplopi, korunmuş oküler motilite ve belirgin enoftalmi bulunmayan hastalar da uygulanabilmektedir(1,2). Orbital kırıkların tedavisinde antibiyotiklerin önemini değerlendirmek için yeterli klinik çalışma bulunmamakta ve halen bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Sonuç olarak, orbital ödem ve hassasiyet şikayeti olan, medial ve inferior orbita duvarlarında fraktürlere bağlı orbitapalpebral amfizem gelişen, başka klinik bulgusu olmayan olguda, konservatif tedavi seçeneği yeterli olurken, gözden kaçan orbital amfizem olgularında körlüğe kadar gidebilecek komplikasyonlar ile karşılaşılabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *amfizem, blow-out, orbital*

Travma Anında Ve 3 Ay Sonraki Kontrolünde Çekilen Bilgisayarlı Tomografiler



ŞEKİL-1
06/04/2020



ŞEKİL-2
21/07/2020

P-079
Parosteal lipom basısına bağlı gelişen posterior interosseöz sinir sendromu

Moath Zuhour, Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Münür Selçuk Kendir, Bilsev İnce
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Radial sinir dirsek eklem kapsülünü geçtikten sonra kübital fossada iki ana dala ayrılmaktadır; süperfisyal dal ilk 3 parmağın ve el dorsalinin duyusunu alıyor iken, posterior interosseöz sinir (PIN) ön kolda ekstansör kas grubunu innerve eden saf motor daldır. (1) PIN' in seyri boyunca en sık sıkışmaya maruz kaldığı yer supinatör kasın içinden (frohs arkadı) geçtiği bölgedir (2). Bu bölgedeki fibrotendinöz yapıların basısı sonucunda PIN sıkışma sendromu oluşabilmektedir; bu sendromun diğer nedenleri arasında ise travma, brakial nöritis, spontan bası veya tümöral lezyonlar bulunmaktadır (3). Lipomlar en sık görülen iyi huylu yumuşak doku tümörleridir ve genelde subkutan dokuda ortaya çıkmaktadır. Nadiren, intermusküler, intramüsküler ve parosteal bölgeler gibi derin lokalizasyonlarda da prezente olabilmektedir. Çoğunlukla herhangi belirti göstermeyen lipomlar derin yerleşimli oldukları taktirde kitle etkisiyle komşu vital yapılarda kompresyona neden olabilmektedir. Şöyle ki, proksimal önkolda lokalize derin yerleşimli bir lipom, o bölgedeki anatomik ilişkisi nedeniyle posterior interosseöz sinirin (PIN) felcine neden olabilmektedir (4). Bu çalışmada ön kolda parosteal yerleşimli bir lipoma bağlı gelişen PIN sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu: 69 yaşında kadın hasta son 8 aydır gittikçe artan sağ el parmaklarında güçsüzlük ve sağ ön kol proksimalinde ele gelen sertlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde herhangi travma öyküsü ve komorbid hastalığı bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ el

bileği ve parmaklarında aktif ekstansiyon hareketlerinin kısıtlı olduğu, fakat pasif hareketlerin ve eklem açıklıklarının normal olduğu görüldü. Sağ ön kol proksimalinde lateral bölgede mobil olmayan, cilt ile ilişkisi bulunmayan ve tabana fikse şişlik saptandı. Hastanın çekilen MR'ında sağ ön kol proksimalinde radius'un etrafını saran ve ekstansör karpi radialis kası içerisine uzanım gösteren yaklaşık 7x4 cm'lik kitle olduğu saptandı. (Resim 1, A) El ve önkol dorsalinde uyuşukluk ve karıncalanma olmaması posteior interosseöz sinirin izole nöropatisi leyhine yorumlandı. Rejyonel anestezi altında operasyona alınan hastanın sağ ön kol lateralinden lazy 'S' insizyonuyla girildikten sonra önkol lateral kutanöz antibrachi sinir korundu. Ekstansör karpi radialis kasları ekarte edildikten sonra radius kemiği çevresindeki düzgün sınırlı kitleye ulaşıldı. (Resim 1, B). Lipomun posterior interosseöz siniri ekspande ederek kompresyona uğrattığı görüldü (Resim 1, C). Posterior interosseöz sinir ve dalları askıya alındıktan sonra kitle total eksize edildi (Resim 1, D). Postoperatif dönemde hastanın sağ el bileğine 2 hafta boyunca istirahat splinti uygulandı. Patoloji raporu lipom şeklinde raporlanan hastanın takiplerinde postoperatif 6. ayda sağ el parmaklarında aktif ekstansiyon hareketlerinde fonksiyonel geri kazanım olduğu tespit edildi.

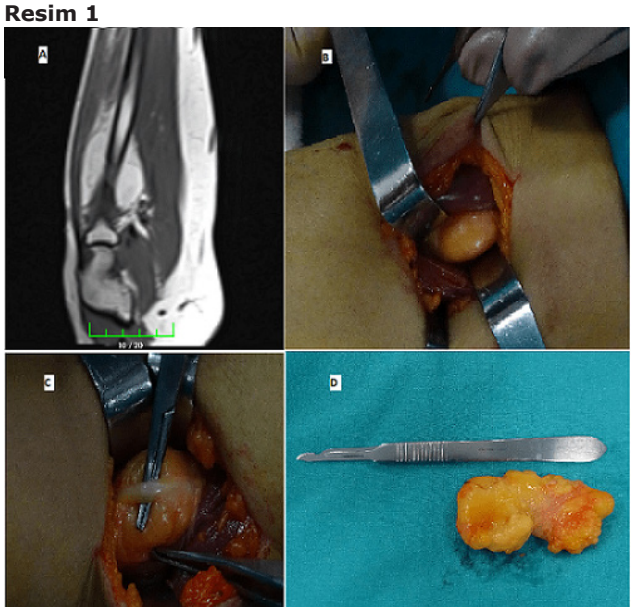
Tartışma: Lipomlar genelde subkutan yerleşimli, kolayca palpe edilebilen mobil kitleler olmasına karşın parosteal lipomlar genelde 5. ve 7. dekatlarda görülen, femur, tibia veya proksimal radius gibi tübüler kemiklerin diyafizleri etrafında ortaya çıkan derin yerleşimli fikse kitlelerdir ve tüm lipomların yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır. Derin yerleşimleri itibariyle asemptomatik klinik tablo sergilemektedirler. Lipom büyüdükçe etraftaki dokulara basısı sonucunda çeşitli komplikasyonlara neden olabilmektedir; periferal sinir tuzak nöropatisi bu vakaların ancak %5'ini oluşturmaktadır (5). El bileği ve parmaklarda ekstansiyon kısıtlığı PIN'in kompresyon nöropatisinde en sık görülen motor defisit olmasına karşın, radial sinir trasesinde parestezi beklenen bir bulgu değildir. Burada akılda tutulması gereken ayırıcı tanılardan en önemlisi radial tünel sendromudur (RTS). PIN kompresyon sendromu radial tünelin sonrasında oluşan PIN basısı nedeniyle ortaya çıkarken, RTS radial tünel içerisinde oluşan sıkışma sonucunda oluşmaktadır (6). Brakioradialis, ekstansör karpi radialis ve supinatör kasın innervasyonu PIN'in dallandığı yerin proksimalinde gerçekleştiği için PIN sendromunda kısmi el bileği ekstansiyonu korunur ve el bileği radial deviyasyonu belirginleşir (7). Ayrıca RTS için spesifik olan lateral epikondil hassasiyeti ve zorlu supinasyon PIN sendromunda görülmemektedir(6). PIN sendromunda kompresyona neden olan kitle radial sinirin superfisyal duyu dalına bası yapmadığı taktirde sensöryel defisit ile karşılaşılması beklenmez (5). Altta sinirsel patoloji barındırsa da, PIN kompresyon sendromunun tanısında klinik ve radyolojik testler yardımcı olabilmektedir. EMG gibi elektrodiagnostik çalışmalar ise tanıdan daha çok diğer nöropati ile seyreden patolojilerin ayırıcı tansında kullanılabilmektedir. Ama unutulmamalıdır ki, PIN kompresyon sendromunda brakioradialis kasının EMG bulgularının normal aralıkta bulunması beklenir (8). Yer kaplayan kitle ön tanısı mevcutsa yumşak doku lokalizasyonu ve sinir komşuluğu açısından MR görüntüleme daha faydalı olabilmektedir (5).

Sonuç: Lipomlar vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilen iyi huylu kitleler olmalarına rağmen kemik ve kas etrafı gibi derin planlara lokalize olduklarında komşu nörovasküler yapılara bası sonucunda çeşitli motor ve sensöryel defisite neden olabilmektedirler. Parmak ekstansiyon kaybıyla karakterize PİN kompresyon sendromunda lipom gibi yer kaplayan kitlelerin var olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:
1- Bouche P. Compression and entrapment neuropa-thies. In:Aminoff MJ, OisBoller F, Swaab DF (eds.) Handbook Of Clinical Neurology, Volume 115. El-sevier BV, Amsterdam, 2013;311-50.
2- Clavert, P.,Lutz, J. C., Adam, P., Wolfram-Gabel, R., Liverneaux, P., &Kahn, J. L. (2009). Frohse'sarcade is not the exclusive compression site of the radial nerve in itstunnel. Orthopaedics&Traumatology: Surgery&Research, 95(2), 114–118. doi:10.1016/j.otsr.2008.11.001
3- Wheeler R, DeCastro A. Posterior Interosseous Nerve Syndrome. [Updated 2019 Nov 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-.
4- Allagui, M.,Maghrebi, S., Touati, B., Koubaa, M., Hadhri, R., Hamdi, M. F., &Abid, A. (2013). Posterior interosseous nevre syndrome due to intramuscular lipoma. European Orthopaedics and Traumatology, 5(1), 75–79. doi:10.1007/s12570-013-0203-5
5- Ünal, Melih &Kose, Ozkan&Guler, Ferhat &Egerci, Omer. (2018). Posterior interosseous nevre palsy caused by a parosteal lipoma seated over the proximal radius; a case report and review of the literature. Hand and Microsurgery. 7. 1. 10.5455/handmicrosurg.271907.
6- Özkan M, "Radyal sinir ile ilgili tuzak nöropatiler". TOTBİD Dergisi 2015; 14:548–554doi: 10.14292/totbid.dergisi.2015.76
7- Arle, J. E.,&Zager, E. L. (2000). Surgical treatment of common entrapment neuropathies in the upper limbs. Muscle&Nerve, 23(8), 1160–1174. doi:10.1002/1097-4598(200008)23:8<1160::aid-mus2>3.0.co;2-4
8- Ertekin C. Pleksus brakiyalisten çıkan sinirler: sentral ve periferik emg anatomi-fizyoloji-klinik. Metabasım matbaacılık, Bornova-İzmir 2006:387-453

Anahtar Kelimeler: *lipom, parosteal, posterior interrosseöz sinir*

Resim 1



A: Parosteal kitlenin MR görüntüsü B: Disseksiyon sonrası kitlenin görüntüsü C: Basıya uğrayan PIN görüntüsü D: Total eksize edilen kitlenin görüntüsü

P-080
Plastik Cerrahide Arttırılmış Gerçekçilik Uygulamaları

Burak Özkan, Abbas Albayati, Süleyman Savran, Çağrı A. Uysal, Nilgün Markal Ertas
Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

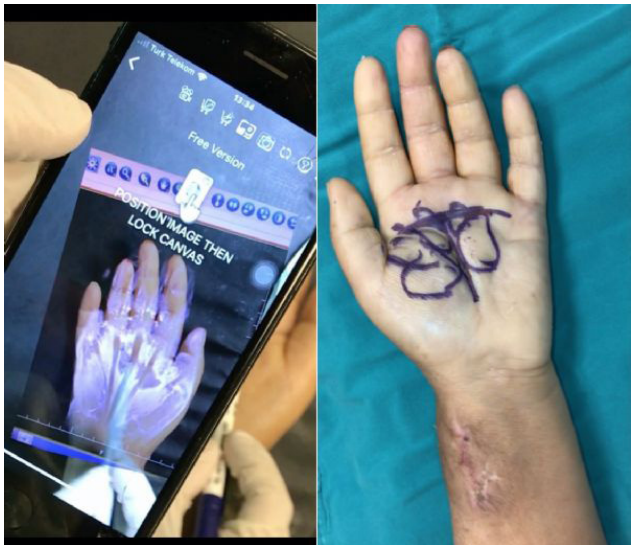
Giriş: Artırılmış gerçeklik (AG), cerrahi alandaki hastaların anatomisini görselleştirmek için x-ışını (XR), bilgisayarlı tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi geleneksel radyolojik görüntüleri kullanır. Günümüzde Google Glass, Microsoft HoloLens gibi ileri teknoloji AG ürünleri plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahide kullanılmaktadır.1,2 Bu yüksek teknoloji ürünler yanısıra akıllı telefonlar da, uygulamalar yardımıyla AG cihazına dönüşebilmektedir. 3 Akıllı telefon uygulaması tarafından oluşturulan üst üste bindirilmiş görüntüler, cerrahi anatominin derinlik algısını artırır ve cerrahiye ameliyat öncesinde yardımcı olur. Kliniğimizde yabancı cisim çıkarılması, derin palmar abse boşaltılmasında insizyonların yerleştirilmesi, sentinel lenf nodlarının tespiti amacıyla kullanılmaktadır.

Materyal-Metod: 2020 yılı ilk yarısında cerrahi planlama ve hazırlamada toplam 4 hastada AG kullanıldı. Hastaların tanıları 1 hastada yabancı cisim, 1 hastada metakarpal enkondrom, 1 hastada derin palmar abse, 1 hastada sentinel lenf nodu eksizyonuydu.Tüm hastlarda AG uygulaması (Tracing Projector App, IOS için) önceden çekilmiş radyolojik görüntüler ve cerrahi alanı üst üste koymak için kullanıldı. Derin palmar abse hastasında MRI görüntüleme, yabancı cisim ve metakarpal enkondrom olan hastada x-ray, sentinel lenf nodu incelemede SPECT görüntüleri üzerine çalışıldı.

Sonuçlar: Google Glass ve Microsoft HoloLens'in yüksek maliyeti, AG'nin yaygın kullanımının önünde bir engel olsa da, akıllı telefonlar herkes tarafından kullanılmaktadır. Üçüncü parti bir akıllı telefon uygulaması ile AG, ilgili anatominin derinlik algısını verir, taşınabilir ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Böylece uygun cerrahi kesi ve tekniklerin seçilmesine yardımcı olur. Aşırı kesikleri, diseksiyonları ve dolayısıyla operasyon süresini azaltır. SPECT üzerine AG yardımıyla yapılan inguinal işaretlemede nükleer tıp gama probu kullanma ihtiyacı olmamıştır. Sonuç olarak, AR teknolojisi, çeşitli klinik ve senaryolarda kullanılabilecek umut verici bir yeniliktir.

Anahtar Kelimeler: *arttırılmış gerçekçilik, augmented reality, cep telefonu, plastik cerrahi*

Resim 1



Derin palmar abse vakasında insizyon planlamada, MRI da tespit edilmiş abse odaklarının elde işaretlenmesi ve insizyon planın yapılmasında, cep telefonu yardımlı arttırılmış gerçekçilik uygulaması

P-081
Orbital Roof Kırıkları ve Eşlik Eden Yaralanmalar

Ufuk Erdem, Dağhan Dağdelen, Erol Benlier
Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Orbital roof kırıkları, yaralanma mekanizmaları, eşlik eden travmalar ve göze, göz dışı kaslara ve üstte bulunan frontal sinüs ve beyne getirdiği riskler nedeniyle yönetilmesi zorludur. Orbital roof kırıklarının değerlendirilmesi ve yönetiminde çatının anatomik yapılarının, oküler, extraoküler kas ve sinirlerin ve beynin etkilenme derecesini; hem konservatif hem de operatif tedaviden kaynaklanabilecek potansiyel morbiditeyi dikkate almak önemlidir. Orbital roof, çoğunlukla frontal kemik tarafından oluşturulur ve arkadan sfenoid kemiğin küçük kanadı ile birleşerek superior orbital fissürde sona erer. Lateralde zigoma ve sfenoidin büyük kanadına ve medial olarak etmoid ve lakrimal kemiğe ve maksillanın frontal çıkıntısına uzanır. Orbital roof içinde veya yakınında bulunan yapılar, gözyaşı bezi, superior oblik, levator palpebra superioris ve superior rektus kasları ve globun üst bölümüdür (1). Superior oblique kas, Zinn halkasından başlar. Orbital rimin nazal tarafında Trokleada loop yapar ve superior rektus kasının altından geçerek göz küresinin posterotemporal yüzeyindeki skleraya tutunur. Travmatik rektus kası rüptürünün en yaygın nedenleri, metal bir kancayla penetran travma veya endoskopik sinüs cerrahisi sırasında iyatrojeniktir. İnferior ve medial rektus kasları en sık travmatize olan kaslardır. (2) Bunun nedeni, travma sırasında meydana gelen, gözü yukarı ve dışa doğru yönlendirerek alt ve orta rektus kaslarını açığa çıkaran Bell fenomeni olabilir. (3) Orbital roof kırıkları için tipik yaralanma mekanizması, motorlu taşıt / bisiklet kazaları, düşmeler gibi yüksek enerjili travmalardır.(5) Hastalar, etkilenen yapıların göstergesi olan farklı semptomlarla gelebilir. Periorbital ödem ve ekimoz olabilir. Diplopi ve şaşılık, travma sonrası sık görülen bulgulardır, ancak genellikle orbital kırıklarla birlikte olan kas tuzaklanması, nöropraksi

veya kraniyal sinir felçlerinden veya doğrudan kas yaralanmasından kaynaklanır. Superior oblique kas hasarı orbital roof kırıklarında nadirdir.(4) Üst oblik veya rektus kaslarının hasarı varsa, hastada dikey veya içe doğru bakış kısıtlılığı veya diplopi olabilir. Supraorbital ve supratroklear sinirlerin dağılımında değişmiş duyu mevcut olabilir ve kırık yer değiştirmişse ekzoftalmi, enoftalmi, hiperglobus, hipoglobus veya proptozla sonuçlanabilir. Vaka; 23 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası 112 biriminee sol üst göz kapağında defekt nedeniyle sevk edildi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis birimindeki değerlendirilmesinde sol göz etrafında ekimoz, ödem, burun dorsumundan başlayarak göz süperomedialinden üst göz kapağı ortasına horizontal olarak uzanan içerinde cam parçalarının olduğu travmatik kesi, sol temporal bölge saçsız deride horizontal 4 cm.lik sütüre kesi, ve üst göz kapağı lateralinde multipl abrazyonlar görüldü. Palpasyonla sol orbita superomedialinde step, hassasiyet mevcuttu. Supraorbital ve supratroklear sinir duyu alanında hipoestezi tariflemedi. Parmak takip testi ile dipolopi tariflemedi. Glob hareketlerinde kısıtlılık görülmedi. BT'de frontal sinüs içerisinde yabancı cisim imajı, orbital roof medialinde çökme fraktürü görüldü. Radyoloji biriminin BT yorumunda;sol maksilla frontal proceste ve orbita medial duvarı anterior komşuluğunda deplase fraktür hatları izlenmekte olarak raporlandı. Göz hastalıkları değerlendirmesinde; üst kapakta burundan başlayıp kapağa uzanan horizontal kesi mevcut. Görmeler tam, glob hareketleri serbest, ışık refleksleri pozitif, orbita BT'de glob intakt olarak izlendiği bileritildi. Hastaya acil oftalmolojik girişim düşünülmedi. Göz hastalıkları poliklinik kontrolü önerildi. Hasta acil servis müdahale biriminde lokal anestezik infiltrasyonu sonrası betadinle yara etrafı temizlendi. Serum fizyolojik ile irrigasyon yapıldı. Yabancı cisimler temizlendi. Seyrek sütürasyon sonrası PRC servisine yatırıldı. Prc servisinde COVİD 19 antigen testi örneği alındı, günlük pansuman, tobsin göz damlası, sefazolin 1 gr ıv 2x1, parol tb 3x1 medikasyonu ve baş elevasyonu ile takip edildi. Yaralanmadan 3 gün sonra operasyona alınan hastanın kesi hattındaki sütürler alınarak eksplorasyona başlandı. Fraktür hattına ulaşıldı. İrrigasyon yapıldı. Sinüs içerisindeki kemik fragman kemik çengeli yardımıyla eleve edilerek kırık hattı redükte edildi. Sahada horizontal seyirli kesik tendon lifleri görüldü. Proksimalde takip edilerek trochlea'nın intakt olduğu görüldü. Hasta ekstraoküler kas kesisi açısından göz hastalıkları birimine peroperatif konsülte edildi. Göz hastalıkları birimince konjonktiva açılıp üst rectus kasın altına superior oblik kas getirilerek 6.0 vicryl ile süture edildi. Konjonktiva 6.0 vicryl ile süture edildi. Daha sonra corrugator supercili ve procerus kas kesieri 4.0 vicryl ile onarıldı. Kesi hattı yenilenerek 5.0 prolene ile primer süture edilerek kapatıldı. Ekstra oküler kas kesileri her zaman diplopi ile bulgu vermeyebileceğinden orbita medialinde ve superiorunda olan yaralanmalarda superior oblik kas travması açısından dikkatli olmak gerekir. Ekstaoküler kas kesileri en kısa sürede onarılmaya çalışılmalıdır. Uzun süre beklemek antagonistin kasılmasına neden olacağından, kayıp kasın daha fazla geri çekilmesine ve skar oluşumuna neden olacağından, kasın bulunmasını ve dolayısıyla diplopinin tedavisini daha zor hale getirir. Bununla birlikte, akut ortamda ödem ve kanama ameliyatı zorlaştırabileceğinden, ameliyatın ideal zamanlaması konusunda dikkatli davranılmalıdır. Steroid kullanımı ve ameliyatın geciktirilmesi düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: *ekstraokuler kas kesisi, orbital roof kırıkları, superior oblique kas*

superior oblique kas

superior oblique kas

P-082
Meme Yerleşimli Bir Kolesterol Granüloma Olgusu

Emin Kapı[1], Nihal Kılınç[2], Yavuz Yıldız[3], Feride Fatma Görgülü[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çanakkale
[3]Balıkesir Bandırma Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Balıkesir
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Plastik, Radyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş; Kolesterol granülomada (CG), travma ya da kanama sonucu kan hücresi komponentlerinin degradasyonu ile dokuda kolesterol kristalleri birikir. Biriken bu kolesterol kristalleri ve lipidler, lenfatik sistem ve dev hücreler tarafından yeterince absorbe edilemez ise inflamatuar reaksiyon ilerler, kronikleşir, ödem ve hemosiderin birikimi ile yabancı cisim reaksiyonu oluşur. İntralezyonel hemorajinin ilerlemesi halinde lezyonun ekspansiyonu devam eder. Bu ekspansiyon genelde yavaş seyirlidir. Sonuçta klinik olarak palpabl kitle, ağrı ya da basıya bağlı fonksiyonel problemler ortaya çıkar. Tedavide, olgudaki klinik özelliklere göre periyodik takip ya da cerrahi uygulanabilir. Bu çalışmada, nadir gözlenen bir lokalizasyonda yerleşimli ve radyolojik olarak meme kanserine oldukça benzeyen CG olgusu sunulmaya çalışılmıştır.

Olgu: Kliniğimize, sağ memede ağrısız nodüler kitle nedeniyle başvuran 58 yaşındaki kadın olgu değerlendirmeye alındı. Olgunun anamnezinden bu kitlenin yaklaşık 5 aydır mevcut olduğu öğrenildi. Ek herhangi bir predispozan faktör, duktal ektazi ya da tanı konmuş başka bir meme hastalığı, meme kanseri açısından aile öyküsü, travma, meme biyopsisi, herhangi bir girişim ya da ilaç kullanım öyküsü, ailesel hiperkolesterolemi mevcut değildi. Fizik muayenede sağ meme üst dış kadranda soliter, 1x1 cm boyutlarında, yumuşak, irregüler, palpabl sert kitle mevcuttu. Biyokimyasal ve hematolojik parametreler değerlendirildi. Görüntüleme öncesinde memedeki kitlenin malignensi şüphesi doğurması nedeniyle olguya ultrasonografi (USG) ve mamografi planlandı. Klinik ve

cerrahi dokümantasyon, pre- ve postoperatif radyolojik bulgular kayıt altına alınıp analiz edildi.

Bulgular; Olguya yapılan laboratuvar incelemesinde hemogram, serum glükoz, kolesterol ve trigliserid düzeyleri normal olarak bulundu. Yapılan USG incelemesinde; vaskülarizasyon göstermeyen hipoekoik nodüler lezyon saptandı. Mamografik incelemede ise; sağ meme üst dış kadranda saat 10 hizasında heterojen, yoğun, hipoekojen, irregüler, angüler marjinli, yer yer mikrokalsifik ve lobüle kontürlü nodül tespit edildi. Hastanın yaşının ileri olması ve lezyonun kontürlerinin lobülasyon göstermesi nedeniyle, kitleye malignite ayrımının yapılması amacıyla biyopsi planlandı. Lokal anestezi altında USG yardımıyla eksizyonel biyopsi yapıldı. Lezyon %10'luk formalin solüsyonu ile fikse edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. Spesimen hematoksilin&eozin (H&E) ile boyandı ve mikroskopik incelemeye alındı. Biyopsinin histopatolojik incelemesinde; fibröz stroma, fibrotik granülomatöz lezyonlar, fibrokistik değişiklikler, kolesterol yarıkları ve çevresinde ödem, irregüler eozinofilik materyal, lenfositler, yabancı cisim dev hücreleri ve hemosiderin yüklü köpüksü makrofajlar, kırmızı küre ekstravazasyonu, hemorajik değişiklikler, fibrin, kalsifikasyon ile yağ nekrozu alanları saptandı. Biyopsinin sitolojik incelemesi sonucunda olgu CG tanısı aldı. Operasyon sonrası herhangi bir problem gözlenmeyen olgu, 6 ayda bir USG ve yıllık mamografi kontrollerine çağrılarak takibe alındı. 5 yıllık takip periyodunda, olguda herhangi bir ek semptom ya da rekürrens düşündürecek bir bulgu saptanmadı.

Tartışma: CG nadir görülen, doku içerisinde kolesterol kristallerinin nodül oluşturması ile karakterize benign bir hastalıktır. Bu klinik antite; "kolesterol nodül", "deposition" veya "tofüs" adıyla da anılmaktadır. Ancak "deposition" ya da "tofüs" terimleri çok yaygın kullanılan isimlendirmeler değildir. Total insidansı milyonda 0.6 olarak bildirilmiştir. Hastalığın pik yaptığı yaş ise 2. ve 3. dekaddır. Hastalık farklı klinik manifestasyonlar gösterebilir. CG'ler spesifik bir organ ya da dokuya özgü değildir. Sıklıkla paranazal sinüs, mastoid proçes, zigoma, maksilla, orta kulak kavitesi, petröz apeks, timpanic kavite, böbrek, testis ve peritoneum'da gözlenirler. Nadiren meme ve timusta gözlenirler. Literatür verileriyle karşılaştırıldığında; olgumuz lokalizasyon açısından oldukça az oranda gözlenen bir özelliğe sahip olmasından ötürü önem arz etmektedir. CG'nin patogenezi ve kolesterol kristallerinin akümülasyonunun mekanizması tam olarak açıklanamamaktadır. Bu konuda birtakım teoriler mevcuttur. Etiyolojide travmanın ve yetersiz lenfatik drenajın rolünden bahsedilmektedir. Savunulan tüm teorilerde yağdan zengin materyalin kolesterol kristallerine dönüştüğü belirtilmektedir. Bu süreç genelde yavaş seyirlidir. Ancak olgumuzda gözlendiği gibi 5 aylık bir sürede de belirgin büyüme fazı gözlenebilir. O yüzden klinik gidişin farklılıklar gösterebileceği unutulmamalıdır. Memenin CG'sinin patogenezisinde ise farklı bir teoriden bahsedilir. Buradaki etiyolojik etmen, primer duktus ektazi hastalığıdır. Bu hastalıktaki mekanizma; duktal ektazi sonucunda yağdan zengin intralüminal materyalin duktal duvar zedelenmesi sonucu periduktal inflamasyona yol açmasıdır. Daha önce memeye yapılmış bir biyopsi veya karşılaşılan travma, bir ektatik duktusun rüptüre olmasına ve hemorajiye neden olup CG oluşumuna neden olabilir. Ancak olgumuzda gözlendiği gibi, duktal ektazi her zaman etiyolojide yer almayabilir ve etiyoloji belirlenemeyebilir. Bazı olgularda multipl lezyonlar ve beraberinde dislipidemi, cilt hastalığı, vs bulunabilmektedir. Ancak çoğu durumda kan kolesterol ya da lipid düzeylerinde yükselme saptanmayabilir. Bizim olgumuzda da benzer şekilde kan parametrelerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Literatür taramasında gözlemlediğimiz olguların çoğu bu şekilde soliter lezyonlu ve hematolojik açıdan normal saptanan olgulardan oluşmaktaydı. Memenin CG'sinin tanısı, oldukça nadir görülmesinden dolayı güçlükler arz edebilir. Tanıda en önemli parametreler anamnez, fizik muayene, radyoloj ve histopatolojidir. Meme CG olgularına yapılan USG'de; lobüler irregüler hipoekoik ya da intrakistik kitleler gözlenebilmektedir. Literatür verilerinde, mamografide CG'nin non-spesifik bulgularla karşımıza çıkabileceği belirtilmektedir. Bu bulgular arasında yağ nekrozu ve mikrokalsifikasyon sayılabilir. Mikrokalsifikasyon hem memedeki kronik inflamasyonu hem de meme kanserini düşündürecek bir bulgudur. Bu nedenle CG'nin meme kanserinden ayrımı radyolojik olarak zordur ve bu hastalığın klinik olarak önemi, klinik ve radyolojik olarak meme kanserini taklit etmesinden kaynaklanmaktadır. Olgumuz da radyolojik olarak non-spesifik bulgulara sahipti ve bu nedenle meme kanserini ekarte etmek amacıyla histopatolojik konfirmasyon uygulanması gerekmiştir. CG olgularının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken klinik durumlar arasında lipom, ksantom, lipoid granülomatozis, kolesterol embolizasyonu, nekrobiozis lipoidika diabetikorum, nekrobiotik ksantogranüloma, trikilemmal kist, pilomatrikoma, kanser ve metastaz sayılabilir. CG'nin özellikle malignensiden ayrımı oldukça önemlidir. Bu nedenle, radyologların bu klinik antitenin ayrımında oldukça dikkatli olmaları gerekmektedir. Klinisyenlerin de tanıda gerekli argümanları kullanarak net teşhisi histopatoloji ile koymaları gerekmektedir. Literatürde oldukça az oranda rastlanan bir klinik antite olmasından dolayı CG tanısının atlanma ihtimalini de göz önünde bulundurup ayrıntılı değerlendirme yapmak şarttır. CG'nin tedavisinde takip, küretaj ya da komplet rezeksiyon gibi seçenekler mevcuttur. Ancak optimal yaklaşımın hangisi olduğu konusunda çeşitli tartışmalar mevcuttur. Olgumuzda saptanan lezyonun palpabl olması ve progresyon göstermesi nedeniyle, bununla beraber takip döneminde uygulanan meme taramalarında tanısal karışıklık ihtimalini ekarte etmek amacıyla komplet rezeksiyon uygulandı. Bu nedenle erken dönemde meme CG'sinin komplet rezeksiyonunun avantajlı olabileceğini ve tercih edilebilecek bir yaklaşım olduğunu savunmaktayız. Literatürde memede ortaya çıkan CG ile ilgili çok az sayıda veri mevcuttur. Olgumuzda olduğu gibi, duktal ektazi ya da memede olası herhangi bir etiyolojik faktör saptanamayabilir. Bu nedenle bu lezyonların hem etiyolojik hem de klinik açıdan atipik seyir göstereceği unutulmamalıdır. Nadir gözlenen bu olguların etiyolojik parametrelerinin de ilerleyen çalışmalarda, demografik olarak analiz edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: *Granülom, kolesterol, meme*

P-083
Konjenital bilateral inframamarian fold yokluğu ve rekonstrüksiyonu

Nesibe Sinem Çiloğlu, Semih Yıldız, Barış Cin, Serkan Kaya, Hikmet Can Doğruel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İnframammary fold (IMF), meme ve göğüs kafesinin birleştiği; memenin doğal alt sınırını oluşturur. Her türlü meme cerrahisinde hesaba katılması gereken önemli bir estetik yapıdır.[1,2] Fonksiyonel olarak da iç kıyafetlerin dayanak noktası olarak kullanılmaktadır.Histolojik olarak, IMF hattı boyunca uzanan düzenli sıralanmış kollajen yapıları, özelleşmiş bir süperfisiyal fasya sistemi tarafından tutulur.[3] Fold, süperfisial ve mamarian fasyanın füzyonu ile oluşmakta, cilt ile pektoral fasya arasında adezyon zonu oluşturan intrinsik dermal yapıdadır.[1] Bu vaka örneğinde

konjenital olarak IMF yokluğu olan hastaya yapılan IMF rekonstrüksiyonu işlemi anlatılmıştır.

Olgu: 20 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan kadın hasta tarafımıza meme alt sınırının olmaması sebebi ile başvurdu. Yapılan muayenede bilateral olarak her iki memede intramammarian fold yokluğu izlendi. Yapılan görüntümelerde "Her iki meme alt kadranlarda inferiora doğru parankim ile birlikte uzamış görünümde" olduğu belirtilmiştir. Genel anestezi altında mevcut parankimin en inferiorundan yapılan insizyonla girildi. Cilt altı dokusu geçildikten sonra meme parankim dokusuna ulaşıldı. Pitotik meme parankiminin inferiorda kosta alt sınırına kadar incelerek uzandığı; bu yüzden fold oluşturamadığı izlendi. Bu doku pektoral kas üstünden diseke edilerek ayrıştırıldı ve superiorda nipple hizasına denk gelecek şekilde pektoral fasyaya katlanarak asıldı. Yeni fold tabana cilt altı süturlar ile sabitlendi. Birer adet minivak konuldu. Cilt altı ve cilt sütunları ile kesi primer kapatıldı. Postop 1. gün drenler çekildi ve hasta taburcu edildi. 6 aylık takiplerinde postop kontrollerde bir problem yaşanmadı.(Resim 1)

Tartışma: Litaratürde özellikle mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon yapılan hastalarda inframamarian fold oluşturulmak üzere birçok teknikten bahsedilmiştir. Lokal doku düzenlemeleri olarak deepitelize cilt alt torasik ilerletme flebi, kapsülotomi ve fasyotomi sonrası fasiyal flebin göğüs duvarına asılması, lipofasyal flep ile askılama, kapsüler "slingshot" flep, inferior doku ekspansiyonu; sutürasyon teknikleri olarak kancalı iplerle askılama, transdermal ve intradermal devamlı sutürasyon teknikleri ve bunların kombinasyonlarından bahsedilebilir. [4] Tüm bu teknikler meme rekonstrüksiyonu hastaları için kullanılmış olup, vakamızdaki gibi konjenital IMF yokluğuna yönelik bir işlem literatürde bulunamamıştır.

Sonuç: IMF, kadın memesinde en önemli estetik faktörlerden biridir. IMF yokluğunda parankim askılama yöntemi ile başarılı sonuçlar almak mümkündür.

Kaynaklar
1. G. Querci della Rovere (2004). Oncoplastic and Reconstructive Surgery of the Breast. ISBN 1-84184-351-2.^ 2.Fan, J.; Raposio, E.; Wang, J.; Nordström, R. E. A. (2002). "Development of the Inframammary Fold and Ptosis in Breast Reconstruction with Textured Tissue Expanders". Aesthetic Plastic Surgery. 26 (3): 219–222. doi:10.1007/s00266-002-1477-0. PMID 12140704. 3. Boutros, S.; Kattash, M.; Wienfeld, A.; Yuksel, E.; Baer, S.; Shenaq, S. (1998). "The intradermal anatomy of the inframammary fold". Plastic and Reconstructive Surgery. 102 (4): 1030–1033. doi:10.1097/00006534-199809040-00017. PMID 9734420. 4. Kraft CT, Rendon JL, Koutz CA, Miller MJ. Inframammary Fold Reconstruction in the Previously Reconstructed Breast: A Comprehensive Review. Plast Reconstr Surg. 2019;143(4):1019-1029. doi:10.1097/PRS.0000000000005427

Anahtar Kelimeler: *IMF, İnframamarian fold, konjenital, rekonstrüksiyon*

Resim 1

Preoperatif ve Postoperatif Resimler

P-084
Skalpin Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörü: Nadir Bir Olgu

Zeynep Altuntaş, Hayri Ahmet Burak Nurşen, Selçuk Münür Kendir, Orkun Uyanık
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Malign periferik sinir tümörleri nadir görülen yumuşak doku tümörlerinden olup insidansları literatürde yaklaşık %0.001 olarak geçmektedir[1]. Dünya sağlık örgütünün sınıflandırmasına göre yumuşak doku sarkomları arasında değerlendirilmektedirler[2]. Bu tümörler genellikle ekstremitelerin ve gövdenin proksimal kısımlarında görülürken, skalpte görülmesi daha nadirdir[1]. Skalpte çok nadir görülmelerine karşın yüksek derece malignitirler ve prognozları oldukça kötüdür[3]. Nörofibromatosis tip 1 hastalığı olanlarda yaşam boyu ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir[2]. Cerrahi sonrası radyoterapi genel tedavi yaklaşımı olarak kabul görür[4].

Amaç: Bu olgu sunumunda kliniğimizde tedavi ettiğimiz ve izlemine devam ettiğimiz skalp yerleşimli malign periferik sinir kılıfı tümörü vakasını sunmayı amaçladık.

Vaka: 51 yaşında, erkek hasta yaklaşık 5 sene önce skalpte multisentrik kitleler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde ailede hikayesinde benzer şikayetter hasta olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede palpe edilen kitlelerin jelatinöz bir yapıda mobil kitleler olduğu görüldü. Hastanın çekilen kontrastlı kraniyal MRG incelemesinde anterior frontal bölgede yaklaşık 4 cm boyutunda, parietal bölgede en büyüğü yaklaşık 3 cm olmak üzere kısmen düzgün sınırlı çok sayıda lezyon görüldü. Lezyonların intrakraniyal uzanım göstermediği, kemik dokunun intakt olduğu raporlandı. Kitleler cerrahi olarak eksize edilip patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu leiyomyom olarak raporlandı patoloji preparatında nekroz ve atipinin düşük derecede saptanması nedeniyle leiyomyosarkom tanısı düşünülmedi. Yaklaşık 6 ay sonra hasta aynı şikayetle kliniğimize tekrar başvurdu. Hastanın yeni oluşan kitleleri uygun cerrahi sınırla eksize edilerek tekrar patolojik incelemeye gönderildi. Eksize edilen kitleler patoloji tarafından bu sefer leiyomyosarkom ile uyumlu olarak raporlanması sonucu hasta tedavisinin planlanması amacıyla onkoloji kliniğine yönlendirildi. Hasta yaklaşık 1,5 yıl sonra skalpte yeni gelişmiş kitleler şikayetiyle polikliniğimize tekrar başvurdu. Hastanın geçen bu süre zarfında onkolojiye başvurduğu, ancak medikal tedavi ve radyoterapi almayı reddettiği öğrenildi. Yeni çıkan kitleler tekrar eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Patolojik inceleme sonucu kitleler nörofibrom olarak raporlandı. Hasta bu cerrahiden günümüze kadar olan süreçte yaklaşık 6 aylık periyotlarla polikliniğimize aynı şikayetlerle başvurmayı sürdürdü. Hastanın skalpte yeni çıkan lezyonlarının kaş ve üst göz kapaklarına invaze olduğu görüldü. Hastanın son başvurusunda çekilen kontrastlı kraniyel MRG'sinde medial epikantal bölgede cilde kadar uzanan kitleler görüldü, sol tarafta kitlelerin ethmoid, frontal sinüsteki kemik yapılarda bütünlük kaybına yol açtığı görüldü, göze invazyon görülmedi, radyolojik olarak nörofibromla uyumlu yapılar şeklinde raporlandı. Kitleler büyüdükçe hastanın görüş alanını kapattığı için tekrarlayan palyatif cerrahiler yapıldı. Bu süreçte yapılan eksizyonlar sonrası hastanın patolojik inceleme sonuçları nörofibromla uyumlu geldi, ancak son eksizyon materyali maling periferik sinir kılıfı tümörü olarak raporlandı.

Tartışma: Maling periferik sinir kılıfı tümörleri skalpte oldukça nadir görülen tümörlerdir[5]. Nadir olmalarının yanı sıra patolojik ayrımının zor olması da tanı koyma zorluğunun sebepleri arasındadır. Literatürde nörofibromlaınr malign transformasyon geçirebileceği bildirilmiştir ve malign periferik sinir kılıfı tümörleri oluşturabildikleri raporlanmıştır, ancak bu durum çok nadir görülmektedir[6]. Bu transformasyonun sebebi günümüzde tam olarak aydınlatılamamıştır. Malign transformasyon genellikle kitlede hızlı büyüme veya kronik ağrı ile kendini gösterir. Bizim vakamızda da kitlelerin hızlı büyümesi malign transformasyonu düşündürmüştür[5]. Malign periferik sinir kılıfı tümörlerinde kraniuma invazyon ve intrakraniyal uzanım da görülebilmektedir, ancak bizim vakamızda bu durumla karşılaşılmamıştır. Bu tümörler için spesifik bir tedavi henüz belirlenmemiştir, genel olarak sarkomlara uygulanan tedavi protokolü uygulanmaktadır. Literatürdeki örneklerde de cerrahi eksizyon sonrası adjuvant tedavi uygulanmakta ve bu da genellikle radyoterapi olmaktadır. Önemli anatomik yapılara yakınlık nedeniyle geniş rezeksiyon yapılmayan hastalarda rezeksiyon sonrası radyoterapi tümörü kontrol etmek için gerekli olabilmektedir. Kitleler tamamıyla rezeke edilse bile maling periferik sinir kılıf tümörlerinde lokal nüks oldukça yüksektir. Rekürrens oranı literatürde %52-%88 arasında değişmektedir. 5 yıllık sağ kalım ise %30 olarak raporlanmıştır[4].

Sonuç: Maling periferik sinir kılıfı tümörleri oldukça nadir görülen tümörler olup agresif seyirli olabilmektedirler. Tedavide cerrahi rezeksiyon tek başına yeterli olmamakla beraber adjuvan tedavi ihtiyacı mevcuttur. Lokal rekürrens oldukça sık görülmekte olup 5 yıllık sağ kalım %30 civarlarındadır. Kür sağlamanın zor olduğu bu vakalarda tam rezeksiyon sağlanamasa bile hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için palyatif cerrahi düşünülmelidir. Aynı zamanda hasta radyoterapi amacıyla ilgili kliniğe yönlendirilmelidir.

Kaynaklar
1) Cubas Farinha N, Belo D, Freitas H, Coiteiro D. Giant Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor of the Scalp: Case Report and Review of the Literature. World Neurosurg. 2020;138:246-252. doi:10.1016/j.wneu.2020.03.039
2) Kumar BS, Gopal M, Talwar A, Ramesh M. Diffuse neurofibroma of the scalp presenting as circumscribed alopecic patch. Int J Trichology. 2010;2(1):60-62. doi:10.4103/0974-7753.66919
3) Wang J, Ou SW, Guo ZZ, Wang YJ, Xing DG. Microsurgical management of giant malignant peripheral nerve sheath tumor of the scalp: two case reports and a literature review. World J Surg Oncol. 2013;11:269. Published 2013 Oct 10. doi:10.1186/1477-7819-11-269
4) Firdaus M, Gill AS, Mukarramah DA, et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor of the scalp: Two rare case reports. Surg Neurol Int. 2018;9:102. Published 2018 May 15. doi:10.4103/sni.sni_196_17
5) F T, A M M A, B A de L, et al. Giant malignant peripheral nerve sheath tumor of the scalp. Acta Neurologica Taiwanica. 2012 Sep;21(3):133-135.
6) Schaefer IM, Fletcher CD. Malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) arising in diffuse-type neurofibroma: clinicopathologic characterization in a series of 9 cases. Am J Surg Pathol. 2015;39(9):1234-1241.

Anahtar Kelimeler: *Nörofibrom, Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörü, Malign Transformasyon*

Resim 1

a- Hastanın 2015 yılında ilk başvuru anındaki görünümü,
b- Hastanın 2020 yılındaki en son ameliyattan önceki preop görünümü

P-085
Meme ve Gluteal Bölgede Eş Zamanlı Aspergillus Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Fatih Doğan, Fatma Nilay Tutak
Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı

Giriş: Klastridium dışı nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları genellikle polimikrobiyaldir. Bu infeksiyonların yüzde 90'dan fazlası beta-hemolitik streptokoklar veya koagülaz-pozitif stafilokokları ile meydana gelir. Kalan yüzde 10 genellikle gram-negatif enterik patojenlere bağlıdır. Kutanöz aspergillozun kesin prevalansı bilinmemekle beraber aspergillusa bağlı nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu çok nadir. Kütanöz aspergillus, travma, ameliyat veya yanık yaraları nedeniyle ya da yaralanan bölgede mantarın doğrudan aşılanması ile hem bağışıklığı yeterli hem de bağışıklığı baskılanmış kişilerde gelişebilir. Deri tutulumu, yaygın aspergillus hastalığında mikroemboliler ile oluşabileceği gibi direk mantarın aşılanması ile de oluşabilir. Bu çalışmada invaziv aspergillus enfeksiyonuna bağlı meme ve kalçasında nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu olan hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğinde akciğer enefeksiyonu ön tanısı ile yatırılan ve tedavinin 7. gününde sol meme üst dış kadranda ve kalçada kızarıklığı başlayan hasta önce genel cerrahi kliniği ile daha sonra aynı gün plastik cerrahi kliniği ile konsulte edildi. 94 yaşında, bayan hastanın kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve oral anti-diyabetik ile regüle diyabet hastalığı dışında ek hastalığı yoktu. Hastanede akciğer enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi yapılırken genel durumunda bozulma ve göğüs ağrısı şikayeti olmuş. Hasta kardiyoloji ile konsulte edilmiş. Hastanın ağrı ile beraber meme dokusunda kızarıklık başlayınca tarafımızca değerlendirildi. Meme ultrasonografisinde abse odağına rastlanılmamakla beraber tüm katmanlarda ödem mevcut olup, bulgular selülit lehine yorumlanmıştı. Hastadan gönderilen kan kültürlerinde üreme olmadığı ve tam kan sayımında WBC değerlerinin nötrofil hakimiyeti ile progresif olarak arttığı görülmekteydi. Hastanın göğsündeki kızarık alanın 12 saat sonra deri üzerinde nekroza dönüştüğü görülünce hasta operasyona alınıp meme üzerindeki alan debride edilip doku örneklemesi yapıldı. Patolojiye gönderilen doku örneklemesinde aspergillus olarak değerlendirildi. 5 günlük seri debritman ve yara bakımına rağmen nekroz alanının

giderek arttığı ve yara üzerinde beyaz hifa benzeri görüntü ile beraber kuru nekroz dikkati çekiyordu. Agresif cerrahi debridmanlara, intravenöz antifungal tedaviye rağmen, hastanın durumu klinik olarak kötüleşti ve sonuçta hasta kaybedildi.

Tartışma: İnvazive aspergillus enfeksiyonu, fırsatçı enfeksiyonlardan biri olarak hematolojik malignensilerde, özellikle uzun süreli nötropenilerde, solid organ tümörlerinde, yoğun bakım hastalarında, HIV hastalarında, allojenik kök hücre ve solid organ nakli olan hastalarda pulmuner enfeksiyona yol açabilir. Bu sayılan hasta gruplarını hepsi az ya da çok immun yetmezliği olan hastalardır. Deri tutulumu çok nadir olup literatürde vaka sunumları şeklinde birkaç vaka vardır. Bizim takip ettiğimiz şekilde immun yetmezliği olmayan hastada vücutta birbirinden bağımsız iki odakta birden lezyonun çıkıp agresif olarak nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu ile seyreden olguya literatürde rastlanılmamıştır. Hastada tam kan sayımında giderek artan beyaz küre ile beraber nötrofil hakimiyeti ciddi bir immun reaksiyonu göstermek ile beraber iki ayrı anatomik bölgede deri altında başlayıp tüm yumuşak dokuyu nekroza götürmesi dissemine aspergillus hastalığına bağlı mikroembolilerin buna neden olduğunu düşündürtmektedir. Meme dokusunda bu şekilde aniden oluşan pirimer lezyonun aspergillus enfeksiyonuna bağlı oluşabileceğini paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: *aspergillus, nekrotizanyumuşak doku enfeksiyonu, meme, yara*

Resim 1

A. Sol meme üst dış kadranda lezyonun başlangıcı B. Memedeki lezyonun debritmanı C. İntraoperatif nekroz alanı görüntüsü D. Debritmandan 24 saat sonra cerrahi alanın görüntüsü E. Kalçadaki lezyonun eş zamanlı başlangıcı F. Kalçadaki lezyonun 3. gün görüntüsü.

P-086
Nodüler Fasiit'e Bağlı Orta Falanksta Kortikal Erozyon: Olgu Sunumu

Mahmut Tekecik, Mehmet Dadacı,
Münür Selçuk Kendir, Zikrullah Baycar, Bilsev İnce
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Fibroblast ve myofibroblastların proliferasyonuyla meydana gelen nodüler fasiit (NF), nadir rastlanan, reaktif ve benign bir tümördür. İlk olarak 1955 yılında Konwaler ve ark. tarafından bildirilmiştir. Konwaler ilk olarak bu lezyonu 'subcutaneous pseudosarcomatous fasciitis' olarak adlandırmıştır (1). Lezyon hızlı büyümesi, alttaki dokulara fikse olması, hücresel zenginliği ve yüksek mitotik aktivitesi nedeniyle sarkom ile karıştırılabilir. Sarkomlara benzediği halde agresif cerrahi gerektirmez. Bu nedenle doğru histopatolojik tanı önemlidir. Klinik olarak sert ve kapsülsüz olmasına rağmen iyi sınırlı ve genellikle ağrısızdır. Erkek - kadın oranı 5:1'dir ve en sık 20-40 yaş arasında ortaya çıkar. Çocukluk çağında sıklıkla baş boyun bölgesinde görülürken erişkinlerde üst ekstremite (%48') ve gövde (%20) gibi lokalizasyonlarda karşımıza çıkar (2).

Olgu: 33 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 ay önce büyümeye başlayan parmakta kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.Yapılan fizik muayenede sol el 3. parmak orta falanks volar yüzün tamamını kaplayan parmağın radial tarafından dorsal yüze uzanan düzgün sınırlı, sert, immobil kitle saptandı. Parmağın motor ve duyu muayeneleri doğaldı. Kitle üzerindeki deride herhangi bir ülserasyon veya inflamatuar reaksiyona rastlanmadı. Hastanın çekilen direkt grafisinde sol el 3. parmak orta falanks radial tarafında kitle etkisine bağlı kortekste erozyon meydana geldiği görüldü. Hasta olası malign kitle ön tanısıyla operasyona alındı. Dorsal ve volar yüzden uygun insizyonlarla girilerek kitleye ulaşıldı. Kitlenin tendonların yer değiştirmesine neden olduğu, radial taraf nörovasküler yapıları invaze ettiği, orta falanks üzerinde erozyona neden olduğu görüldü. Radial taraf nörovasküler yapılar sakrifiye edilerek total eksize edilen kitleye dahil edildi. Eksize edilen kitle patolojik incelemeye gönderildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmaması üzerine hasta postoperatif 1. günde antibiyotik ve anti-inflamatuvar tedavileri düzenlenerek taburcu edildi. Makroskopik incelemede nodüler özellikte düzgün sınırlı, 3x2,5x1,5 cm boyutlarında parlak kirli sarı renkli lezyon izlendi. Histopatolojik incelemede,sınırları düzenli nodüler büyüme özelliği gösteren mezenkimal (iğsi hücreli) hücre proliferasyonu görülmektedir. Hücreler iğsi görünümde olup dikkat çeken bir atipik görünüm saptanmadı.10 büyük büyütme alanında 14 adet mitoz sayılmıştır,atipik mitoz görülmedi. Takiplerde nüks ya da geç komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Nodüler fasiit nadir görülen benign reaktif fibroblastik proliferasyondur. Hızlı büyümesine rağmen çoğunlukla ağrı oluşturmaz. En sık 20 - 40 yaş arasında ortaya çıkar (2). Nodüler fasiit lezyonları boyutu genellikle 4 cm'in altında düzgün sınırlı soliter nodüller olarak karşımıza çıkar. Erişkinlerde üst ekstremite (%48), gövde (%20),baş-boyun(%17), alt ekstremite (%15) gibi lokalizasyonlarda karşımıza çıkar. Nodüler fasiit ekstremite distallerinde nadiren görülmekle birlikte parmak yerleşimli olgular oldukça nadir olarak bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda miksoid liposarkom, fibrosarkom, nörofibroma, soliter fibröz tümör, fibröz histiositoma, dermatofibrosarkoma protuberans, malign periferik sinir kılıfı tümörü gibi hızlı büyüme gösteren birçok yumuşak doku tümörü yer almaktadır (3). Yumuşak doku kaynaklı tümörlerin tanısında, anatomik yerleşim ve lokal evrelemesinde MR görüntüleme yüksek

oranda sensitiftir. Nodüler fasiit yumuşak doku sarkomları gibi T-1 ağırlıklı sekansta hipo-izointens, T-2 ağırlıklı sekansta hiperintens olarak saptanır.Sinyal yoğunluğu lezyonun sellülarite, kollajen miktarı ve vaskülaritesine göre değişmektedir (4). Patolojik incelemede, stroma içerisinde düzensiz demetler halinde immatür fibroblastların ve myofibroblastların olduğu, lenfosittik infiltrasyon ve yüksek oranda ince duvarlı kapiller içeren vasküler bir tümör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hücresel atipinin izlenmemesi ve düzenli mitoz paterni sarkomdan ayrımında önemlidir (5). Bizim olgumuzda da literatür ile uyumlu olarak 3 cm boyutlarında atipik mitoz karakteri olmayan lezyon görüldü. Önerilen tedavi şekli komplet rezeksiyondur. Literatürde komplet rezeksiyon sonrası lokal nüks oranı %0,4 - %1 olarak bildirilmiştir. Tam rezeksiyonun yapılamadığı durumlardan sonra bile rezidüel kitlenin birkaç ayda spontan rezorbe olabildiği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmış ve 2-16 haftada spontan rezolüsyon görülmüştür (6). Nodüler fasiit parmak tutulumu nadir olarak görülmekle birlikte kemik kortekste erozyona neden olan çok az sayıda vaka bildirilmiştir (7).

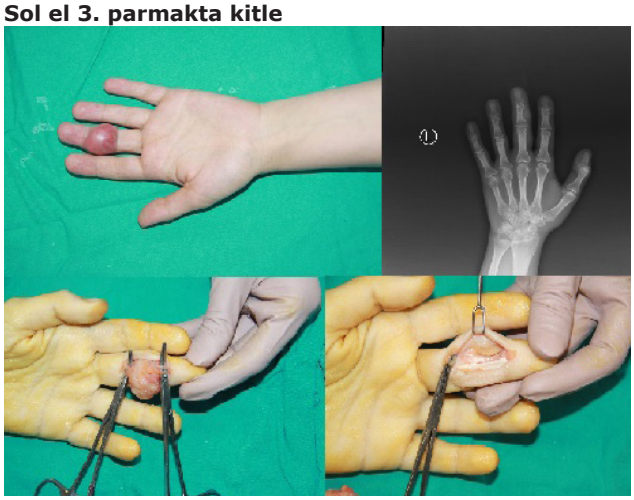
Sonuç: Nadir görülen bir yumuşak doku tümörü olan nodüler fasiit klinik olarak sarkomlara benzerliği nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Hızlı ve etraf doku erozyonuyla seyredilbilmesi, nodüler fasiitin yanlış ön tanıyla opere edilmesine ve malign tümör ön tanısıyla yapılacak agresif rezeksiyonlar istenmeyen sonuçlara sebep olabilir. Görüntüleme yöntemleri nodüler kitlelerin tanısında yardımcı olsa da kesin tanı için histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Konwaler BE, Keasbey L, Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). Am J Clin Pathol; 25:241–52, 1955.
2. Han W, Hu Q, Yang X, et al. Nodular fasciitis in the orofacial region. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006;35:924-927.
3. Kim ST, Kim HJ, Park SW, et al. Nodular fasciitis in the head and neck: CT and MR imaging findings. AJNR Am J Neuroradiol. 2005;26:2617-2623.
4. Sharma AK, Scott G, Westesson PL. MRI sign of nodular fasciitis: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105:e53-6.
5.Montgomery EA, Meis JM. Nodular fasciitis. Its morphologic spectrum and immunohistochemical profile. Am J Surg Pathol. 1991;15:942-948.
6. Gelfand JM, Mirza N, Kantor J, et al. Nodular fasciitis. Arch Dermatol. 2001;137:719-721.
7.Park JS, Park HB, Lee JS, Na JB. Nodular fasciitis with cortical erosion of the hand. Clin Orthop Surg. 2012;4(1):98-101. doi:10.4055/cios.2012.4.1.98.

Anahtar Kelimeler: *kortikal erozyon, nodüler fasiit, parmak, sarkom*

Sol el 3. parmakta kitle



P-087
Önkolda dev dermatofibrosarkom protuberans

Ferhat Kargalıoğlu[1], Galip Gencay Üstün[2], Koray Gürsoy[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Ataştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Dermatofibrosarkom protuberans yavaş büyüyen, nadir görülen, lokal agresif, malign fibroblastik, mezenkmal bir cilt tümörüdür. En sık görülen cilt sarkomudur. En yaygın kulanılan tedavi seçeneği 4-5 cm marjinle eksizyon ve Mohs mikrografik cerrahidir. Bu bildiride önkolunda subkutan kitle olan 24 yaşında hasta sunulmuştur. Hastanın önkolundaki subkutan kitlenin hızlı büyüme öyküsü olması ve cilt lezyonunun olmaması nedeniyle öntanı olarak yumuşak doku sarkomları düşünülmüştür. Dermatofibrosarkom dermisten orijin almakta ve sıklıkla altta yatan kas tendon fasya ve kemikleri infiltre etmektedir. Bu vakada ise cilt infiltrasyonu yoktur, tümör tamamen subkutan doku içerisinde yerleşim göstermektedir ve bu yüzden mohs mikrografik cerrahisi bu vakada kullanılmamıştır. Mohs mikrografik cerrahsi kullanılmamasına rağmen postoperatif 1. yılda hastada nüks izlenmemiştir. Dermatofibrosarkom protuberans vakalarında sık aralıklarla uzun dönem takip önerilmektedir.

Vaka: 23 yaşında kadın hasta sol önkol anteriorunda yaklaşık 6x8 cm boyunda subkutan kitle ile polikliniğe başvurdu. Ek hastalığı bulunmamakta ve kitle yaklaşık olarak 6 aydır progresif olarak büyümekteydi. Hastanın motor ve duyu muayenesi operasyon öncesinde doğal izlendi. Ultrasonda kitle 70x40 mm boyutlarında ve kaslar arasında anteromedial önkolda izlenmekteydi. Dopler ultrasonda kitlede artmış kan akımı mevcuttu. Önkol MR incelemesinde radyal arterden multipl arteryel dallarla beslenen 88x50 mm boyunda hipervasküler subkutan kitle izlendi. Operasyonda lazy S insizyon ile kitleye ulaşıldı ve cerrahi loupe ile magnifikasyon altında yapıldı. Kitle fleksör karpi ulnaris ve fleksör dijitorum superfisiyalis kas kitleleri arasında izlendi. Kitlenin hem radyal, hem de ulnar arterden multipl dallar ile beslendiği izlendi. Kitle etraftaki kas ve nörovasküler yapılar sakrifiye edilmeden, bu yapılardan izole edilerek eksize edildi. Operasyon sırasında radyal ve ulnar arter korundu. Kitlenin patolojik incelemesinde ortasında nekrotik odaklar içeren kirli sarı renkte nodüler doku izlendi. İmmünohistokimyasal boyamada vimentin, CD34, CD68, a1 antitripsin ile pozitif boyanma izlendi. HMB 45, Melan-A, myosin ile negatif boyanma izlendi. Ki 67 proliferasyon endeksi %4 olarak izlendi. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmedi. Klinik ve radyolojik incelemelerde metastaz lehine bulgu izlenmedi. Bu vakadaki dermatofibrosarkom protuberans diğer vakalardan farklı olarak tamamen subkutan dokuda yerleşim göstermekteydi ve cilt lezyonu izlenmedi. Tümörün eksizyonu sırasında cilt eksizyonu yapılmadı. Operasyon sonrasında hasta medikal onkolojiye yönlendirildi ve postoperatif 1. yıla kadar nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: *dermatofibrosarkom protuberans, dev dermatofibrosarkom protuberans, cilt sarkomu, sarkom*

Kitlenin intraoperatif görünümü

P-088
İntrakranial Dev Menenjiom Eksizyonu Öncesinde Yapılan Preoperatif Embolizasyon Sonrası Gelişen Skalp Nekrozunun ve Kompleks Kranial Defektin Rekonstrüksiyonu

Cem Öz[1], Burak Özkan[2], Nilgün Ertaş[2], Ahmet Çağrı Uysal[2]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: İntrakranial tümörlerin eksizyonu öncesinde kanamanın azaltılması için eksternal karotis arterden beslenen damarların embolizasyonu yapılabilmektedir. Bu işlem sonrasında skalp nekrozu nadiren gelişmektedir.

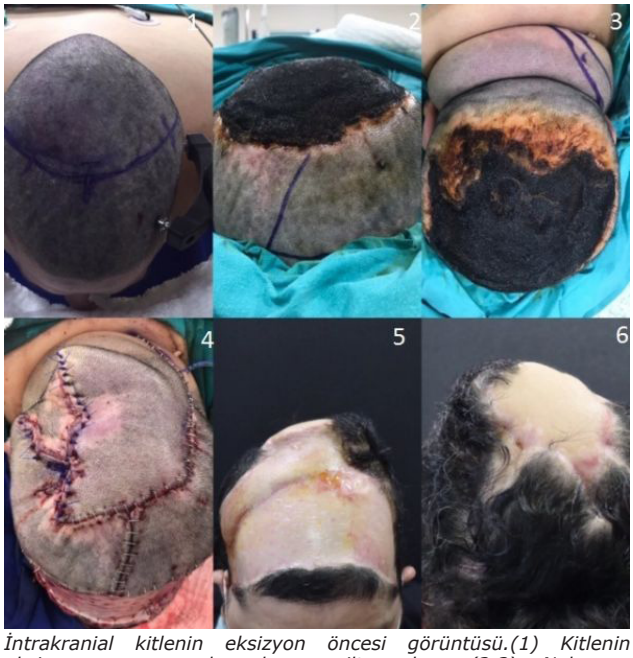
Amaç: Bu çalışmamızda dev intrakranial menenjiom eksizyonu öncesinde yapılan preoperatif embolizasyon sonrasında gelişen skalp nekrozunun ve sonrasında oluşan kranial kemik defektinin rekonstrüksiyonu sunulacaktır.

Hasta ve Metod: 65 yaşında kadın hasta son 6 aydır başlayan baş ağrısı ve paryetooksipital bölgede olan şişlik nedeniyle Beyin Cerrahisi kliniğine başvurmuş. Beyin MR ve venografi tetkikinde; verteks düzeyinde bilateral parasagittal uzanımı bulunan, ekstraaksiyel yerleşimli, süperior sagittal sinüsü sarıp kuşatan, komşu kalvaryumda da invazyona neden olan kitle lezyonu tespit edilmiş, kitlenin preoperatif embolizasyon sonrasında eksizyonu planlanmış. Hastaya tümör eksizyonu öncesinde eksternal karotisin beslediği dallara embolizasyon yapılmış, paryetooksipital bölgeden insizyonla girilerek tümör ve invaze kalveryal kemik eksize edilmiş. Geniş dura defekti için pariyetooksipital bölgeden alınan galeal greft ile duraplasti yapılmış, kemik defekti için akrilik materyal ile kranioplasti yapılmış. Hasta postoperatif dönemde paryetooksipital bölgede gelişen geniş cilt nekrozu nedeniyle kliniğimize konsülte edildi. Hastanın cilt nekrozu debride edildi, lokal rotasyon flepleri ve deri grefti (banana peel tekniği) ile ekspoze olan kranioplasti materyali kapatıldı. Ancak postopereatif takiplerde BOS kaçağı ve fleplerde distal parsiyel nekroz gelişti. Bunun üzerine hastaya operasyon planlandı. Hastanın Beyin Cerrahi tarafından kranioplasti materyali eksizyonu ve duraplasti yapması sonrasında fleplerin nekrotik kısımları debride edildi. Oluşan kompleks cilt ve kemik defekti serbest latissimus dorsi kas deri flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Hastanın takiplerinde serbest latissimus dorsi kas deri flebinde oluşan parsiyel nekrozlar debride edildikten sonra kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Hastanın takiplerinde BOS kaçağı ve intrakranial kitlede lüks gözlenmedi. Yara iyileşmesinde sıkıntı görülmedi, hastanın kompleks kranial defektinin onarımı başarıyla tamamlandı.

Tartışma ve Sonuç: Büyük skalp defektleri tümör rezeksiyonu, travma, enfeksiyon ve konjenital lezyonlar gibi çeşitli durumlara sekonder olarak ortaya çıkabilir. Skalp defektlerine eşlik eden dura ve kalvarial kemik defektleri; tümör invazyonu, dekompresyon sonrası skalp nekrozu skalp atrofisi veya implantlara bağlı nekroz gibi durumlarla ilişkilidir. Defekt alanının yumuşak doku ile kapatılması, intrakranial içeriğin kapalı kalması gerekliliği, BOS akıntısının engellenmesinin sağlanması için gereklidir. Bu durum plastik cerrahlarla beyin cerrahlarının yakın temas halinde olmasını gerektirmektedir. Skalp defektlerinin rekonstrüktif merdivenin basamaklarını sırasıyla primer kapama, deri greftleri, lokal flepler, rotasyon flepleri ile birlikte deri greftleri ve serbest flepler oluşturur. Geniş ve kompleks skalp defektlerinin onarımında serbest doku nakilleri tek kullanılabilir rekonstrüksiyon prosedürüdür.

Anahtar Kelimeler: *intrakaranial kitle, preoperatif embolizasyon, skalp nekrozu*

Resim 1



İntrakranial kitlenin eksizyon öncesi görüntüsü.(1) Kitlenin eksizyonu sonrasında oluşan cilt nekrozu.(2,3) Nekrozun debridmanı sonrasında lokal flepler ve deri grefti ile ekpoze materyalin rekonstrüksiyonu.(4) Kompleks kranial defektin lokal flepler, serbest latissimus kas deri flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarımının nihai görüntüsü.(5,6)

P-089
Posterior Oksipital Bölgede Lokalize Dev Lipom:Olgu Sunumu

Emrah Patat, Batuhan Uğur Aksoy, Alper Derviş, Ersin Akşam
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzmir

Giriş: Lipomlar vücutta en sık karşılaşılan benign mezenkimal kaynaklı, kapsüllü tümör grubunu oluştururlar. Matür adipoz doku kaynaklıdırlar ve adipoz dokusunun izlendiği tüm vücut bölümlerinde yerleşim gösterebilirler. Ancak baş boyun bölgesinde oldukça nadir olarak saptanırlar, sıklıkla cilt altında yerleşmelerine rağmen tüm yağlı dokuda rastlanabilirler ve literatürde en sık posterior servikal üçgende bildirilmişlerdir.(1,2) Genellikle asemptomatik seyirli olmaları sebebiyle nadirende olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Lipom tanısı genellikle klinik olarak konur. Ayırıcı tanıda birçok benign ve malign tümöral yapı ile karışabilmesine rağmen tedavide total cerrahi eksizyon yeterlidir. Ultrason ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) tanı koymada yardımcıdır. Lipomların %80'i 5 cm den küçüktür ancak nadiren de olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Lipomlar sıklıkla 5.-6. dekadlarda ortaya çıkarlar ve kadınlarda daha sık izlenirler. Bu vaka takdimimizde 16 cm boyutlarında kola vuran ağrı, kolda uyuşukluk ve ensede şişlik şikayeti ile başvuran ve total cerrahi eksizyon sonucu patolojik incelemede dev lipom tanısı konulan hastayı literatür eşliğinde sunduk. Bu çalışmanın amacı boyutları ile dev lipoma uygunluk gösteren, eksizyon sonrası semptomlarda belirgin düzelme olan hastamızı bildirmektir.

Olgu: Bu çalışmada boyunda nadir saptanan ve literatürde birkaç adet olgu sunumu şeklinde bildirilmiş dev servikal lipom olgu ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. 40 yaşındaki erkek hasta posterior oksipital bölgede lokalizasyon gösteren şişlik ve kola vuran ağrı yakınması ile Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ posterior oksipital bölgede palpasyonda yumuşak kıvamlı, dokunmakla ağrı oluşturmayan, 20x25 cm cilt altı kitle izlendi. Hastanın MR görüntülemesinde sağ posterior servikal alanda solid komponenti bulunmayan ince septal kontrastlanmaları olan lipomatöz kitlesel lezyon izlendi. Spinal kanal uzanımı veya intrakranial alan uzanımı bulunmamaktaydı.Dev lipom ön tanısıyla hastaya operasyon planlandı. Sol lateral dekübit pozisyonda posterior servikal yaklaşık 15 cm lik kesiden posterior servikal kaslar diseke edildi. Derin submuskuler planda yaklaşık 30 cm lik multilobüle kompleks kitle eksize edildi. Histopatolojik incelemede en büyük materyal 14x13x11 cm boyutlarda dış yüzü ince bir kapsülle çevrili görünümde sarı renkli yağ dokusu görünümü tespit edildi. Postoperatif takibinde hematom, seroma, yara yerinde dehissans gözlemlenmedi. Hastanın postoperatif 6 aylık takipleri yapıldı. Parestezilerinde belirgin azalma, kolda ağrı şikayetinde zamanla olan azalma ve estetik açıdan kabul edilebilir skarla belirgin düzelme gözlendi.

Tartışma: Lipomlar vücudumuzda çok yaygın olarak görülen mezenkim dokusundan kaynaklanan yumuşak doku tümörleridir. Makroskopik olarak incelendiğinde iyi sınırlı, yuvarlak, genellikle sarı renkli, lastik kıvamında kitleler olup lobüler septalı görünümlüdürler. İyi sınırlı, matür yağ dokusu görünümündedirler. Bağ dokuları septalı yapı gösterir ve septaların içerisinde vasküler yapılar bulunabilir. Nadiren inflamatuar hücreler ve makrofajlar görülebildiği belirtilir (3). Lipomlar histolojik olarak yağ dokusuna çok benzerler. Basit bir lipodistrofik alandan lipomları tek ayıran özelliği, çevrelerindeki fibröz kapsül varlığıdır. Baş-boyun bölgesinde nadir görülürler (4). Tedavisi cerrahi olarak kitlenin total rezeksiyonudur. Dev lipomlar hastada kozmetik ve fonksiyonel kısıtlılığa yol açabilmektedir. Boyundaki lipomlar boyunda hareket kısıtlılığı yapabilir. Bizim hastamızda kozmetik olarak sorun oluşturan, boyun hareketlerinde zorlanma ve hareketle kol ağrısı yapan ve kollarda uyuşukluk hissine neden olan bir lipom mevcuttu. Temel tedavi şekli cerrahi total eksizyon olan lipomlar, fonksiyonel veya kozmetik nedenlerle eksize edilebilirler ve total rezeksiyonu takiben genellikle rekürrens göstermezler. Biz de olgumuza total eksizyon uyguladık.

Sonuç: Posterior oksipital bölgede dev lipom literatürde nadir görülen benign bir tümördür. Bu tümöral olusumların tanı ve tedavileri basit olmasına rağmen, lezyonun semptomatik olmaması nedeniyle tanıdaki gecikme genellikle daha büyük bir kitleye neden olmaktadır. Bu durum estetik kaygı ve fonksiyonel bozukluk gibi ek sorunlara yol açmaktadır. Böyle vakalarda lezyonun total eksizyonu tedavide yeterlidir. Rekürrens oldukça nadirdir.

Kaynaklar
1. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA: Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnosticwork-up. J Laryngol Otol 2006; 120:47-55.
2. Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review.AJNR Am J Neuroradiol 1986;7:657-664.
3. Sanchez M, Golomb F, Moy J, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. Am J AcadDermatol 1993; 28: 266–270.
4. Barnes L. Tumors and tumor-like lesions of the head and neck. In: Barnes L, ed. Surgical Pathology of the Headand Neck. New York: Marcel Decker Inc; 1985
Anahtar Kelimeler: Lipom, Posterior, Benign, Eksizyon

Anahtar Kelimeler: *Lipom, Posterior, Oksipital, Dev, Lipom*

Resim 1:

Olgumuzun pre-operatif, sağ lateral görünümü, mr görüntüsü, intra operatif görünümü

P-090
Konjenital Nevüs Eksizyonu Sonrası Oluşan Defekt için Tünelize Postauriküler Flep

Semih Özçınar, Özcan Öcük, Fatih Dipçin, Orhan Gazi Dinç, Cemal Fırat
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Kompleks anatomisi nedeniyle kulak rekonstrüksiyonu plastik cerrahlar için çoğu zaman uğraştırıcı bir rekonstrüksiyondur. Rekonstrüksiyon tekniği defektin yeri, genişliği, çevre doku kalitesi, hastanın tercihi ve cerrahi deneyime göre değişir. (1) Tam kalınlıktaki cilt greftlerinden serbest fleplere kadar geniş bir rekonstrüksiyon seçeneği vardır. Cilt greftlerinin renk uyumu, uzun iyileşme süresi ve oluşabilecek donör alanı morbiditesi nedeniyle dezavantajları vardır. (2) Kulak orta 1/3 defektleri için postauriküler bölge flepleri ince cilt yapısı ve esnek bir yapıya sahip olması nedeniyle çok iyi bir seçenektir. (3) Hastamızda konjenital nevüs eksizyonu sonrası antitragustan heliks ve lobüle uzanım gösteren 2x1 cmlik defekt için,estetik görünüm açısından iyi bir sonuç alabilmek amacıyla postauriküler bölgeden inferior pediküllü flep cerrahisi yapıldı.

Olgu:25 yaşında kadın hasta sağ kulak anti tragustan helikse ve lobule uzanın 2x1 cm genişliğinde konjenital nevüs nedeniyle kliniğimize başvurdu. (Resim1) Hastadan onam alınarak, nevüs eksizyonu sonrası oluşacak defekt için inferior pediküllü postauriküler flep planlandı. Genel anestezi altında konjenital nevüs eksizyonu yapıldıktan sonra flep planı için çizim yapıldı. (Resim 2).Çizime uygun insizyonlar yapılarak, postauriküler bölgeden inferior pediküllü flep eleve edildi.(Resim 3) Flep konka heliks birleşiminden tünelize edilerek defekte adapte edildi. (Resim 4) Donör alanı primer süture edildi. 3. Hafta kontrolünde lokal anestezş altında flep pedikülünden ayrıldı.. 8. Hafta kontrolünde flep inceltilmesi için plan yapıldı. (Resim 5)

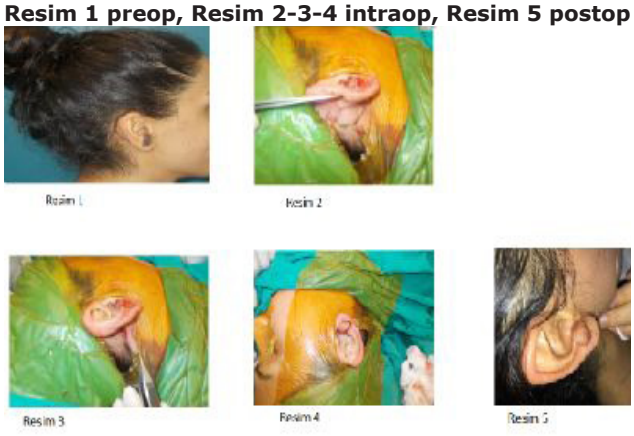
Tartişma: Parsiyel kulak defektleri rekonstrüksiyonu hem fonksiyonel hem de estetik kaygı gözeten,kompleks yapısı nedeniyle uğraştıcı bir cerrahi olsa da sonuçları iyidir. Defektin boyutu, lokalizasyonu ve vasküleritesi şeçilecek cerrahi planı önemli ölçüde etkiler. Bununla birlikte hastanın beklentileri de dikkate alınmalıdır. Lokalizasyonuna göre 3 bölgeye ayırırsak orta 1/3 bölgedeki 1.5 cmden küçük defektler wedge eksizyon ve direkt kapama ile onarılabilir.2-2,5 cmlik defektler için kondrokutanöz ilerletme flepleri kullanılabilir. (4) Daha büyük defektler için iki aşamalı posterior bazlı retroaurikuler pediküllü flepler planlanabilir. Postaurikuler cilt yapısı ince ve esnek olması nedeniyle kulak rekonstrüksiyonu için mükemmel uyum sağlar. Biz de kliniğimize başvuran kulak orta 1/3te konjenital nevüsü olan hastaya inferior pediküllü tünelize postaurikuler flep kullandık ve hasta memnuniyeti ve iyi estetik sonucu olan defekt onarımı yaptık

Sonuç: Postaurikuler bölge cilt yapısı ince ve esnek olması nedeniyle Kulak orta 1/3 defekt rekonstrüksiyonu için kullanılabilecek önemli bir seçenektir.

Kaynakça
Tunnelised inferiorly based preauricular flap repair of antitragus and concha after basal cell carcinoma excision: Case report Andre´ Ramalho Braga a,b,*, Lucas Chagas Pereira a,b, Marcio Grave a,b,Jose´ Humberto Cardoso Resende a,b, Diogo Almeida Lima a,b, Acrysio Peixoto De Souza a,b, Ricardo Morgental Zambenedetti a,b*
2. Park SS, Hood RJ. Auricular reconstruction. Otolaryngol ClinNorth Am 2001;34:713e38.
3. Partial Ear Defects Brent B. Pickrell, MD1 Christopher D. Hughes, MD, MPH1 Renata S. Maricevich, MD2
4. Antia NH, Buch VI. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. Plast Reconstr Surg 1967;39(05): 472–477

Anahtar Kelimeler: *Konjenital Nevüs, Kulak Rekonstrüksiyonu, Postaurikuler Flep*

Resim 1 preop, Resim 2-3-4 intraop, Resim 5 postop



P-091
Kimerik ALT Flebi ile kompozit maksiller defektin 3 boyutlu rekonstrüksiyonu

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Atakan Meriç Kahraman, Yavuz Demir, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Bazal hücreli karsinomlar (BCC) deri kaynaklı maligniteler içerisinde en yaygın olanıdır. Yavaş büyüme paternine sahip olan bu tümörlerde genellikle lokal eksizyon ile birlikte yüksek oranda kür elde edilebilmektedir. Nüks eden olguların daha agresif seyirli olduğu kabul edilmekte olup bu gibi durumlarda daha geniş eksizyonlar gerekmektedir. Yeterli eksizyon yapılmadığı takdirde tümör lokal olarak invazyon göstermekte ve çevre dokulara yayılabilmektedir. Bu olgu sunumunda nüks bazal hücreli karsinom ile başvuran; maksilla, orbita tabanı, yanak, nazal bölge ve damak invazyonu olan ve tümör rezeksiyonu sonrası kimerik serbest alt flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hasta paylaşılmaktadır.

Gereç-Yöntem: 52 yaşında erkek hasta 13 yıl önce burun cildinde lezyon nedeniyle başvurmuş. BCC olarak raporlanan bu lezyon eksize edildikten sonra nüks ederek geniş bir alana yayılmış. Fizik muayenede burun sol yan duvarından başlayan ve yanağa uzanan 4x2 cm'lik ciltten kabarık sınırları düzensiz ortası ülsere lezyon mevcuttu. Çevresi endure olan ve superiorda alt göz kapağında minimal retraksiyona yol açan lezyonun yapılan tetkikler ile nazal septum, maksiller sinüs ön duvar, palatal kemikte tutulum olduğu görüldü. Geniş eksizyon ve rekonstrüksiyon planlandı.

Bulgular: Fizik muayenede, sol göz medial kantusu içine alan sınırları düzensiz ciltten kabarık ortası ülsere yaklaşık 4*2 cm lezyon mevcuttu. Nazal dorsum ve sol alar kanada

uzanan çevresi endüre olan ve süperiorunda tümöral oluşum nedeniyle minimal ektropionu mevcut olan hastanın, burun sol alar kanat, sol yanak mediali ve alt göz kapağındaki cilt ve yumuşak dokular eksize edildi. Ardından orbita tabanı, yumuşak damak ile beraber maksilla ve yumuşak dokular total olarak eksize edildi (Total maksillektomi yapıldı). Ardından sol uylukta 8x22 cm lik alt cilt flebi 2 adet perforatör üzerinden kaldırıldı ve lateral sirkümfleks femoral arterin desenden dalının vastus lateralise vermiş olduğu kas cuff'ı flebe dahil edildi. 2 perforatörün beslediği cilt adası bu damarlar arasından insize edildi. Oluşan 2 cilt adasından biri burun kanadı, yanak ve alt göz kapağının rekonstrüksiyonunda, diğer cilt adası damağın ağıza bakan kısmının rekonstrüksiyonunda, vastus lateralis kası ise maksillektomi sonrası oluşan orta yüz bölgesindeki hacim kaybını gidermek amacıyla kullanılması planlandı. Bu plana göre uygun oryantasyonda flepler yerleştirilerek sol fasiyal arter ve eşlik eden vene anastomoz yapıldı. Hastaya preoperatif enükleasyon önerilmesine rağmen hasta tarafından kabul görmedi ve sol medial kantal bölgeden orbita tabanına, maksilla medial, lateral ve posterıor duvarına ve damağa invaze olan tümoral kitle eksizyonu yapıldı.

Tartışma - Sonuç: Orta yüz bölgesi rekonstrüksiyon açısından kompleks bir bölgedir. Bu bölgede tümör rezeksiyonu nedeniyle kompozit defektler oluşabilmektedir. Bu defektlerin rekonstrüksiyonu için ALT flebi uzun pediküllü olması, birden fazla cilt adasının farklı perforatörler üzerinden flebe dahil edilebilmesi, komşuluğundaki vastus lateralise kasın beslenmesi için dal veren yapısı nedeniyle ideal bir flep olarak karşımıza çıkmaktadır. Kimerik olarak planlanan serbest ALT flebi orta yüz bölgesinin kompleks kompozit defektlerinin rekonstrüksiyonunda önemli bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Anterolateral thigh flep, Kimerik flep, Orta yüz defekti

P-092
Negatif Basınçlı Yara Tedavisi Sistemi İle Kapalı İnsizyonların Yönetimi

Süleyman Çakmak, Cenk Demirdöver, Haluk Vayvada, Hüseyin Emre Ulukaya, Hasan Basri Çağlı, Merve Terzi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Kapalı insizyon yönetim sistemleri, negatif basınçlı yara tedavisi yöntemlerinden biridir. NBYT; akut, travmatik ve kronik yaralarda kullanılan, yara iyileşmesini hızlandıran bir sistemdir. NBYT, yara için gerekli olan nemli bir ortamın korunmasına yardımcı olur, yaranın kanlanmasını arttırır, enfeksiyon oranlarını azaltır ve yaranın kapanmasını hızlandırır. Kapalı insizyon NBYT, kontaminasyon ve enfeksiyona karşı bariyer görevi sağlar, insizyon altında subkutanöz dokuda oluşan ölü boşluğu azaltıp, lenfatik akımı arttırarak hematom/seroma seviyesini azaltır ve makrodefarmasyon etkisi ile yarada kontraksiyon oluşturur ve yara inflamasyonu düzenler. Bir meta-analiz, kapalı insizyon sistemleri ile tedavi edilen hastalarda enfeksiyon oranlarında %50 azalma ve ayrıca skar oluşumunda azalma olduğunu göstermiştir. NBYT'nde kullanılan cihazların ortak özellikleri, açık gözenekli köpük, semiokluziv yara örtüsü, suction tübü ve suction cihazının olmasıdır. Açık yaralarda köpük direk yara ile temas halinde olacak şekilde yerleştirilir. Kapalı insizyon NBYT'de, köpük, kapalı insizyon bölgesinde direk sütür hattına da yerleştirilebilirken; sütür hattı üzerine direk teması engelleyen yarı geçirgen pansuman malzemesi (gazlı bez, bactigrass vb.) üzerine de yerleştirilebilir.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışmada 2017-2019 yılları arasında DEÜTF Plastik Cerrahi Kliniği'nde opere edilen 15 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan yedi tanesi erkek, sekiz tanesi kadın, en küçüğü 13 yaşında en büyüğü ise 85 yaşında (ort:53,3) idi. Özellikle rekonstrüksiyon zorluğu yaşanan, tekrarlayan yara seperasyon problemleri olan, gergin kapanan ve enfekte yaralardan sonra yapılan debridman ve defekt onarımı yapılan hastalarda uygulandı. Tablo-1 de hastaların özellikleri yer almaktadır. Tüm hastalara hemovac dren yerleştirildi. Tüm hastalara preoperatif sefazolin antibiyotik profilaksisi uygulandı ve operasyon sonrasında antibiyotik kullanımına devam edildi. Hastalara yapılan cerrahi işlem sonrasında kapalı insizyon NBYT pansumanı yapıldı. Cihaz basınçları 75-125 mmHg basıncı arasında ayarlandı. Postoperatif dönemde hemovac drenler NBYT pansumanı açılana kadar tutuldu. NBYT pansumanları ortalama 5-7 gün sonra açıldı. Sonrasında tüm hastalara kuru steril gazlı bez ile pansuman yapıldı.

Bulgular: Kapalı insizyon NBYT pansumanı açıldıktan sonra tüm hastalarda yara epitelizasyonunun başladığı, hastalarda hematom/seroma, seperasyon ve yarada enfeksiyon olmadığı görüldü. Hastaların pansumanı klorheksidinli solüsyon ile temizlik ardından steril gazlı bez ile kuru olarak kapatıldı. Özellikle bası yarası ve alt ekstremiteyi ilgilendiren yara yerlerinde, NBYT pansumanı açılması ardından 7-10 gün sonrasında sütür hattında aralıklı olarak beş hastada (%33,3) minör komplikasyon olarak kabul edilen membranlaşma ve minimal seperasyonlar görüldü. Üç hastada (%20) majör komplikasyon olarak kabul edilen enfeksiyon, akıntı ve totale yakın seperasyon görüldü. Üç hastanın iki tanesi sacral bası yarası sonrasında, bir tanesi de alt ekstremite ateşli silah yaralanması sonrası uygulanan sement ve protezlerin enfeksiyonu sonrası oluşan akıntılı doku defekti sonrasında uygulanan debridman ve defekt onarım hastaları idi. Ateşli silah yaralanması olan hastanın debridmanın yeterli yapılmadığı için tekrardan seperasyon oluştuğu görüldü. Bası yaralarının ise, otonom disfonksiyon sonrasında yara çevresinde gereğinden fazla artan nemlilik sonrasında yara yerinde maserasyon ve sonrasında geniş seperasyon alanları izlendi. Alt ekstremite yaralanması ve bir bası yarası sadece pansumanla takip edildi. Diğer bası yarası ise debridman ve kas-deri flebi ile kapatılması sonucu kapatılarak iyileştirildi ve taburcu edildi.

Sonuç: Kapalı insizyon NBYT sistemi, yüksek riskli cerrahi insizyonların primer kapatılması ardından uygulanarak yara dehissansı, enfeksiyon, hematom/seroma komplikasyonlarını azaltır. Daha önce yapılan prospektif çalışmalarda kullanımı sonrası yara kompliaksyonlarının azaldığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada total kalça artroplasti yapılan hastalarda postoperatif seromayı azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca abdominal duvar rekonstrüksiyonlarında yara dehissans oranını %39'dan %9'a düştüğü gösterilmiş. Ancak Masden ve arkadaşlarının randomize olarak yaptığı abdominal duvar rekonstrüksiyonlarında, NBYT pansuman sistemi ile gümüşlü yara bakım örtüleri ile adheziv olmayan pansuman malzemeleri arasında enfeksiyon ve dehissans oranları arasında

anlamlı bir fark görülmemiş. Bizim çalışmamızda yara komplikasyon oranı yüksek riskli kişilerde, operasyon sonrası dehissans ve enfeksiyon beklenen hastalara prevana sistemi uygulandı. Toplam 15 hastanın değerlendirildiği çalışmada, toplam 8 hastada (%53,3) komplikasyon görüldü. Bu hastaların beş tanesinde (%33,3) kabul edilebilir ve pansumanla iyileşen hafif enfeksiyon ve seperasyonlar görüldü. Toplam üç hastada (%20) yara enfeksiyonu ve dehissansı görüldü ve bunların bir tanesine ek cerrahi girişim uygulandı. Diğer iki hasta pansumanla takip edildi. Klinik tecrübelerimize dayanarak yüksek riskli yaralarda ve kapatmalarda kapalı insizyon NBYT sisteminin yara yeri komplikasyon oranlarını azalttığı görüldü. Kapalı insizyon NBYT pansumanı uygulandıktan 5-7 gün sonra açılmasını takiben kuru pansumana geçildi. Görülen minör komplikasyonlar genelde kapalı insizyon NBYT pansumanının açılmasından 3-4 gün sonra görüldü ve 7-10 gün süre sonrasında geriledi. Bu minör komplikasyonları azaltmak için kapalı insizyon NBYT pansumanı açıldıktan sonra en az bir seans daha tekrarlanabilir.

Anahtar Kelimeler: *Basınç, İnsizyon, Kapalı, Negatif, Yara*

Tablo - 1

Hasta No	Yaş ve Cinsiyet	Etiyoloji	Ek Özellik	Operasyon	Komplikasyon	Hastane Yatış Süresi
1	35-erkek	Ateşli silah yaralanması-dizde doku defekti	15 paket/yıl sigara	Debridman Lokal random flep	Major komplikasyon	40 gün
2	56 - kadın	Mastektomi sonrası Radyonekroz	------	TRAM Donör alana prevana	------	7 gün
3	71 – erkek	Diyabetik ayak	15 paket/yıl sigara	Diz altı amputasyon	Minör komplikasyon	22 gün
4	68 – kadın	Bası yarası	HT ve KAH Paraplejik	Debridman Gluteal kas-deri flebi	Minör komplikasyon	19 gün
5	59 – erkek	CABG sonrası Sternal Osteomeylit	HT, DM, KAH	Debridman Pektoral kas flebi ve random flep	-----	14 gün
6	45 – erkek	ADTK bacakta doku defekti	------	Debridman Random flep	------	18 gün
7	60 – kadın	ADTK sonrası uylukta cilt nekrozu	Brugada sendromu HT ve Hipotiroidi	Debridman Lokal random flep	-----	8 gün
8	82- kadın	İnguinal diseksiyon sonrası cilt nekrozu	HT	Debridman Primer kapatma	Minör komplikasyon	21 gün
9	85 - erkek	Bacakta kırık sonrası doku defekti	HT, DM, PAH	Debridman Lokal Flep	Minör komplikasyon	25 gün
10	46 – kadın	Nefrektomi sonrası parapleji ve Bası yarası	-----	Debridman Lokal Random flepler	Major komplikasyon	9 ay
11	50 – erkek	Bası yarası	------	Debridman Random rotasyon flebi	Major komplikasyon	2 ay
12	13 – kadın	Bası yarası	------	Debridman Random flep	------	21 gün
13	20 - kadın	Uylukta doku defekti	------	Debridman Random flep	------	14 gün
14	48 – erkek	Bacakta Doku defekti	10 paket/yıl sigara	Debridman Random flep	Minör komplikasyon	15 gün
15	62 - kadın	İnguinal nekrotizan fasiit	DM ve HT 2 paket/yıl sigara	Seri debridman+VAC Lokal random flep	------	20 gün

P-093
Kranioplasti'de Alloplastik İmplant Materyali Ekspozisyonu:Dura Mater Epitelizasyonu Olgu Sunumu

Bilsev İnce, Mahmut Tekecik, Zikrullah Baycar, Mehmet Dadacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Şiddetli kafa travması,onkolojik rezeksiyonlar ve konjenital kafatası anomalileri geniş kraniyal deformitelere yol açabilir(1). Kranyum defektleri hastalar için fonksiyonel, psikolojik ve estetik sorunlara neden olabilir ve bu da defektlerin rekonstrüksiyonunu gerekli kılar. Kranioplasti,doğuştan veya edinilmiş eksik kraniyal kemiğin hem yapısını hem de işlevini eski haline getirmeyi amaçlamakla kalmayıp aynı zamanda hastanın nörolojik durumunu da iyileştiren yaygın olarak yapılan bir cerrahidir (2). Kranioplastide otolog kemik greftlerinin yanında titanyum alaşımlar,seramikler(hidroksiapatit), akrilikler (polimetilmetakrilat),polimerler (polietereterketon) gibi sentetik veya alloplastik malzemelerin kullanımı giderek daha yaygın hale gelmiştir(3). Polimetilmetakrilat;kolay uygulama,doku uyumu,düşük fiyat,yumuşak doku tarafından yüksek tolerans ve fonksiyonel strese dayanıklılık gibi özellikleri nedeniyle 1940'lı yıllardan sonra en sık kullanılan alloplastik malzemelerden olmuştur. William Spence'in 1954 yılında yayınlanan makalesi ile kranioplasti materyali olarak daha çok kullanılır hale gelmiştir(4). Bu olgumuzda polimetilmetakrilat ile kranioplasti yapılan hastanın implant materyalinin ekspoze olması sonucu dura mater epitelizasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta saçlı deride yabancı cisim şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın 30 yıl önce dekompresif kraniektomi sonrası kranyum defekt onarımı için polimetilmetalkrilat ile kranioplasti yapıldığı,yaklaşık 3 ay öncede kranioplasti implant materyalinin saçlı deriden görünmeye başladığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sağ paryetal bölgede saçlı derinin kendi içerisinde katlandığı ve implant materyalinin totale yakın ekspoze olduğu görüldü.(Şekil 1-a,b) Ekspoze implant materyali etrafında aktif enfektif bulgular ve bos kaçağı görülmedi. Hastanın nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Hasta preoperatif görüntüleme ve kan tetkikleri yapıldıktan sonra ameliyata alındı. Ekspoze implant künt diseksiyon ve elevatör yardımıyla kendi içinde katlanan saçlı deriden ayrılarak çıkarıldı.(Şekil 1-c) İmplant çıkarıldıktan sonra kranyum defektinin bulunduğu alanda dura materin üstünde epitelizasyon gerçekleştiği ve herhangi bir intrakranial yapının açıkta olmadığı görüldü. Epitelize alanın intakt olduğu tekrar kontrol edildikten sonra kendi içinde katlanan saçlı deri eksize edildi. Defekt etrafındaki skalp yerine iade edilerek süturasyon yapıldı. Hastaya ileri bir tarihte kişiye özel implant materyali ile kranioplasti yapılması planlanarak operasyon tamamlandı. Hasta postoperatif 5. günde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine medikal tedavisi düzenlenerek pansuman önerileri ile taburcu edildi.(Şekil 1-d) Takiplerde geç komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Kranyum defeklerinin kranioplasti ile düzeltilmesinin ana sebepleri intrakranial yapıları korumak,nörolojik hasarı önlemek ve hastaya tatmin edici bir estetik görünüm oluşturmaktır(2). Kranioplasti materyalinde bulunması gereken özellikler arasında;kolay ulaşılabilir,biyouyumlu,düşük maliyetli,enfeksiyona dirençli,mekanik strese dayanıklı,kolay şekil verilip defekte tam uyum sağlaması sayılabilir. Maalesef tüm bu özellikleri bulunduran bir implant materyali bulunmamaktadır. Biyouyumluluk ve enfeksiyon direnci nedeniyle hastanın kendi kemik flebi kranioplasti için ilk seçenekler arasındadır. Kemik flebi ile rekonstrüksiyon yapılamayan hastalarda uygun donör alandan alınan otolog kemik greftleri ile onarım yapılabilir. Otolog kemik greftlerininde özellikle büyük kranyum defektlerinde rezorbsiyon,donör saha morbiditeleri,greftin alınmasının tecrübe gerektirmesi gibi dezavantajları bulunmaktadır(5). Diğer kranioplasti materyalleri arasında titanyum alaşımlar, seramikler(hidroksiapatit), akrilikler (polimetilmetakrilat), polimerler (polietereterketon) gibi sentetik veya alloplastik malzemeler yer almaktadır.

Polimetilmetakrilat(PMMA) polimerize akrilik esteridir. İkinci Dünya Savaşından sonra en sık kullanılan sentetik malzemelerden biri olmuştur. Akrilik altta yatan doku ile reaksiyona girmeden dura matere yapışır. Hafif, güçlü,ısıya dirençli, radyolüsent ve düşük maliyetli olması sebebiyle metale tercih edilmektedir(6). Esnek olması,intraoperatif uygulanabilmesi ve kranial defekt anatomisine uyumlu olması diğer avantajlarındandır. Dezavantajlarına bakıldığında strese karşı dirençli olmasına rağmen çok güçlü bir kuvvet ile baskı uygulandığında kırılgan şekilde davranabilir ve polimerizasyon sırasında yaklaşık 70 ° C'ye kadar ısınmaktadır. Polimerizasyon işlemi kranyum defekt alanında gerçekleşecekse çevre dokular ısı nedeniyle ciddi şekilde hasar görebilir (7). Diğer dezavantajları arasında yüksek ekstrüzyon riski,dekompozisyon,enfeksiyon ve rezidü monomerlere bağlı toksisite gelişmesi vardır(8). Katı PMMA gözeneksiz olduğu için etraf dokuların implant içine büyümesine izin vermez bu nedenle implantın yerleştirildikten sonra tespit edilmesi gerekir. Bizim olgumuzda da polimetilmetakrilat ile kalvaryum defekt onarımı gerçekleştirildiği ve yıllar sonra implant materyalinin ekspoze olduğu görüldü. İmplant çıkarıldığında ise dura mater üstündeki alanın epitelizasyonunun gerçekleştiği ve intrakranial yapıların tamamen korunmuş olduğu görüldü. Epitelize alan altında beyin parankiminin pulsasyon hareketi net olarak görülmekteydi.

Sonuç: Kranioplasti, kranyum defekt onarımı için yapılan en eski cerrahi prosedürlerden birisidir. Zamanla birlikte cerrahi teknikte ve kullanılan malzemelerde gelişmeler olmuştur.Hastanın kemik flebi kranioplasti için ilk tercihlerden birisidir. Polimetilmetakrilatın kranioplasti için kullanılabileceğinin bulunması ile en yaygın kullanılan sentetik materyallerden biri olmuştur. Enfeksiyon,dekomp ozisyon,alerjik reaksiyonlar gibi dezavantajları nedeniyle implantın ekspoze olup intrakranial yapıların korumasız kalmasına ve hastada nörolojik semptom gelişmesine neden olabilir.Bizim olgumuzda da ekspoze implant materyali çıkarıldıktan sonra epitelizasyon görülmesi üzerine revizyon kranioplasti 2.seansa bırakıldı.

Kaynaklar:
1.Sorour M., Caton W.L., Couldwell W.T. Technique for methyl methacrylate cranioplasty to optimize cosmetic outcome. Acta Neurochir. 2014;156:207–209.
2.Aydin S, Kucukyuruk B, Abuzayed B, et al. Cranioplasty: review of materials and techniques. J Neurosci Rural Pract 2011;2:162–167
3.Konofaos P., Wallace R.D. Innovation to Pediatric Cranioplasty. J. Craniofac. Surg. 2019;30:519–524.
4.Sanan A, Haines SJ: Repairing holes in the head: a history of cranioplasty. Neurosurgery 40: 588-603, 1997
5.Neovius E, Engstrand T. Craniofacial reconstruction with bone and biomaterials: review over the last 11 years. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010;63:1615–1623
6. Henry HM, Guerrero C, & Moody RA: Cerebrospinal fluid fistula from fractured acrylic cranioplasty plate. Case report. J Neurosurg 45:227–228, 1976
7. Azmi A, Latiff AZ, & Johari A: Methyl methacrylate cranioplasty. Med J Malaysia 59:418–421, 2004
8.Chiarini L, Figurelli S, Pollastri G, Torcia E, Ferrari F, & Albanese M,: Cranioplasty using acrylic material: a new technical procedure. J Craniomaxillofac Surg 32:5–9, 2004

Anahtar Kelimeler: *dura mater, kranioplasti, polimetilmetakrilat*

Ekspoze Kranioplasti İmplant Materyali

P-094
Ayakta Plantar Bölge Rekonstrüksiyonunda Fasyokutan ALT Flep Kullanımı

Cemal Fırat, Semih Özçınar, Özcan Öcük, Kağan Bekircan, Rafet Özbey
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Ayak, ağırlık taşıyan bir bölge olması nedeniyle, özellikle plantar bölge defektlerinin rekonstrüksiyonu cerrahlar için her zaman önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Ağırlık taşıyan bu bölgenin sağlam bir iskelet alt yapıya sahip olması ve stres ve yüklere dayanıklı stabil bir yumuşak doku örtüsünün olması oldukça önemlidir. Ayak plantar bölge rekonstrüksiyonunda lokal pedikküllü flepler gibi seçenekler de bulunmakla birlikte özellikle defekt büyüdükçe serbest flep seçeneği ön-plana çıkmakta ve oldukça başarılı rekonstrüksiyon sağlamaktadır (1). Bu olguda kullandığımız "anterolateral uyluk flebi (ALT)" tanımlandıktan sonra özellikle son 20 yıldır rekonstrüksiyon seçenekleri arasında oldukça popüler hale gelmiştir.

Olgu Sunumu: 35 yaşında erkek hastada 15 yıl önce trafik kazası sonrası sağ ayak plantar bölge oluşan defekt ALT serbest flebi ile onarılmış.Ancak onarım sonrası flep başarısız olmuş ve defekt greft ile onarılmış. Polklinik muayenemizde sol ayak 1ve 5. Parmakların ampute olduğu,ayak plantar bölge orta kısımda atrofik değişikliklerin meydana geldiği, 5. Metatars başında osteomiyelit olduğu ve topuk bölgesinde plantar yüzde defektif yumuşak doku lezyonu olduğu tespit edildi. (Resim 1) Atrofik plantar cilt yapısı, osteomiyelit ve doku defekti rekonstrüksiyonu amacıyla, sol uyluktan ALT

serbest flebi planlandı. Sağ ayak plantar bölgede uygun debridman yapıldıktan sonra oluşan defekt genişliğinde sol uyluktan serbest ALT flebi planlandı. (Resim 2). Sağ tibia distalinde anastomoz için anterior tibial arter (ATA) ve vena safena magna (VSM) uygun çapta ve dolaşımı olduğundan anastomoz için kullanılmasına için hazırlandı. Septum hizasından girilerek pedikül proksimale doğru diseke edildi. (Resim 3) Flep pedikülü proksimalden ayrıldı.Arter ve veni, ATA ve VSM ile mikroskop altında mikrocerrahi prensiplerine uygun olarak arter-arter ve ven-ven uç uca anastomozu yapıldı.Flep sağ ayak plantar bölgedeki defektif alana adapte edildi.(Resim 1) Postoperatif takiplerinde el doppleri kullanılarak yakın dolaşım takibi yapıldı. Takiplerinde flepte dolaşım bozukluğu gözlenmedi.(Resim4)

Tartışma: Alt ekstremitede meydana gelen doku defektleri, bu bölgede yeterli yumuşak doku olmaması ve önemli anatomik yapıların yüzeyel yerleşimli olması gibi nedenlerden dolayı rekonstrüksiyonu oldukça zorlayıcıdır (2). ALT flep kullanımı alt ekstremite rekonstrüksiyonunda önemli bir seçenek haline gelmiştir. Minimal donör alan morbiditesi ile büyük defektlerin rekonstrüksiyonuna olanak sağlaması, vasküler pedikül çapının geniş olması, hasta supin pozisyonunda ise pozisyon değişikliği gerektirmemesi, hem cilt hem yumuşak doku miktarının fazlalığı ve perforatör varlığı açısından güvenilir olması flebin önemli avantajlarıdır. Ayak ve ayak bileği defektleri rekonstrüksiyonunda bazı özellikli cilt alanları vardır. Örneğin ayak dorsalinin cilt yapısı ince, esneyebilir ve subkütanöz yağ dokudan yoksundur. (3) Biz ayak plantar bölge defekti için kalın bir cilt olanağı sağlaması ve güvenli olması nedeniyle serbest ALT flebi kullandık.

Sonuç: Ayakta plantar defektlerinin rekonstrüksiyonunda uzun ve güvenilir bir pedikül varlığı, bükülebilir bir hacim ve kalın doku yapısı ile ALT flebinin kullanımı hala önemli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Rekonstrüksiyonunu yaptığımız bu vakada ALT flebi kullanarak ayak plantar defekt rekonstrüksiyonunda fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici bir sonuç elde ettik.

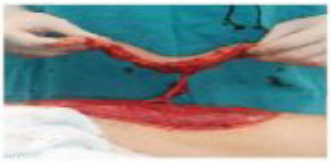
Kaynakça:
1. 1. Erdemir A, Sirimamilla PA, Halloran JP, van den Bogert AJ. An elaborate data set characterizing the mechanical response of the foot. J Biomech Eng. 2009;131:094502.
2. Melissinos EG, Parks DH. Post-trauma reconstruction with free tissue transfer: analysis of 442 consecutive cases. J Trauma 1989;29:1095-102.
3. Crowe CSi Cho DY, Strategies for reconstruction of plantar surface of the foot: A systematic review of the literatüre. 2019; Plast Reconstr Surg

Anahtar Kelimeler: *Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonu, Fasyokutan ALT Flep, Plantar Rekonstrüksiyon*

Resim 1-2 preop, Resim 3 intraop, Resim 4 postop

Resim 1

Resim 2



Resim 3

Resim 4

P-095
Gluteal Bölgede Nüks SCC Rezeksiyonu Sonrası Oluşan Geniş Defektin Serbest Kimerik Bir Flep İle Onarımı

Damla Gencel, Ömer Kokaçya, Eyüphan Gencel, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş-Amaç: Defekt onarımlarında tarihte rekonstrüksiyon merdiveni kullanılmış, en sade yöntem öncelikli olarak tercih edilmiştir. Son yıllarda en sade yöntemin hasta ve defekt için her zaman en doğru yöntem olmadığını, defekt onarımında çeşitli koşullarda serbest flebin ilk tercih olabileceğini fikri yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Komplike defektlerin onarımında tek serbest flebin yetersiz kaldığı durumlarda aynı donör damar üzerinden kaldırılan birden fazla flepler kombine olarak kullanılabilir. Birbiriyle ana besleyici damar dışında herhangi bir bağlantı içermeyen, kendi vasküler dalları üzerinden eleve edilen fleplere ‘’kimerik flep’’ denir. Bu olgu sunumunda çok sayıda operasyon ve radyoterapi öyküsü olan nüks tümör eksizyonu sonrası oluşan geniş defektin onarımında kimerik flep tercihimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 54 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce pilonidal sinüs zemininden gelişen skuamoz hücreli karsinom nedeniyle eksizyon ve süperior gluteal arter perforatör flep ile onarım yapılmış. Hastada aynı bölgede nüks kitle görülmesi sonrası sol gluteal superiordan sol uyluk posterolateraline uzanan sakrumun parsiyel eksizyonunu içeren geniş rezeksiyon yapıldı. 30x 25 cm.lik defekti onarmak için sol subskapular sistem üzerinden kimerik latissimus dorsi ve serratus kas flebi hazırlandı. Alıcı damar olarak süperior gluteal artere uç uca anastomoz yapıldı. Post-operatif yoğun bakım takiplerinde ilk 2 hafta içerisinde flep beslenme bozukluğu gözlenmeyen hasta 3. haftada pnömoni ve hemodinaminin kötüleşmesi sonrası ex oldu.

Tartışma ve Sonuç: Akut veya kronik nedenlere bağlı defektlerin onarımında uygun planlama sonrası hasta için en fazla fayda sağlayan tekniğin seçilmesi önemlidir. Tekrarlayan nükslerle giden, kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış, eski operasyonlara ait skar dokuları içeren ve çevre vasküler yapıların hasarlanması sonucu alıcı damar bulunması güç vakalarda rekonstrüksiyon seçenekleri kısıtlıdır. Kimerik flep ilk olarak 1991 yılında Hallock tarafından ‘’farklı doku bileşenlerinden olup tek bir pedikül ile beslenen flepler’’ olarak tanımlanmış, daha sonra Koshima tarafından popüler hale getirilmiştir (1,2). Bu hastada lokal fleplerin uygulanması veya yeterli hacim elde edilmesi uğruna birden cok donör alanın kullanılması yerine aynı insizyonla elde edilen latissimus dorsi-serratus kimerik kas flebi tercih edilmiştir. Kemik rezeksiyonunun büyüklüğüne göre parsiyel skapular segmentin de flebe dahil edilebilirliği bakımından cerraha avantaj sağlamaktadır. Uygun alıcı yatak hazırlığı sonrası hem hacim, hem farklı tip dokuları içermesi nedeniyle kimerik flepler geniş defektlerin onarımında kullanılabilir (3-6).

Referanslar:
1. Hallock, G. G. (1991). Simultaneous transposition of anterior thigh muscle and fascia flaps: an introduction to the chimera flap principle. Annals of plastic surgery, 27(2), 126-131.
2. Koshima, I., Yamamoto, H., Hosoda, M., Moriguchi, T., Orita, Y., & Nagayama, H. (1993). Free combined composite flaps using the lateral circumflex femoral system for repair of massive defects of the head and neck regions: an introduction to the chimeric flap principle. Plastic and reconstructive surgery, 92(3), 411-420.
3. Silva, A. K., Humphries, L. S., Maldonado, A. A., & Gottlieb, L. J. (2019). Chimeric vs composite flaps for mandible reconstruction. Head & neck, 41(6), 1597-1604.
4. Huang WC, Chen HC, Wei FC, Cheng MH, Schnur DP. Chimeric flap in clinical use. Clin Plast Surg. 2003;30(3):457-67.

5. Wei F-C, Mardini S. Flaps and Reconstructive Surgery E-Book: Elsevier Health Sciences; 2016.
6. Hallock GG. The extended latissimus dorsi-serratus anterior chimeric local free flap for salvage of the complicated posterolateral thoractomy incision. Injury. 2019;50 Suppl 5:S8-S10.

Anahtar Kelimeler: *yassı hücreli karsinom, kimerik, latissimus dorsi, serratus anterior, superior gluteal arter*

Tümör eksizyonu sonrası oluşan defektin görünümü

P-096
Sırt Yerleşimli Dev Kitle: Nörofibrom Olgu Sunumu

Mehmet Yunus Ekici, Uğurcan Şener, Özcan Boztepe, Oğuzhan Palabıyık, Hülda Rıfat Özakpınar, Sebat Karamürsel
S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Nörofibromlar derideki veya subkutan dokudaki bir sinirden kaynaklanan iyi huylu periferik sinir kılıfı tümörleridir. Tek başına olduğu gibi tüm vücuda yayılmış şekillerde de ortaya çıkabilir. Genellikle büyümeye eğilimlidirler ve bulundukları bölgeye ve boyutuna bağlı olarak, ağrı, enfeksiyon, kozmetik problem yaratabilir. Tümör çıkarıldıktan sonra eksizyon materyalinde cerrahi sınırlar temiz değilse tekrarlama olasılığı yüksektir.

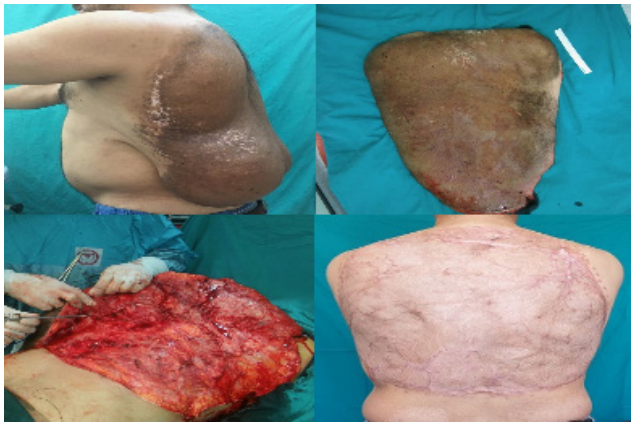
Olgu: 49 yaşında erkek hasta sırtında doğduğundan beri var olan ve giderek büyüyen yaklaşık 50x40 cm büyüklüğünde kitle ile 2019 yılında kliniğimize başvurmuştur. Hastanın kitle büyüklüğü nedeniyle günlük yaşam standardının düşük olduğu ve nefes darlığı şikayeti olduğu kaydedilmiştir. Hastaya dış merkezde daha önce birkaç kez kısmi eksizyon yapıldığı, patolojik olarak nörofibrom tanısı konulduğu öğrenilmiştir. Hastaya kliniğimizde nörofibrom ön tanısı ile total eksizyon planlanmıştır. Preoperatif kitle sınırları işaretlenmiş ve yaklaşık 1 cmlik marj ile kas fasyası üzerinden dikkatli kanama kontrolü ile total olarak eksize edilmiştir Çıkarılan kitle 15kg olarak ölçülerek kaydedilmiştir. Yaklaşık olarak tüm sırt bölgesini kaplayan defekt alanı hastanın bilateral uyluk posterioru ve lomber bölgesinden alınan kısmi kalınlıkta mesh deri greftleri ile rekonstrükte edilmiştir. Hasta postoperatif 2 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Hastaya toplamda 8 ünite eritrosit suspansiyonu ve 3 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapılmıştır. Hastanın postoperatif takiplerinde ek bir komplikasyon gözlenmemiş ve minimal greft kayıpları ile iyileşme sağlanarak taburcu edilmiştir. Hasta 1. 3. 6. Ay ve 1. Yılda kontrol edilmiştir. Takiplerinde nükse rastlanmamıştır.

Sonuçlar: Nörofibromlar için bölgeye ve kitlenin büyüklüğüne göre farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Kitle cerrahi olarak çıkarılabilir ya da küçültülme amacıyla radyoterapi uygulanabilir. Bazı önemli yerlerdeki tümörlerin cerrahi olarak çıkarılması hastada nörolojik defisit oluşturabilir ya da radyoterapi uygulanacaksa bunun yararları ve zararları iyi irdelenmeli ve hastaya kar zarar olarak en uygun tedavi seçilmelidir. Dev nörofibromlar kitlesel büyüklükleri ve içinde barındırdığı çok miktarda yeni damar nedeniyle operasyon esnasında yüksek miktarda kanamaya neden olabilmektedir. İntraoperatif ve postoperatif yüksek miktarda transfüzyon gereksinimi olması ve hastalarda kardiyovaskuler sistem problemlerine sebep olmaları nedeniyle preoperatif iyi planlama ve yakın takip gerektirmektedir. Hayat kalitesini etkileyen dev nörofibromlarda cerrahi eksizyonun yakın postoperatif takip ile birlikte en önemli tedavi seçeneği olabileceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:
1.Sarica, Feyzi Birol, et al. "A rare case of massive NF1 with invasion of entire spinal axis by neurofibromas: case report." Turkish Neurosurgery 18.1 (2008): 99-106.
2.Mishra, Devansh, Nitin Wasnik, and Priyanka Sakarkar. "Isolated giant plexiform neurofibroma of lower back: a rare case presentation." International Surgery Journal 7.2 (2020): 581-585.
3.Zhou, Jianda, et al. "Giant neurofibroma in the right lower limb of a 26-year-old woman: report of a case." International surgery 97.1 (2012): 71-77.
4.Maharjan, Suraj, et al. "Lady with wings: a case report of giant neurofibromatosis type I." Medicine 96.29 (2017).

Anahtar Kelimeler: *Dev, nörofibrom, sırt, tümör*

Hastamızın preoperatif, intraoperatif ve postoperatif 1. yıl fotoğrafları



Hastamızın preoperatif, intraoperatif ve postoperatif 1. yıl fotoğrafları

P-097
Kemik Destrüksiyonu İle Seyreden Glomus Tümörü: Nadir Bir Prezentasyon

Arda Soylu, Mehmet Dadacı, Majid İsmayılzade, Orkun Uyanık, Bilsev İnce
Necmetin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Glomus tümörleri, nöromyoarteryel glomus cisimciğinden köken alan benign karakterli tümörlerdir. Glomus cisimciği, dermisin stratum retikularis tabakasında bulunarak kan basıncı ve ısı regülasyonuna yardımcı olmaktadır. Kadın cinsiyette daha sık ortaya çıkan glomus tümörleri için en yaygın lokalizasyon distal falanks subungual bölge olarak bilinmektedir. Hastalığın klasik belirtileri arasında ciddi paroksismal ağrı, hassasiyet ve soğuk intoleransı yer almaktadır. Tırnak altı yerleşimli olgularda tırnakta şekil bozukluğu ve renk değişikliği de olabilir. Büyük çoğunluğunda distal falanks komşuluğunda sınırlı olan bu tümörler nadiren de olsa distal falanksta erozyon ve destrüksiyon yapabilmektedirler.Glomus tümörü tanısında klinik olarak Love' pin testi,Hildreth testi ve soğuk intoleransı testleri kullanılmaktadır; görüntüleme yöntemleri olarak ise direkt grafi, ultrasonografi tanıda sınırlıyken,en değerli tanı yöntemi manyetik rezonans görüntülemedir.Tek tedavi yöntemi cerrahi eksizyon olan glomus tümörlerinin % 5-15 arasında rekürrens oranları mevcuttur.Bu çalışmada sol el 1.parmakta distal falanksı destrükte eden glomus tümörü olgusunun kliniği ve tedavi yönetimini sunmayı hedefledik.

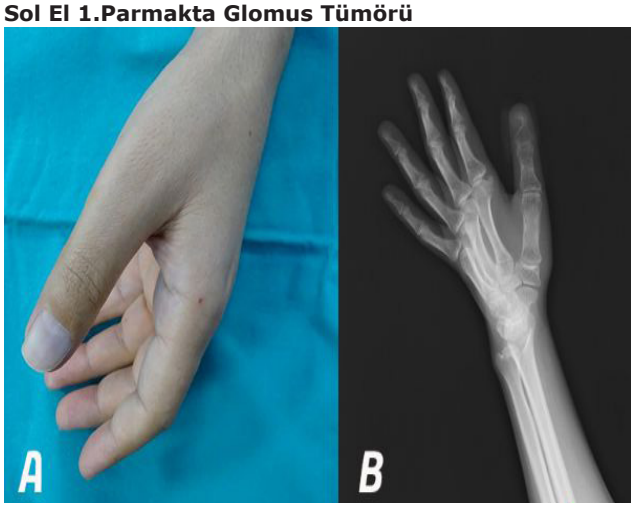
Olgu Sunumu: 41 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıldır sol el 1.parmağında devam eden ağrı, soğuk intoleransı, en ufak temasla oluşan hassasiyet nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hikayesinde travma öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde lokal semptomlar dışında sistemik bulguya rastlanılmadı. Sol el başparmak tırnak plağının altında mavimsi renk değişikliği ve eşlik eden hassas nodüler şişlik bulgusu mevcuttu.(Resim 1,A) Tanısal klinik testleri uyumlu olan hastanın sol el direkt grafisinde 1.parmak ulnar taraf kemiği destrükte eden kitle tespit edildi.(Resim 1, B) Diğer kemik destrüksiyonuyla seyreden patolojilerden ayırmak için yapılan MR incelemede subungual bölgede glomus tümörü ile uyumlu kitle saptandı. Dijital blok altında operasyona alınan hastanın tırnak plağı ve tırnak yatağı pencere şeklinde açılarak kitleye ulaşıldı. Distal falanks ulnar yüzün tamamına yakınının erode olduğu görüldükten sonra periost üzerinden sıyrılan kitle tırnak yatağını koruyacak şekilde eksize edildi. Kanama kontrolü sonrası tırnak yatağı ve tırnak plağı süture edilerek yerine iade edildi. Patolojik inceleme sonrasında glomus tümörü tanısını doğrulandı. Operasyonu takip eden 6 aylık süreçte herhangi komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Glomus tümörleri, küçük boyutlu olması ve lezyonların çoğunun tırnak altında yerleşim göstermesi nedeni ile tanısı zor konulan bir hastalıktır. İnspeksiyon bulgularının olmaması ve lezyonların genellikle 1 cm'den küçük olmaları nedeniyle tanıda gecikmeler sık karşılaşılmaktadır. Kitlenin ekspande edici etkisi ile tırnakta gelişen deformasyon tanıda önem arz etmektedir. Bizim olgumuzda ise kitle tam tersi yönde kemiğe doğru büyüdüğü için kemikte irreversibl destrüksiyona yol açmıştır. Görüntüleme yöntemleri arasında en uzun süredir kullanılan, en ucuz ve en kolay olanı direkt grafidir. MR yumuşak doku komponentlerini, var olan kitlenin sınırlarını ve komşuluklarını en iyi şekilde tespit ettiğinden dolayı glomus tümörlerinin tanısında en değerli görüntüleme yöntemi olarak bilinmektedir.Tümör klasik olarak T1 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal yoğunluğu ve T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğuna sahiptir. Olgumuzda kemik komponentteki erozyon ve kayıp direkt grafi ile net bir şekilde görüntülenebilmiştir. Glomus tümörüne bağlı kemik destrüksiyonu sık karşılaşılan durum olmadığından dolayı biz MR görüntülemeyi diğer klinik tanıların dışlanması amacıyla kullandık. Glomus tümörünün tedavisi cerrahidir. Literatürde,pulpa yerleşimli lezyonlarda parmak lateralinden yapılan insizyonla tırnak,tırnak yatağı ve germinal matriksin komposit flep olarak kaldırılmasının daha geniş bir cerrahi saha sağladığı, birden fazla tümör bulunması durumunda yararlı olacağı ve tırnak yatağı deformitesini engelleyeceği yönünde düşünceler mevcuttur.Diğer bir yöntem ise olgumuzda olduğu gibi glomus tümörünün kemik yerleşimine daha kolay ulaşmasından dolayı tırnak plağının ve yatağının pencere şeklinde çıkarıldığı transungual yaklaşımdır. Tırnak yatağına yapılan longitudinal insizyon ile kitle periost üzerinden eksize edildi.Tırnak yatağı onarımını takiben pencere yerine yerleştirildi.

Sonuç: Sonuç olarak, parmak ucuna lokalize,nedeni saptanamayan ve paroksismal şiddetli ağrı ile başvuran hastaların incelenmesinde ön tanı olarak glomus tümörü akla getirilmelidir. Nadir de olsa glomus tümörleri kemik dokuya doğru büyüyerek destrüktif distal falanksla prezente olabilmektedirler. Tanı ve ayrıcı tanı açısından MR inceleme diğer görüntüleme yöntemlerine göre üstünlük teşkil etmektedir.Son olarak,glomus tümörü nedeniyle opere edilen hastaların küçümsenmeyecek rekürrens oranları nedeniyle takiplerinin eksiksiz yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Distal Falanks, Glomus Tümörü, Kemik Destrüksiyonu*

Sol El 1.Parmakta Glomus Tümörü



Resim 1,A:Sol El 1.Parmakta Mavimsi Renk Değişikliği Resim 1,B:Distal Falanks Destrüksiyon Direkt Grafi

P-098
Pediatrik hastada kimerik ALT flebi ile alt ekstremite defektindeki ölü boşluğun doldurulması

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban, Atakan Meriç Kahraman, Yavuz Demir, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Çocuklarda çeşitli sebeplerle serbest flep ihtiyacı doğmaktadır. Çocuklarda alt ekstremite serbest flep operasyonu gerektirecek doku yaralanmaları erişkinlere göre daha nadir görülmektedir. Serbest doku transferi yetişkin popülasyonda uzun zamandır kullanılan güvenilir bir mikrocerrahi tekniktir. Kemik ekspoze alt ekstremite travmaları sonrası osteomyelit karşılaşılması sık görülen bir durumdur. Kimerik fleplerde cilt adası haricinde ayrı bir pedikül üzerinden flebe dahil edilen kas dokusu yüksek kan desteği ve kemik etrafındaki ölü boşlukları doldurması nedeniyle osteomyelit tedavisinde yadsınamaz bir katkısı mevcuttur. Kimerik flepler, ölü boşlukların doldurulması durumlarında tercih edilmektedir.

Gereç-Yöntem: 14 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası nedeniyle sağ cruris distal 1/3'te 5x4cm'lik defekt ve defektin ortasında tibianın ekspoze olduğu tibiada 2*3 cm'lik ölü boşluk bulunmaktaydı. Defekt sol uyluktan kaldırılan vastus lateralis kasının da dahil edildiği 20* 8 cm'lik kimerik serbest Anterolateral uyluk flebi (ALT) flebi ile rekonstrükte edildi. Travma sonrası gelişen kemik ekspoze yarada osteomyelit mevcut idi. Bölgeye yumuşak doku ve kemik debridmanları yapıldı. Bu ölü boşluğun oblitere edilmesi için vastus lateralis kasının bir kısmı ayrı bir pedikül üzerinden ve doku kaybının üzerinin kapatılabilmesi için ayrı bir pedikül üzerinden fasyokutan Alt flebi ile rekonstrüksiyonu yapıldı.

Bulgular: Alt flep anastomozu anterior tibial arter damarına yapıldı. Flebin tamamı canlılığını korudu. 4 ay boyunca takip edildi. Osteomiyelit, akıntı fistül ağzı gibi bulgulara rastlanmadı.

Sonuç: Pediatrik hastalarda damar çapının erişkine göre küçük olması, vasospazm eğiliminin daha fazla olması ve yeterli pedikül uzunluğuna sahip donor alanın kısıtlılığı çocuk yaş grubunda mikrocerrahiye duyulan güveni azaltmaktadır. Zamanla artan mıkrocerrahi tecrübesi ve uygun donor alan seçimi ile başarılı sonuçlar elde edildikçe serbest flep kullanımına olan güven artmıştır. Pediatrik grupta erişkinde olduğu gibi kimerik serbest flepler güven ile kaldırılabilmektedir. Kimerik serbest alt flebi ölü boşlukların doldurulmasında, osteomiyelit tedavisinde iyi bir seçenektir.

Tartışma: Osteomiyelit durumunda kemik debridmanları yapılmakta ve ölü boşluklar meydana gelmektedir. Tibianın cilt adası ile kapatılması esnasında kemikteki ölü boşluğun kas dokusu ile doldurulması tedavinin başarısını büyük oranda arttırmaktadır. Bu şekilde ölü boşluklar yok edilmiş olurken yerleştirilen kas dokunun yüksek kan desteği osteomiyelitin kontrol altına alınması sağlamaktadır. Kimerik serbest ALT flebi saklanabilir bir skar izi, yeterli pedikül uzunluğa sahip olması nedeniyle çocuk hastada iyi bir seçenektir. Pediatrik popülasyonda kemikteki ölü boşlukların kas ile oblitere edilmesi, osteomyelit tedavisinde kontrolünde yardımcı etken olmuştur.

Anahtar Kelimeler: *anterolateral thigh flep, kimerik flep, osteomiyelit*

P-099
Altı Aylık Bir Kompartman Sendromu Olgusu – Ciddi Bir Süt Yanığı

İlker Uyar[1], Serhat Yarar[2], Mehmet Emin Cem Yıldırım[3]
[1]Tokat Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Tokat
[2]Konya Numune Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya
[3]Bilecik Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bilecik

Giriş: Çocuk hasta grubunda kompartman sendromuna yol açan birçok neden bulunmaktadır. Etken farketmeksizin meydana gelen sonuç, osteo-fasyal kompartmanda hızlı sıvı birikimi ve kompartman içi basıncın artmasıdır. Bu basınç artışı arteryel dolaşım basıncını aştığında, mikrovasküler dolaşım yetersizliği gelişmeye başlar. Doku perfüzyonunun azalmasına bağlı olarak, müsküler ve nöral dokularda iskemi ortaya çıkar. Bu iskemi, uzun vadede irrevesibl sonuçlar doğurur, ciddi fonksiyon kaybı ve ekstremite total nekrozuna sebep olabilir(1). Bu yazıda altı aylık bir kompartman sendromu olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Altı aylık bebek hasta acil servise sıcak süt yanığı ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol ön kol distal 2/3'ünde ve elde sirküler tarzda yanık mevcuttu. İlgili alanda ciddi ödem bulunmaktaydı, kapiller dolum süresi parmak uçlarında 2 saniyenin üzerinde idi, parmaklarda pasif hareketle ağrı saptandı. Bunun üzerine hasta kompartman sendromu ön tanısı ile acil şartlarda ameliyathaneye alındı, genel anestezi altında sol ön kol dorsal ve volar yüzüne, ayrıca el dorsaline fasyotomiler açıldı, tüm kompartmanlar rahatlatıldı. İşlem sonunda parmak uçlarında kapiller dolum süresinin normale döndüğü gözlendi, antibiyotikli pomadla kapalı pansuman uygulandı. Hastaya gün aşırı ameliyathanede sedasyon altında pansuman uygulandı. Takiplerinde ödemi geriledi, herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı, 10. gün sonunda fasyotomi hatları kapatılıp hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Tartışma: Kompartman sendromu, ekstremitelerde meydana gelen travma sonrası yakın takip ve acil tedavi gerektiren ciddi bir durumdur. Dokularda biriken ödem venöz damarlara bası uygular ve venöz yatakta basınç artışı yapar, bu süreç kompartman içi basınç artışına neden olur. Artmış kompartman içi basınç, arterioler kompresyon uygular ve bunun sonucunda doku iskemisi meydana gelir. En sık nedenleri fraktürler, yumuşak doku travmaları,ekstravazasyon yaralanmaları ve yanıklardır(2). Klasik bulgular pasif hareketle ağrı, parestezi, ödem, solukluk, ve nabızsızlıktır. İleri dönemde paralizi ortaya çıkabilir. Kompartman sendromu, akut ya da kronik olabilir. Kronik tip, sıklıkla alt ekstremite zorlanmalarında, aşırı egzersizlerde ortaya çıkar, üst ekstremitelerde nadiren görülür(3). Akut kompartman sendromu ise genellikle travma kaynaklı basıncın hızla artması sonrası ortaya çıkar. Bu olguların tanısında klinik bulgular, kompartman içi basınç ölçümü, manyetik rezonans görüntüleme ve elektronöromyografik inceleme fayda sağlar. Tedavisi, nedenin ortadan kaldırılması ve cerrahi olarak fasyotomilerdir (4). Bizim olgumuz sıcak süt yanığı kaynaklı akut gelişen bir kompartman sendromu olgusudur, tanısı klinik olarak konulmuş ve tedavisinde hızlıca soğuk uygulama ve fasyotomi uygulanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak kompartman sendromu plastik cerrahi acillerinden birisidir, atlanılması uzuv kaybına neden olabilir. Bu sebeple özellikle süt yanığı gibi akışkanlığı az olan sıvıların bu duruma daha kolay yol açabileceği akılda tutulmalı ve fasyotomi kararı için zaman kaybedilmemelidir.

Kaynaklar

1. Hosseinzadeh P, Hayes CB. Compartment Syndrome in Children. Orthop Clin North Am 2016;47(3):579–87.
2. Tiwari A, Haq AI, Myint F, Hamilton G. Acute compartment syndromes. Br J Surg 2002;89:397-412.
3. Zandi H, Bell S. Results of compartment decompression in chronic forearm compartment syndrome: six case presentations. Br J Sports Med 2005;39:35-41.
4. Matthew RB, Daniel BP, Laith MJ, Andrew SO. Chronic exertional compartment syndrome diagnosis and management. Hospital for Joint Diseases 2005;62:77-84.

Anahtar Kelimeler: *kompartman sendromu, yanık, akut travma*

Figür

olgunun preoperatif-intraoperatif-postoperatif görünümü

P-100
Burunda scc eksizyonu sonrası rekonstrüksiyon planlaması: Olgu sunumu

Begüm Kolcu, Hasan Demirbaşoğlu, Uğurcan Şener, Buğra İpek, Hatice Gözde Muratoğlu, Ergin Seven, Sebat Karamürsel
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Yassı hücreli karsinom(SCC) epidermisin keratinize hücrelerinden veya eklerinden kaynaklanan bir malign tümördür. İkinci en sık cilt kanseridir, tüm kutanöz malignensilerin %20sidir. Genellikle yüz boyun scalp el dorsumu gibi güneş ışınlarına yoğun maruz kalan bölgelerde görülür.(1) SCC ve tüm diğer deri kanserlerinde tedavi, tümörün eksizyonu sonrası primer kapama, deri grefti, lokal ve uzak flepler ile onarımdır(3) Burun kabaca üç katmandan oluşur: eksternal cilt, desteği sağlayan kemik ve kıkırdaktan oluşan orta katman, iç döşeme, büyük oranda mukoperikondrium. Burun rekonstrüksiyonu bu anatomi göz önünde bulundurularak yapılır.

Amaç:, Kliniğimize burunda scc nedeniyle başvuran hasta için eksizyon sonrası planlanan rekonstrüksiyon basamaklarını ve postoperatif süreci incelemektir.

Olgu: Kliniğimize yaklaşık 9 aydır burnunda kitle şikayeti ile başvuran 60 yaş erkek hastanın alınan anamnezinde çiftçilikle uğraştığı ve yaklaşık 40 senedir yoğun güneş maruziyeti olduğu öğrenildi. Fizik muayenede burun tipinde kolumellayı dekstrükte edip iç mukozaya ilerleyen yaklaşık 3cm2 defekte neden olan ülsere lezyon izlendi. Kolumelladan alınan insizyonel biyopsi sonucu SCC olarak raporlandı. Hastaya nodal ve uzak metastaz açısından tarama yapıldı. Boyun USGde bilateral şüpheli görülen jugulodigastrik lenf nodlarından alınan ince iğne aspirasyon biyopsileri malignite açısından negatif olarak değerlendirildi. Hastaya eksizyon ve rekonstrüksiyon planlandı. İlk seansta kitle mukoza korunarak transseptal eksize edildi ve oluşan defekt için 10*8 cmlik paramedian alın flebi planlandı ve delay yapıldı. 1 hafta sonraki 2. Seansta alın flebi eleve edildi. 2.seanstan 2 hafta sonra planlanan 3. Seansta flep kaldırıldı. 12. Kostadan alınan kıkırdak grefti ile burun ucu septum ve lateral kıkırdaklar oluşturuldu. Kıkırdak greftleri bilateral nasolabial flepile desteklendi ve örtüldü. Aynı seansta alın flebi üzerinde her iki burun deliğini oluşturmak için yapılan insizyonlar içine nostril retainer yerleştirilerek açıklıkların korunması amaçlandı. 5 gün sonra gerçekleştirilen 4.seansta, burun tipi seviyesindeki 3*4cmlik alın flebine ait doku estetik görünüm açısından dezepitelize edilerek, supraklavikuler bölgeden alınan ftsg bu alana adapte edildi. 5. Seansta ise alın flebi yerinden ayrılarak kaş kontürünü oluşturacak şekilde adapte edildi.

Tartışma: Rekonstrüksiyon burunun trilameller yapısının eksik elemanlarını içermelidir. Rekonstrüksiyon, nazal pasajı engellememelidir. Büyük defektlerde nazolabial flep, bir veya iki aşamalı olarak kullanılabilir. Paramedian alın flebi ise, altın standart olarak kabul edilir. Alın derisi kullanılamıyorsa serbest flepler kullanılabilir. Rekonstrüksiyon seçiminde defektin yerleşim yeri, boyutu, tümör tipi, tekrarlama ihtimali, hastanın yaşı ve sağlık durumu, alanın fonksiyonu ve kozmetik sonuçlar göz önünde tutulur. (2)Bu vakada, geniş bir defekt olması ve estetik ünitelerden burun tipi, kolumella ve üst dudak cildini içermesi nedeniyle ilk tercih lokal flep seçeneklerinden alın flebi olmuştur. Bununla beraber onarıma nazolabial flep eklenerek burun fonksiyonun devamlılığını sağlamak ve daha iyi kozmetik sonuç elde etmek amaçlanmıştır. Sonuç: Alın flebi ve nasolabial flepler tek başlarına uygulanabileceği gibi komplike vakalarda burun katmanlarını oluşturmak ve desteklemek amacıyla birlikte de kullanılabilirler. Deri greftleri, bizim vakamızda olduğu gibi kozmetik açıdan daha olumlu sonuçlar alınması amacıyla kullanılabileceği gibi kısmı flep kaybı durumlarında da rekonstrüksiyon planına uygun biçimde plana dahil edilebilir.

KAYNAKLAR:
1. Farmer, Kathryn L., Michelle Goller, and Scott M. Lippman. "Prevention of nonmelanoma skin cancer: Standard and investigative approaches." Clinics in plastic surgery 24.4 (1997): 663-671.
2. Lee, Kyung Suk, et al. "A comparison of the local flap and skin graft by location of face in reconstruction after resection of facial skin cancer." Archives of craniofacial surgery 18.4 (2017): 255.
3. Dalal, A. J., et al. "Review of outcomes of 500 consecutive cases of non-melanoma skin cancer of the head and neck managed in an oral and maxillofacial surgical unit in a District General Hospital." British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 56.9 (2018): 805-809.

Anahtar Kelimeler: *scc, alın flebi, burun rekonstrüksiyonu*

Operasyon basamakları

a-b) preoperatif fotoğraf c) intraoperatif lezyon,eksizyon sonrası d-e) eksizyon ve alın flebinin hazırlanması f-g)flebin eleve edilmesi ve nostril retainer yerleştirilmesi h) flebin eleve edilmesi ve adaptasyonu i)postoperatif 6.ay

P-101
Geniş baş boyun defektinde aynı anda çift serbest flep ile rekonstrüksiyon: Olgu sunumu

Hatice Gözde Muratoğlu, Serkan Tokgönül, Oğuzhan Palabıyık, Merve Aslan Akdoğan, Sebat Karamürsel
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Giriş: Geniş kompozit oromandibular defektler, kemiği, oral hattı, oral cildi ve yumuşak dokuyu içinde barındırır. Bu geniş kompozit defektler genellikle oromandibular T3 ve T4 tümörlerin cerrahi tedavisi sonucu oluşur (1). Cerrahi rekonstrüksiyon seçenekleri arasında kıyasla daha iyi postoperatif sonuçlar ve düşük komplikasyon oranlarıyla serbest flepler öne çıkmaktadır. Tek flep derisinin yeterli olmadığı veya üç boyutlu olarak bir flebin adaptasyonunda zorluk olan bazı geniş defektlerde ise mulitpl flepler kullanılabilmektedir (2).

Amaç: Bu çalışmamız ağız tabanında T4 yassı hücreli karsinom(scc) nedeni ile mandibulektomi, subtotal glossektomi, ağız tabanı rezeksiyonu yapılan hastada aynı seansta yapılan Osteomyokutanöz Fibula serbest flebi ve Radyal önkol flebi kullanılarak mandibula, ağız tabanı ve dil reknstrüksiyonunun sunumunu amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: 52 yaşında, erkek hastanın 5 ay önce başlayan ağız içinde yara şikayeti sonrası yapılan biyopsisi yassı hücreli karsinom olarak raporlanmıştır. Daha sonra dış merkezde neoadjuvan kemoterapi alan hasta 07.07.2020 tarihinde Kulak Burun Boğaz kliniği tarafından segmenter mandibulektomi, subtotal glossektomi, ağız tabanı rezeksiyonu ve bilateral seviye 1A-1B-2A-3-4 Boyun diseksiyonu yapıldı. Mandibula sol ramusta oluşan 6 cm ve ağız tabanındaki 8x5 cm defekt için deri adası ile birlikte Osteokutan serbest fibula flebi planlandı. Flep kemik segmenti mandibulaya mini plak ve vida ile tespit edildi, cilt adası ağız tabanını oluşturmak üzere defekte adapte edildi. Sol taraf fasiyal arter ile uç uca anastomoz edilerek kanlanması sağlandı. Totale yakın dil defekti rekonstrüyonu amacı ile 12x8 cm boyutlarında radyal önkol flebi planlandı. Flep ile dil oluşturuldu ve sağ taraf fasiyal arter uç uca anastomozu ile kanlanması sağlandı.

Tartişma: Kompozit mandibula rekonstrüksiyonunda daha önce çift serbest flep ile rekonstrüksiyon; defektin geniş yumuşak doku gerekliliğini yerine getirebilmek, vaskülarize kemik flebinin cilt adası ile mümkün olmayan daha özgül iç kaplamasını sağlamak ve flep insetinde oluşabilecek zorluklardan kaçınmak amaçlarıyla gerçekleştirilmiştir (3,4). Biz bu vakada iki serbest flep ile rekonstrüksiyonu şu nedenlerle tercih ettik: 1- toplam yumuşak doku eksikliğin örtülmesinde fibula flebinin cilt adasının yetersizliği 2- dilin hareketli bir organ olması ve kemiğe bağlı olmayan serbest bir cilt adası ile rekonstrüksiyonunun fonksiyonel sonuçlar için gerekli olması. Simultane çift serbest flep ile rekonstrüksiyona alternatif olarak mandibula defektinin ilk seansta rekonstrüksiyon plağı ile sabitlenmesi, ağız tabanı ve dilin kutanoz serbest flep ile rekonstrüksiyonu, sonraki aşamada ise mandibulanın serbest osseoz flep ile rekonstrüksiyonu seçeneği mevcuttur (5). Düşük hayat beklentisi olan tümör hastalarında tek aşamada rekonstrüksiyonu tamamlamak çoklu hastane yatışını engelleyeceğinden en iyi tedavi seçimi olacaktır. Bir diğer olasılık mandibulanın serbest kemik flebi ile rekonstrüksiyonu ile rejyonel flep seçeneklerinin aynı seansta kombinasyonudur (6). Dil rekonstrüksiyonu için serbest flep kullanımı ideal yöntem olduğu için bu vakada ikinci serbest flep rejyonel fleplere tercih edilmiştir (7).

Sonuç: Geniş kompozit oromandibular defektlerde rekonstrüktif hedeflere ulaşmak için uzun cerrahi süre ve tecrübeli ekip gerektirse dahi aynı seansta çoklu serbest flepler en uygun seçenek olabilir.

1. Wei, F. C., Yazar, S., Lin, C. H., Cheng, M. H., Tsao, C. K., & Chiang, Y. C. (2005). Double free flaps in head and neck reconstruction. Clinics in plastic surgery, 32(3), 303. 2. Ross, G. L., SW, E. E. A., Lannon, D., Addison, P., Golger, A., Novak, C. B.,. & Neligan, P. C. (2008). A ten-year experience of multiple flaps in head and neck surgery: how successful are they?. Journal of reconstructive microsurgery, 24(03), 183-187. 3. Koshima, I. (2000). Free Anterolateral Thigh Flap for Reconstruction of Head and Neck Defects following Cancer Ablation by Shyh-Jou Shieh, MD, Haw-Yen Chiu, MD, Jui-Chin Yu, MD, Shin-Chen Pan, MD, Sen-Tien Tsai, MD, and Ching-Liang Shen, Ph. D. Plastic and reconstructive surgery, 105(7), 2358-2360. 4. McGREGOR, I. A., & REID, W. H. (1970). Simultaneous temporal and delto-pectoral flaps for full-thickness defects of the cheek. Plastic and reconstructive surgery, 45(4), 326-331. 5. Wei, F. C., Demirkan, F., Chen, H. C., & Chen, I. H. (1999). Double free flaps in reconstruction of extensive composite mandibular defects in head and neck cancer. Plastic and reconstructive surgery, 103(1), 39-47. 6. Jewer, D. D., Boyd, J. B., Manktelow, R. T., Zuker, R. M., Rosen, I. B., Gullane, P. J.,. & Freeman, J. E. (1989). Orofacial and mandibular reconstruction with the iliac crest free flap: a review of 60 cases and a new method of classification. Plastic and reconstructive surgery, 84(3), 391-403. 7. Engel, H., Huang, J. J., Lin, C. Y., Lam, W., Kao, H. K., Gazyakan, E., & Cheng, M. H. (2010). A strategic approach for tongue reconstruction to achieve predictable and improved functional and aesthetic outcomes. Plastic and reconstructive surgery, 126(6), 1967-1977.

Anahtar Kelimeler: *baş boyun, rekonstrüksiyon, scc, serbest flep*

1

anastomozlar sonrası radyal önkol ve fibula flebi

P-102
Vulvada Basınç Ülseri ve Rekonstrüksiyonu; Olgu Sunumu

Fatih Doğan, Fatma Nilay Tutak
Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı

Giriş: Vulvar bölge, basınç ülseri için alışılmadık bir yerdir ve literatürde çok az vaka bildirilmiştir. Basınç ülserlerinin gelişiminin temel mekanizması basınç ve doku iskemisidir. Vücudun kemik çıkıntı alanlarının üzerindeki yumuşak dokununun uzun süreli yatak ile teması sonucu basınç altında kalması daha çok basınç ülserlerine yol açamakla beraber, vücut üzerindeki herhangi bir alanda da uzun süreli basınç bu yaralara yol açabilir. Bu bildiride, femur başı aseptik nekroz düşünülerek opere edilen hastada ameliyat sırasında kullanılan traksiyon masasına bağlı olarak vulvada gelişen basınç ülseri ve rekonstrüksiyonu sunulmaktadır.

Olgu: 33 yaşında bayan hasta sağ kalçasında ağrı nedeniyle özel bir sağlık merkezine başvuruyor. Bu sağlık merkezinde yapılan değerlendirmelerde sağ femur başında nekroz olduğu söylenerek opere ediliyor. Ameliyatta traksiyon masası kullanıyor. Ameliyat sonrası ilk birkaç günde genital bölgede ağrı ve renk değişikliği olan hastaya durumun geçici olduğu kısa süre içeresinde düzeleceği bildiriliyor. Ancak takip eden günlerde genital bölgede ağrıyan alanın reniginin değişmesi üzerine plastik cerrahi kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ilk muayenesinde vulvar alanda sol labium majus ve minusta üzerinde eskar bulunan nekroz alanları ve sağ labium majus lateralinde yüzeyel nekroz mevcuttu. Hastaya bilgi verilip operasyon planlandı ancak hasta başka bir kliniğe başvurup nekroz alanlarını debride edildikten sonra tekrar kliniğimize başvurdu. Hastanın depresyonda olduğu, yaranın iyileşmeyeceği yada düzeltilemeyeceği ile ilgili ciddi kaygıları olduğu görüldü. Psikiatri konsultasyonu ve önerilerinin ardından hastaya operasyon planlandı. Doppler usg ile internal pudental arter perforatörleri işaretlenip bu perforatörleri içerecek şekilde gluteal fold V-Y ilerletme flebi planlandı. Nekroz alanındaki devitalize dokular debride edilip, planlanan flep kenarları subfasial planda kesilerek, flep defekt alanına ilerletildi. Operasyonda herhangi bir komplikasyon olmadı.

Tartışma: Basınç ülserleri esas olarak yatalak hastalarla ilişkilidir. Tipik ülser alanları, yatak yüzeyi ile temas ederek sürekli basınç oluşturan ve ardından doku iskemisi geliştiren kemik çıkıntılarıdır. Bununla birlikte, vücudun farklı bölgelerinde bu tür basınç ülserleri gelişebilir. Nazogastrik sondalar, oksijen maskeleri veya idrar sondaları bu tür ülserlere sebep olabilir. Bu olgu sunumunda olduğu gibi cerrahi prosedürleri kolaylaştırmak için kullanılan tıbbi cihazlar bazen bu tür ülserlere sebep olabilir. Genel anestezi ile iki saati aşan cerrahi işlemlerde, ameliyat masası ile hastanın vücudundaki kemik çıkıntıların olduğu alanlar arasında basınç ülseri oluşabileceği unutulmamalı ve önlemler almak gerekmektedir. Cerrahi işlemleri kolaylaştırmak için kullanılan tıbbi cihazların kullanımında da bu tür basınç ülserlerinin oluşabileceği akılda tutulmalıdır. Vulva alanında basınç ülseri gelişimi ile ilgili literatürde çok az sayıda yayın olup bizde böyle bir hastanın yönetimi ve rekostrüksiyonu ile ilgili deneyimimizi paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: *basınç ülseri, vulva, gluteal fold flep*

Resim 1.

Resim 1 A. Hastanın ameliyat sonrası vulvada oluşan basınç ülseri B. Nekroz alanının debride edilmiş hali C. Vulvada oluşan defektin rekonstrüksiyonu D. Rekonstrüksiyon sonrası erken dönem.

P-103
Epidermal kist kaynaklı Squamoz Hücreli Kanser Her apse her zaman sadece apse midir?

Aydan Ayşe Köse, Atacan Emre Koçman
ESOGÜ Tıp Fakültesi

Giriş: Epidermal kistler en sık görülen cilt patolojilerinin başında gelir. Kistin iç döşemesi epidermisin tüm katlarını içermektedir bu nedenle nadir de olsa epidermal maligniteler kist içinde belirebilir.

Olgu: Bu sunumda apse şeklinde bulgu veren ve rastlantısal olarak tanı konulan bir epidermal kist içinde gelişmiş skuamöz hücreli kanser (SHK) olgusunun tanı ve tedavi süreçleri sunulacaktır. Sol kalça bölgesinde yeni gelişmiş ağrılı şişlik nedeni ile başvuran 82 yaşındaki erkek hastanın lezyon görünümü, genel durumu ve laboratuar tetkikleri ile beraber değerlendirildiğinde apse tanısı konularak ilk tedavisi gerçekleştirildi. Takip sürecinde beklenen apse regresyonunu göstermeyen hastanın, cerrahi sonrası patoloji raporu, epidermoid kist zemininde gelişen SHK gelmesi üzerine genişletilmiş eksizyon, flep ile rekonstrüksiyon ve radyoterapi uygulandı.

Tartışma: Literatüre göre epidermal kist kaynaklı SHK lar % 0.011 - 0.045 gibi nadir oranlarda görülmektedir. Kistin kronik inflamasyonunun, neoplastik dönüşüme neden olduğu düşünülmektedir. İmmün supresyon, kontrolsüz güneş maruziyeti ve HPV enfeksiyonlarının da bu dönüşümün etkenleri olabileceği bildirilmektedir. Olgularda tipik öykü, uzun süredir mevcut olan sessiz kistin ani büyümesi, ağrı başlaması ve üzerinde bir takım cilt değişikleri belirmesi şeklindedir. Bu semptomlar apse formasyonunun klasik bulgularıdır; olgumuzda da olduğu gibi ilk müdahele olarak direnaj ve antibiotik tedavisi akla getirirler. Epidermal kistlerin enfekte olması sık rastlanan bir durum olmakla beraber eğer hızlı büyüme ve ağrı gibi bulgular da mevcutsa, eksizyon sonrası spesimen patolojiye gönderilirken ön tanılar arasına epidermal kist zemininde gelişen SHK da eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Apse, Epidermal kist, Skuamoz hücreli kanser*

Fotoğraf **1**

a.Hastanın ilk başvurusunda apse öntanısı ile direnaj b. Cerrahi sınır genişletme amaçlı yapılan 2.operasyonda gluteus maksimus kasının üst 2/3ü ve tümör komşuluğundaki sakral kemik korteks eksizyonu sonrası oluşan geniş defekt c.Defektin lumbar interkostal arter perforatör flebi ve gluteal arter perforator flebi ile onarımı

P-104
Triseps Kasında İntramusküler Kavernöz Hemanjiom: Nadir Bir Olgu

Arda Soylu, Mehmet Dadacı, Majid İsmayılzade, Selçuk Kendir, Bilsev İnce
Necmetin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Hemanjiom benign vasküler bir tümör olup hem yüzeyel hem de derin dokularda yerleşim gösterebilir. İskelet kasından köken alan hemanjiomlar derin yerleşimli hemanjiomların en sık karşılaşılan formu olmalarına rağmen tüm hemanjiomların %1'inden azını oluştururlar. Lezyon genellikle genç erişkinlerde ortaya çıkmakta olup her iki cinsiyette görülme sıklığı eşittir. İntramusküler hemanjiomların üst ekstremite tutulumu nadirdir ve triceps kasında hemanjiom olguları literatürde nadiren bildirilmiştir. Hastaların çoğu aktiviteyle artan ağrı ve/veya şişlik ile başvurmaktadır. Diagnostik üstünlüğü açısından MR inceleme intramusküler olgularda en çok tercih edilen yöntemlerdendir.Lezyonun lokalizasyonu, boyutu ve sınırları tedavide esas belirleyici faktörlerdendir. Bu çalışmada dirsek bölgesinde triseps kası içerisine lokalize kavernöz hemanjiyom olgusunun kliniği ve tedavi yönetimini sunmayı hedefledik.

Olgu Sunumu: 18 yaşında erkek hasta sol dirsek bölgesinde yaklaşık 3 aydan beri devam eden ağrı ve şişlik şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Öyküsünde travma, ateş ve kilo kaybı tarif etmeyen hastanın yapılan fizik muayenesinde sol dirsek bölgesinde sert, ağrısız, mobil, pulsasyon ve fluktuasyon vermeyen şişlik olduğu görüldü. Sol kol X-Ray grafisinde kemik komponentlerde herhangi patoloji görülmedi. MR incelemesinde sol kol posteriorunda çoklu kalsifikasyon alanları (flebolitler) içeren ve intramusküler hemanjiyomu düşündüren (45mm x 23mm x 34mm) bir kitle tanımlandı. Cerrahi eksizyonu planlanan hasta kan hazırlığı yapıldıktan sonra genel anestezi altında operasyona alındı. Esmark bandaj ve turnike uygulamasını takiben uygun insizyonla girilerek kitleye ulaşıldı. Hemanjiom ile uyumlu kitlenin triseps kasının insersio bölgesinde organize olduğu görüldü. Radiyal sinir askıya alındı ve zedelenmesi önlendi. Humerus distal 1/3 seviyesinde brakiyal arterden uzanan dallarla beslendiği görülen kitle damarlar bağlandıktan sonra total eksize edildi. Patoloji kavernöz intramüsküler hemanjiyom tanısını doğruladı. Post-op 10 aylık takip sürecinin ardından nüks görülmedi.

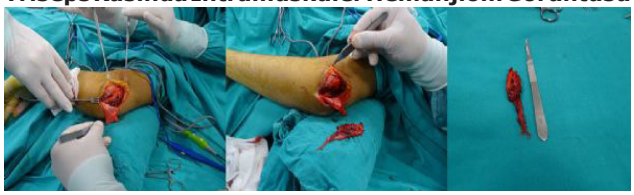
Tartişma: Hemanjiyomlar benign vasküler proliferasyonlardır ve tüm yumuşak doku tümörlerinin %7'sini içermektedir. Sıklıkla cilt,cilt altı doku;karaciğer,dalak gibi visseral organlarda gözükmesinin yanısıra kas içinde, ekstremitelerde ve göğüs duvarında da nadiren görülebilmektedir. İntramusküler hemanjiyomlar tüm hemanjiyomların %0.8'ini oluşturan en yaygın derin doku hemanjiyomlarıdır. Olgumuzda hemanjiom yerleşim yeri itibariyle literatürdeki intramusküler triceps hemanjiomlardan farklı olarak triceps kasının insersio bölgesinde bulunmaktaydı. Kronik ağrı ve/veya ilgili ekstremitede şişlik en sık görülen semptomlardır. Ağrı olguların %50-60'ında görülür ve sıklıkla egzersizle artar. Ulnar ve median sinirlerin lokal basıya bağlı bulguları literatürde bildirilmiştir.Bizim olgumuzda sinir basısına bağlı bir bulgu ile karşılaşmadık. X-ray görüntülemede yumuşak doku şişliği, kavernöz hemanjiomlara özgü yumuşak doku kalsifikasyonları; komşuluğundaki kemik dokularda kortikal girintiler, periost reaksiyonu gibi bulgular rastlamak mümkündür. MR hemanjiomları malign tümörlerden ve vasküler malformasyonlardan ayırmada tercih edilen güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. Kitlenin yerinin, sınırlarının, boyutunun, karakterinin belirlenmesine yardımcı olur.

Tedavide izlem,sistemik kortikosteroid kullanımı, kriyoterapi uygulaması,sklerozan ajan enjeksiyonu, arter ligasyonu, embolizasyon ve cerrahi eksizyon bulunmaktadır. Tümör boyutlarında hızlı artış, tedaviye yanıtsız inatçı ağrı, kozmetik ya da fonksiyonel bozukluk, kitlede malignite şüphesi cerrahi tedavi endikasyonları arasında yer almaktadır. Olgumuza girişimsel radyoloji ile başarı sağlanamaması ve hastada tedaviye yanıtsız ağrı olması nedeniyle cerrahi planlandı. Cerrahi tedavinin en sık komplikasyonu kanamadır. Eksizyon sonrası nüks oranları % 18 ile% 61 arasında bildirilmiştir ve genellikle yetersiz eksizyondan kaynaklanmaktadır. Rekürrensi önlemek için tutulum gösteren komşu yapıları da içeren eksizyon planlanmalıdır. Wang ve ark. preoperatif ultrason kullanarak % 2.7'lik bir nüks oranı bildirmiştir.Nüks ile karşılaşmamak için yeterli eksizyon planlarken ekstremite fonksiyonelliğini de unutmamak gerekir. Literatürde intramusküler hemanjiom sebebiyle triseps kasının en-blok çıkarıldığı olgular bulunmaktadır.Bizim olgumuzda lezyonun yerleşim yerinin triseps kasının insersio bölgesinde olması sebebiyle triseps kasının en-blok alınmasına gerek kalmadı.Hastanın ekstremitesinin fonksiyonelliğinin korunması adına şanslı idik. Kitle eksizyonunun ilgili alanda morbidite,ciddi deformite gibi sonuçlanacağı durumlarda embolizasyon, radyasyon tedavisi, skleroterapi veya kortikosteroidler faydalı olabilir. Embolizasyon ameliyat sırasında kan kaybını azaltabilir ve postoperatif nüksü önleyebilir.

Sonuç: Kas içi hemanjiyomlar üst ekstremitede nadir gözükmektedir; kronik ekstremite ağrısı, yumuşak dokuda kitle,ağrı gibi şikayetleri olan olguların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir yumuşak doku tümörüdür. Konservatif tedaviye rağmen kitle boyutlarında artış, inatçı ağrı, ilgili ekstremitede fonksiyonel bozukluk ya da malignite şüphesi varlığı cerrahi tedaviyi düşündürmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Hemanjiom, İntramusküler, Triseps*

Triseps Kasında İntramusküler Hemanjiom Görüntüsü



P-105
Mikrovasküler Anastomozlar için bir Rollboard: Selüloz Göz Spancı(Weck-cell)

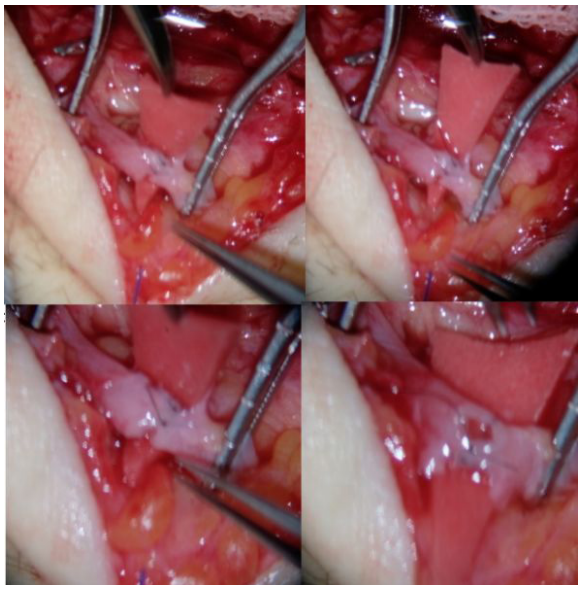
Burak Sercan Erçin[1], Burak Özkan[2], Çağrı Ahmet Uysal[2], Nilgün Markal Ertaş[2]
[1]Medikal Park Gebze Hastanesi, İstanbul
[2]Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Mikrovasküler anastomoz için arka planlar, damarın intiması ve mikrocerrahi ipinin çevre dokularla daha az etkileşimi ve ameliyat alanını anastomoz alanından izole etmek için kullanılır. Arka planlar, daha net bir ameliyat alanını sağlar ve cerrahın anastomoza odaklanmasına yardımcı olur. Literatürde yeşil, mavi gibi farklı renklerde çeşitli malzemeler silikon, plastik tabakalar, kağıtlar, cerrahi eldivenlerin parçaları ve sütür gibi arka plan olarak kullanılmıştır. Selüloz Göz süngerleri, genellikle oftalmik cerrahide limbal flep kaldırma ve sıvı kontrolü için kullanılan yüksek emici selüloz malzemelerdir (Weck -Cel, BVI, ABD). Süngerin üçgen şekli ve yarı sert dokusu, arka planda mikrovasküler anastomoz altına yerleştirilmesi için uygundur. Bu çalışmada, Weck-Cel ile end to end anostomozlarda yaşadığımız avantajları sunmak istiyoruz.

Uygulama: Çift klempli mikrovasküler aplikatörün uygulanmasının ardından, Weck-Cel sünger anastomoz alanın altına yerleştirilir. Weck-Cel'in dokulu yüzeyi sayesinde, Weck-Cel ileri geri hareket ederken damarları tutar ve karşı yuvarlanma hareketi sağlar. Bu şekilde cerrah, Weck-Cel süngerini hareket ettirerek anastomoz görüş alanını değiştirebilir ve daha fazla manipülasyon veya yardım olmaksızın anastomoza devam edebilir. Bu yuvarlanma hareketinin yardımıyla cerrahların odak noktası değişmez ve aynı görüntüleme açısından anastomoz yapılabilir. Bu, işlem sırasında her dikiş için intima kontrolüne izin veren optimum bir görünüm sağlar. (Şekil 1) Weck-Cel'in boyutu, cerrahi alana ve damarların boyutuna göre değiştirilebilir. Weck-Cel'in gerçek boyutu serbest flep cerrahisi için uygunken, Weck-Cel dijital arter onarımında teğetsel eksizyonla düzeltilebilir Bu tekniğin, ameliyathanede bir asistan yokluğunda tek bir cerrahın yol açtığı anastomoza kolaylık sağlayabileceğini düşünüyoruz. Özdemir vd. tek başına çalışan cerrahlar için anastomoz sırasında kalış sütürlerinin traksiyonu için poliprolin sert bir arka plan tanımlamıştır. Bununla birlikte, bu modelin hazırlanması zaman alıcıdır ve sertliği nedeniyle yerleştirilmesi zordur. Tajima, sabit sütürleri tutmak için silikon bir arka plan kullanmıştır. Silikonun ana dezavantajı, anastomoz sırasında yumuşaklığı ve olası bükülmesidir. Tekniğimizde kalın dikişlere gerek yoktur. Böylece kalış dikişlerinin çekilmesine bağlı yırtılma riskini ortadan kaldırılmıştır. Ek olarak, Weck-Cel, kan veya irigasyon solüsyonları gibi peri anastomoz sıvılarını emer ve temiz bir ameliyat alanı sağlar. Weck-Cel'in genişlemesinin ek destek sağladığını ve damarları yukarı kaldırdığını deneyimledik. Bu malzemenin ana dezavantajı, işlem sırasında yavaş yavaş kırmızıya dönüşen beyaz rengidir. Ancak bu renk değişiminde herhangi bir zorlukla karşılaşmadık. Özet olarak, Weck-Cel bir damar rollboardu görevi gören ve cerrahın mikrovasküler anastomoz için minimum manipülasyonla ve yardıma ihtiyaç duymadan anostomoz yapmasına yardımcı olan pratik ve güvenilir bir mikrocerrahi arka planıdır.

Anahtar Kelimeler: *anastomoz, damar onarımı, mikrocerrahi, selüloz göz spancı, weck-cel, arkaplan*

Resim 1



Weck-Cel'in anostomoz altında ilerletilmesiyle damarın dönme hareketi ve Weck-Cel'in damar için rollboard vazifesi görmesi.

P-106
Okzalik Asit İle İzole Genital Bölge Yanığı

Mehmet Özdemir, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Kimyasal yanıklar içerinde perineal yanıklar, vücutta en az görülen yanıktır. Suudi Arabistan'da özellikle bedevilerde izole genital bölge yanıkları tariflenmişse de bu vakaların çoğu sülfürük asit ile gerçekleşmiş. Bildiğimiz kadarıyla vakamız literatürde okzalik asit sebebiyle gerçekleşmiş ilk izole genital yanıktır.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta penis, skrotum ve sol kasık bölgesinde toplam vücut yüzey alanının yaklaşık %2'inde 2. derece derin yanık sebebiyle tarafımıza sevk edildi. Hasta ziyaret amaçlı organize sanayi bölgesinde araç tamiratı yapılan bir merkezine gittiğini, idrarını yaptıktan sonra genital bölgesini yıkamak amacıyla, tuvaletteki bir kapta bulunan, su sandığı sıvıyı kullandığını, akabinde şiddetli ağrı hissedip bayıldığını belirtti. Hasta acil serviste değerlendirildikten sonra, yanık alanları su ile yıkanıp, idrar sondası yerleştirildi. Yanık merkezimizde genital bölge kimyasal yanıklarına öncelikle konservatif olarak yaklaşıp, demarkasyon hattı oluştuktan sonra operasyon planlamaktayız. Hastada günlük olarak gümüş sülfadiazin ile yara yeri pansumanı yapıldı. Üç haftanın sonunda yara yerleri tamamen epitelize olduğundan, herhangi bir cerrahi işleme gerek olmadı. Hastanın bir yıl sonra yapılan fizik muayenesinde hipertrofik skar, kontraktür veya herhangi başka bir komplikasyon gelişmediği görüldü.

Tartışma: Okzalik asit $C_2H_2O_4$ formülüne sahip, pek çok bitkide doğal olarak bulunan bir maddedir. Esas olarak beyaz toz halinde üretilmesine rağmen, su içerisinde eriyerek renksiz bir solüsyon oluşturur. Sanayide sıklıkla ahşap ağartma ve pas uzaklaştırıcı ajan olarak kullanılır. Cilde temas ettiğinde dermatit ve yanıklara yol açabilir. Kimyasal yanıklarda ilk tedavi yaklaşımı, yanık alanın en az bir saat süre boyunca ılık suyla yıkanmasıdır, ancak hastada ilk başvurulan merkezde yıkama yapılamamış, bu durum yanık alanının daha da derinleşmesine sebep olmuş. Kimyasal yanıklar, toplam yanıkların %3'ünü oluşturmasına rağmen, yanığa bağlı ölümlerin yaklaşık %30'unu oluşturur. İslama göre namaz kılmadan önce abdest almak gerekmektedir. Abdestten önce genital bölge suyla yıkanmaktadır. Dolayısıyla islam ülkelerinde genital bölgenin yıkanması sık yapılan bir uygulamadır. İzole genital bölge kimyasal yanıkları çok nadiren görülür. Suudi Arabistan'da, sülfürük asit tuvalet yüzey temizliğinde kullanılan bir solüsyon olduğundan yanlışlıkla genital bölge yıkanmak amacıyla kullanılmış, bu da ciddi yanıklara yol açmıştır. Okzalik aside bağlı izole genital bölge yanığının literatürde olmamasının sebebi, okzalik asidin temizlik amacıyla kullanılmaması olabilir.

Sonuç: Kimyasal maddelere bağlı genital yanıklar çoğunlukla önlenebilir olup, geliştiği takdirde hastaların yaşamlarının ileriki dönemlerinde çok ciddi cinsel disfonksiyona ve diğer genital bölge patolojilerine yol açabilir. Genital bölge yıkanmasının sık olduğu Türkiye gibi ülkelerde tuvaletin yüzey temizliği için kullanılan kimyasal maddelerin tuvalette bulundurulmamasına özen gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *genital bölge yanığı, kimyasal yanık, okzalik asit ile perineal bölge yanığı*

Genital bölge yanığı ilk başvuru

hasta acil servisimize ilk başvurduğunda çekilen fotoğraf

P-107
Diyabetes Mellitus hastasında kısmi kalınlıkta deri grefti donör sahasında görülen Piyoderma Gangrenozum: nadir bir olgu

Zeynep Altuntaş, Moath Zuhour, Münür Selçuk Kendir, Orkun Uyanık
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Piyoderma gangrenozum (PG) nadir görülen, etiyolojisi tam bilinmeyen, nötrofilik dermatozlar spektrumunda yer alan kroni bir inflamatuar deri hastalığıdır (1). PG'nin nedeni hala bilinmemektedir, ancak hastalık nötrofil disfonksiyonu, inflamatuar mediyatörlerin salınımı veya genetik yatkınlıkla ilişkili olabilir (2). Hastalığın tam insidansı bilinmemekle birlikte yılda 3-10 / 1.000.000 olarak bildirilmektedir. PG eritematöz nodüllerin veya steril püstüllerin hızlıca derinleşmesi ve ağrılı, kırmızı düzensiz sınırlı nekrotik ülserasyonlara dönüşmesiyle prezente olmaktadır (3). PG %25-50 oranında idiyopatik olmasına rağmen, % 50 oranında sistemik hastalıklarla birlikte seyreder (4). İnflamatuar barsak hastalığı (IBD), romatoid artrit, miyeloproliferatif ve lenfoproliferatif hastalıklar rapor edilmesine karşın, en sık olarak Crohn hastalığı ile birlikteliği bildirilmektedir. PG kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi, minör travma veya cerrahi sonrası da görülebilir. Literatürde meme cerrahisi, koroner baypass operasyonu, sezaryen, tiroidektomi, splenektomi, apendektomi, kalp pili implantasyonu, ortopedik cerrahi ve toraks cerrahisi gibi septik veya septik olmayan birçok cerrahi girişim sonrası PG vakası bildirilmiştir (5-6). Cerrahi girişimden 4 gün ila 6 hafta sonrası post-operatif PG gelişebileceği gösterilmiştir (7). PG ile ilgili birçok farklı vaka bildirilmiş olmasına rağmen, yazarlar literatürde kısmi kalınlıkta deri grefti ile ilişkili PG konusunda herhangi bir çalışmaya rastlamadılar.

Amaç: Bu olgu sunumunda kendi kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan bir post-operatif PG vakası sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu sonumu: 2004 yılında diyabetes mellitus (DM) tanısı konulan 70 yaşındaki erkek hasta, 8 ay önce sağ ayağın plantar yüzünde başlayan yaklaşık 10 x 8 cm boyutlarında kronik diyabetik yara nedeniyle polikilinğimize başvurdu. Hastanın plastik cerrahi servisine yatışı yapıldı (Resim 1A). Hastaya yaklaşık 7 yıl önce sol alt ekstremitede çivi veya diken benzeri yabancı cisimle yaralanma sonrası açık yara gelişmesi nedeniyle piyoderma gangrenozum ön tanısıyla medikal ve pansuman tedavisi tarafımızca uygulanmıştı (Resim 1B). Sağ ayak plantar yüzündeki kronik yara debride edildikten sonra granülasyon dokusu gelişmini hızlandırmak için hastaya üç gün boyunca vakum asisisted clousre (VAC) tedavisi uygulandı. Granülasyon dokusu oluşturulduktan sonra, hasta ameliyata alınaraj sağ uyluk lateral bölgesinden alınan yaklaşık 12 x 8 cm boyutunda ve 1/4 mm kalınlığında kısmi kalınlıkta deri grefti defekt üzerine adapte edildi. Post-operatif 5. günde deri grefti alıcı ve donör alan pansumanları açıldığında donör sahada yüzeyel ülseratif zemin üzerinde siyah ve beyaz renkte nekrotik dokular gözlendi (Resim 1C). Greft donör alanı pansuman tedavisi ile takip edildi. İlerleyen günlerde donör sahadaki nekrozun dermise doğru uzandığını gözlemleyince, donör sahadan tam kat deri biyopsisi alındı. Bir hafta sonra biyopsi sonucu PG olarak raporlandı, hasta dermatoloji bölümüne konsülte edilerek sistemik ve topikal steroid tedavisi (Prednisolone 3x5mg / tablet, 2x1 Metilprednizolon krem) başlandı. Donör alanda oluşan akıntıdan alınan sürüntü kültürü Corynebacterium Minutissimum olarak raporlandı, bu nedenle hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek siprofloksasin 2x400 mg başlandı, hastaya ek cerrahi müdahale uygulanmadı. Kortikosteroid tedavisinin 11. gününde nekrozun ilerlemesi gerileyince hasta dermatoloji bölümüne tekrar danışıldı ve topikal kortikosteriod tedavisi durduruldu. Hasta sistemik kortikosteroid ve topikal antibiyotik (Fucidin pomad) tedavisi ile takip edildi. Post-operatif 30. günde sistemik kortikosteroid tedavisi kesildi ve yara yeri sadece nemli pansuman ile takip edildi. Post-operatif 70. günde sağ ayaktaki diyabetik yara sekonder olarak iyileşti ve alanın çoğunda epitelizasyon gelişti (Resim 1D). Hastanın son taburculuğundan yaklaşık iki ay sonra, sağ ayak 1. metatarsofalangeal eklem plantar yüzünde açık yara nedeniyle tekrar yatırıldı. Yara pansuman tedavisiyle iyileşme göstermeyince ikinci bir tam kat deri biyopsisi alındı. Biyopsi sonucunun inflamatuar değişiklikler olarak raporlanması üzerine PG tanısı ekarte edildi ve diyabetik yara olarak tedavi ve takibe devam edildi (Resim 1E).

Tartışma: PG, ülseratif lezyonlara neden olan, enfeksiyöz olmayan, nadir bir dermatolojik hastalıktır. Literatüre bakıldığında PG'nin sistemik ilişkileri iyi anlatılmış durumda, ancak hasta özellikleri ve PG'nin özgün klinik seyri tam aydınlatılamamıştır. PG en çok bacakta ülser şeklinde alt ekstremitelerde görülür, bu nedenle alt ekstremitede ülser yapabilen hastalıklar öncelikle ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Post-operatif PG ilk olarak 1924 yılında Cullen tarafından tanımlanmıştır. Diğer PG türleri gibi gelişim mekanizması bilinmemektedir. Birçok hastada deri lezyonlarının gelişimi, etkilenen bölgedeki son travmayla ilişkilendirebilir, bu da paterji olarak bilinen bir fenomendir. Paterjiye dayanarak ciltteki minör travmanın PG gelişimini başlatabileceği öne sürülmüştür (8). Daha önce tanı konmamış PG vakalarında kronik yaralar oraya çıkınca PG ayırıcı tanılarda düşünülmediğinde debridmanın yapılması yaraları daha kötü hale sokabilmektedir (9). Kortikosteriod gibi medikal tedaviler PG tedavisinin temelini oluşturur. Ancak büyük defektlerin olduğu bazı özel durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir. Hastalığın aktif dönemde yapılan cerrahi müdahalenin neden olduğu paterji yanıtı, hastalığı şiddetlendirebilir ve amputasyona kadar gidebilen olumsuz sonuçlara yol açabilir. Medikal tedavi ile PG hastalığının inflamatuar fazı kontrol altına alındıktan sonra cerrahi müdahale önerilmektedir (10). Diyabet hastalarında, PG ile diyabetik yaraları birbirinden ayırmak zor olduğu kadar da önemlidir, çünkü her iki hastalığın neden olduğu yaraların benzer semptomları, ancak farklı tedavi yöntemleri vardır. Öyle ki her iki hastalıkta ülser ve nekroz gelişebilir, ancak debridman diyabetik ülserlerde bir tedavi yöntemi iken, PG yaralarını daha da kötüleştirebilir. Öte yandan PG'nin temel tedavisini oluşturan kortikosteriod diyabet hastalarına verildiğinde kan glukoz regülasyonunu daha da zorlaştırabilir.

Sonuç: Piyoderma gangrenosum etiyolojisi tam bilinmeyen ve daha önce tanısı konulmayan vakalarda cerrahi işlemlerden sonra gelişebilen bir hastalıktır. Ameliyat sonrası iyileşme göstermeyip nekroz geliştiren yaralarda PG düşünülmelidir. Diyabet hastalarında semptom benzerliğinden dolayı PG lezyonlarını ayırt etmek zor olabilir, fakat debridman PG lezyonlarını daha da kötüleştirebileceği için cerrahi işlem yapmadan önce erken tanı koymak önemlidir.

Kaynaklar:
1-Teagle A, Hargest R. Management of pyoderma gangrenosum. J R SocMed 2014;107 (6):228-36.
2-BhatRM, Nandakishore B, Sequeira FF etc.Pyoderma gangrenosum: an Indian perspective.ClinExpDermatol. 2011 Apr; 36(3):242-7.
3-Al Ghazal P, Körber A, Klode J, Dissemond J. Investigation of newco-factors in 49 patients with pyoderma gangrenosum. J DtschDermatolGes 2012;10(4):251-7.
4-Wollina U, Haroske G. Pyoderma gangrenosum. CurrOpinRheumatol 2011;23(1):50-6.
5-Kikuchi N, Hanami Y, Miura T, Kawakami Y, Satoh M, Ohtsuka M, et al. Pyoderma gangrenosum following surgical procedures. Int J Dermatol 2010;49(3):346-8.
6- Schöfer H, Baur S. Successful treatment of postoperativ epyoderma gangrenosum with cyclosporin. J EurAcadDermatolVenereol 2002;16(2):148-51.
7-Ouazzani A, Berthe JV, de Fontaine S. post-surgical pyoderma gangrenosum: a clinicalentity. ActaChirBelg 2007;107:424-8.
8-DeCastro SM, Songun I, Dwars BJ. An unexpected severe complication after a negative laparoscopic appendectomy. Can J Surg. 2009;52:E295–6.
9-Le Huu S, Spertini F, Roggero P, Egloff DV, Raffoul W. Pyoderma gangrenosum: A rare pathology or an omitted diagnosis.? Ann Chir Plast Esthet. 2009;54:82–7.
10-Wall LB, Stern PJ. Pyoderma gangrenosum. J Hand Surg Am 2012;37(5):1083- 5.

Anahtar Kelimeler: *Diyabetes Mellitus, kısmi kalınlıkta deri grefti, piyoderma gangrenozum*

Resim 1

A: Hastanın ilk yatışında sağ ayak plantar yüzündeki diyabetik yara görüntüsü B: Yaklaşık 7 sene önce sol bacakta gelişen PG'in yarası skar ile iyileşmiş görüntüsü C: Greft donör sahasında gelişen PG'un nekrotik ülserlerinin erken postop. görüntüsü D: Greft donör sahasında gelişen PG'un lezyonu iyileşme dönemindeki görüntüsü E: Hastanın ikinci yatışında sağ ayak 1. parmak MTF eklem plantar yüzündeki diyabetik yara görüntüsü

P-108
Ayak mantarı enfeksiyonu ayırıcı tanısında malign melanom

Barış Çin, Mahmut Kılıç, Semih Yıldız, Yunus Emre Yılmazer, Sinem Çiloğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Malign melanom deri kanserleri içinde nadir görülen kanserlerdendir. Tüm deri kanserleri arasında %4-11 oranında görülür.[1,4] Malign melanom sıklıkla ayak,subungual, burun pasajı, ağız içi mukoza ve genital bölgelerde görülür.[2] Olağandışı görünümü olan göze çarpan pigmentasyonlar biyopsi için endikasyondur. Pigmente lezyonlarda klinik deneyim ve çıplak gözle doğru tanı oranı yaklaşık %65 tir.[3] Ayak lezyonlarında ayırıcı tanıda Malign melanom düşünülmelidir. Bu vaka örneğinde mantar enfeksiyonu ön planda olmak üzere travmatik ve iskemik yara düşünülmüştür. Muayene bu tarz lezyonlarda yanıltıcı olabilmektedir.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta sağ ayak 5.parmağındaki lezyon ile kliniğimize başvurdu. Diyabet ve ek hastalık öyküsü bulunmayan hastada ön tanı olarak mantar enfeksiyonu, iskemik yara ve travmatik yara düşünülerek pansuman yapıldı. Ortopedi ve dermatoloji konsultasyonları sonrası hastadan eksizyonel biyopsi istenmesi üzerine biyopsi planlandı. Biyopsi sonucu Malign melanom, akral lentiginöz tip gelmesi üzerine hastaya sağ ayak 5. parmak amputasyonu ve sağ inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Patoloji sonucunda breslow kalınlığı: 4.5 mm, invazyon derinliği clark level 4, lenfatik invazyon mevcut, 2 adet lenf nodu metastazı ve en yakın cerrahi sınır 15 mm gelen hastaya 5 mm marj ile sınır genişletme yapılarak eksizyon alanı uygun hale geldiğinde deri grefti ile rekonstrüksiyon yapılmıştır.. Hastanın greft alanı ve donör alanı iyileşiminde problem görülmemiştir. Hasta tedavi sırasında medikal onkolojiye konsulte edilmiştir. Önerileri doğrultusunda nivolumab ile adjuvan tedavi almak üzere medikal onkolojiye yönlendirilmiştir.

Tartişma Ve Sonuç: Malign melanom cilt kanserleri içinde nadir kanserlerden biridir. Mortalite oranları diğer cilt kanserlerine göre yüksektir. Akral lentiginöz tip, Malign melanom içerisinde %2-8 oranında görülür. Geç gözlenen yerleşim yerleri ayak tabanı, avuç içi, subungual alandır.4 Bu yüzden ayak ve tırnak bölgesindeki mantar enfeksiyonuna benzeyen lezyonlarda ayırıcı tanı olarak malign melanom düşünülmelidir. [5]

Kaynak
1. Austoker J. Cancer prevention in primary care: Melanoma—Prevention and early diagnosis. Br Med J. 1994;308: 1682–1686
2. Byrd KM, Wilson DC, Hoyler SS, Peck GL. Advanced presentation of melanoma in African Americans. J Am Acad Dermatol. 2004;50:21–24
3. Salopek T, et al. Management of cutaneous malignant melanoma by dermatologists of the American Academy of Dermatology: Survey of biopsy practices of pigmented lesions suspected as melanoma. J Am Acad Dermatol. 1995;33:441–
4. Netscher, D. T., Leong, M., Orengo, I., Yang, D., Berg, C., & Krishnan, B. (2011). Cutaneous malignancies: melanoma and nonmelanoma types. Plastic and reconstructive surgery, 127(3), 37e-56e.
5. Braun, R. P., Baran, R., Le Gal, F. A., Dalle, S., Ronger, S., Pandolfi, R., & Marghoob, A. A. (2007). Diagnosis and management of nail pigmentations. Journal of the American Academy of Dermatology, 56(5), 835-847.

Anahtar Kelimeler: akral lentiginöz tip, ayak, ayırıcı tanı, malign melanom, mantar enfeksiyonu

Lezyonun preoperatif görüntüsü

P-109
Ateşli Silah ile Yaralanma Sonrası Oluşan Yarada Maggot Terapinin Sonuçları

Kağan Bekircan, Fatih Dipçin, Rafet Özbey, Emine Parlak, Cemal Fırat
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Maggot terapi 16. yüzyılda keşfedilen ve ilk olarak 1931 yılında Bear tarafından tanımlanan kronik inatçı yaralar için kullanılan debridman ve yara bakım yöntemidir. Cerrahi debridmanın tanımlandığı süreçte kullanımı azalan bu yöntem cerrahi debridman ve pansumanla yeterli granülasyon sağlanamayan özellikle diyabet gibi komorbid hastalıkları olan yara bakım hastaları için tekrar gündeme gelmiştir (1,2). Yara bakımı ve adli tıp alanında olmak üzere bu tedavi sistemi günümüzde de uygulanmaktadır (3). Maggot terapinin tarihsel sürecinde farklı türlere ait larvalar kullanılsa da günümüzde lucillia serricata'nın larvaları kullanılmaktadır. L. sericata'nın tercih edilme nedeni canlı dokularda yüzeysel nekrofaj beslenmesidir. Weil ve arkadaşları temiz granülasyon dokusunda bu türe ait larvaların beslenemeyip öldüğünü gözlemlemişlerdir (4,5). Tedavide kullanılacak larva sayısı; nekrotik dokunun miktarı, yara bölgesinin hacmi (genişliği ve derinliği) ve yarayı enfekte eden bakterilerin türü gibi faktörlere bağlıdır (5). Blake ve ark. (6) bir tedavi periyodu boyunca 50 gram nekrotik doku için gerekli olan larva sayısının 100 olduğunu belirtmişlerdir. Tavsiye edilen maggot sayısı 5-10 larva/cm2 arasındadır. Gram negatif bakterilerle enfekte yaralarda daha fazla sayıda larvaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (7).

Olgu: 60 yaşında erkek hasta sağ ayak topuk bölgesi medialinde kalkenausa kadar derinleşen ve aşil tendonunun ekspoze olduğu ateşli silah yaralanması ile tarafımıza başvurdu. Yara bakımı antibiyotikli pomad ile 1 hafta boyunca günlük olarak yapıldı. Bir haftanın sonunda nekroz alanları cerrahi olarak debride edildi (fotoğraf 1). Kalan nekrotik dokuların biyodebridmanı ve granülasyonun sağlanması açısından hastaya 3 gün ara ile 3 seans maggot terapi uygulandı (fotoğraf 2). Her seans sonrası nekrotik doku ve debrisin azaldığı ve sağlıklı granülasyon dokusunun artarak yara derinliğini kapattığı gözlendi (fotoğraf 3). 3. seansın sonunda 10. günde granülasyon dokusu ile açıkta olan kalkaneal kemiğin tamamen kapandığı, alınan kültürlerde bakteri üremesi olmadığı ve doku defektinin azaldığı gözlendi (fotoğraf 4). 3 seans sonunda granülasyon dokusu ile defekt alanın dolduğu gözlenen hastaya tarafımızca greft ile rekonstrüksiyon yapıldı. Hastanın yapılan postoperatif 5., 7., 10 ve 14. günlerde yapılan takiplerinde greft kaybı olmadığı gözlendi. Postoperatif antibiyotik tedavisi uygulanmadı.

Tartışma: Tıbbi amaçla kullanılan larvalar, temel olarak ülserde bulunan nekroze ya da kısmen erimiş materyal ile beslenirler. Çok ücra noktalara ulaşır, sağlıklı dokuya zarar vermeksizin yarayı hem mekanik hem de enzimatik yolla debride ederler. Bakterileri de kapsayan yarı sindirilmiş materyel larvalar tarafından alındığında larvanın bağırsaklarından proteolitik enzimler salınır (8,9). Büyük bir olasılıkla nekroze dokuların kısmi sindiriminden de bu enzimler sorumludur. Larvalar salgıladıkları kollajenaz yardımıyla kas fibrillerini destekleyen ince konnektif dokuyu da sindirirler. Kollajenazın çalışabilmesi için gereken optimum pH'nın 8-9 arasında olması ise larvaların oluşturduğu amonyum ve tuzlar yardımıyla sağlanır (10). Hem larvaların yara üzerinde gezinmesinin irrite edici etkisi hem de larvaların kendi salgıları seröz eksuda gelişimine yol açar. Lappin-Scott, larvaların dirençli Staphylococcus aureus kültürlerindeki bakteri miktarını beş günde azalttığını göstermiştir (11). Larva salgılarının Streptococcus A ve B ve Staphylococcus aureus'a karşı belirgin bir antimikrobiyal aktivite gösterdiği saptanmıştır (12). Larvalar, antibakteriyel maddelerin yanı sıra, bakterileri sindirebilen çeşitli proteolitik enzimlere sahiptir. Larvanın bağırsağındaki antibakteriyel maddeler ve proteolitik enzimler dış ortama salındıkları için, bakteriler yara üzerinde bile tahrip edilebilmektedir. Larvaların çıkartılarındaki üre ve allantoin gibi granülasyonu uyaran ürünler bulunmaktadır (13). Ayrıca larvanın çıkartılarında bulunan kalsiyum karbonat, yaranın pH'sını asitten nötral ya da hafif alkaliye çevirerek granülasyonu uyarıcı bir etki gösterir (11). Larvaların yara üzerinde sürekli gezinmesi de canlı dokuları mekanik olarak uyararak, granülasyon gelişimine yardımcı olur. Larvaların hastanın immün sistemine de etkili olabileceği bildirilmiştir (15). Maggot terapi ile doku oksijenlenmesinde belirgin bir artış ve ödemde azalma saptanmıştır. Çeşitli mekanizmalarla ve salgılarıyla yara iyileşmesini ve granülasyon dokusu gelişimini indükleyen maggot terapi kronik hastalığı olan ve iyileşmesi zor olan yaralar için etkin bir yardımcı tedavi yöntemidir. Ayrıca maggot terapinin yaradaki bakteri yükünü azaltması ve granülasyonu sağlaması da diğer pozitif yanlarını oluşturmaktadır. Bu da zor iyileşen ve kemik gibi yapılara uzanan doku defektlerinde yara bakımı hastalarının debridmanı için kullanışlı bir yara bakım yöntemidir. Sonuç olarak maggot terapi granülasyon dokusunu etkin şekilde artırıp, yara yeri enfeksiyonunu ve bakteriyel yükü azaltan, operasyon morbiditesini düşüren etkin ve fonksiyonel bir yara bakım tedavisidir.

KAYNAKÇA

1. Nigam Y, Bexfield A, Thomas S, Ratcliffe NA. Maggot Therapy: The Science and Implication for CAM Part I – History and Bacterial Resistance. Evid-Based Compl Alt, 2006; 3 (2): 223–227.
2. Whitaker IS, Twine C, Whitaker MJ, Welck M, Brown CS et al. Larval therapy from antiquity to the present day: mechanisms of action, clinical applications and future Postgrad Med J2007 Jun;83(980):409-13.
3. Sherman RA, Hall MJ, Thomas S. Medicinal maggots: an ancient remedy for some contemporary afflictions. Annu Rev Entomol, 2000; 45: 55–81.
4. Wolff H, Hansson C. Rearing larvae of Lucilia sericata for chronic ulcer treatmentan improved method. Acta Derm Venereol., 2005; 85: 126-131.
5. Jones G, Wall R. Maggot-therapy in veterinary medicine. Res Vet Sci, 2007; 85: 394-398.
6. Blake FAS, Abromeit N, Bubenheim M, Li L, Schmelzle R. The biosurgical wound debridement: experimental investigation of efficiency and practicability. Wound Repair Regen, 2007; 15: 756-761.
7. Steenvoorde P, Jukema GN. The antimicrobial activity of maggots: in-vivo results. J Tissue Viability, 2004; 14(3): 97- 101.
8. Hobson RP, 1931. On an enzyme from blow-fly larvae (Lucilia sericata) which digests collagen in alkaline solution. Biochem J, 25: 1458-1463.
9. Senior BW, Graham K, Stevenson JH, 1998. An investigation into the antibacterial properties of maggots in the healing of chronic necrotic ulcers. Third International Conference on Biotherapy, Jerusalem, Israel, May 24-27, p. 34.
10. Ziffren SE, Heist HE, May SC, Womack A, 1957. The secretion of callagenase by maggots and its implication. Ann Surgery, 138: 932-934.
11. Lappin-Scott HM, 1998. Bacterial-maggot interactions in wound therapy. Third International Conference on Biotherapy, Jerusalem, Israel, May 24-27, p. 21.
12. Thomas S, Andrews AM, Hay NP, Bourgoise S, 1999. The anti-microbial activity of maggot secretions: results of a preliminary study. J. Tissue Viability, 9: 127-132.
13. Livingston SK, 1936. The therapeutic active principle of maggots. J Bone Joint Surg, 18: 751-756.
14. Mumcuoglu KY, Miller J, Ioffe-Uspensky I, 2000. The potential of maggots to secrete cytokines in vitro. Fifth International Conference on Biotherapy, Wurzburg, Germany, June 29-July 1, p. 14-5.
15. Wollina U, Liebold K, Schmidt W, Hartmann M, Fassler D, 2002. Biosurgery supports granulation and debridement and improves oxygen supply in chronic wounds - clinical data and remittance spectroscopy measurement. Int J Dermatol, 41(10): 635-639.

Anahtar Kelimeler: *Maggot, yara, larva, debridman*

resim 1 terapi öncesi, resim 2 1. terapi sonrası, resim 3 2. terapi sonrası, resim 3 3. terapi sonrası

Fotoğraf 1: Debridman sonrası topuk bölgesindeki yaranın fotoğrafı. kemiğin ekspoze olduğu ve çevre dokuda nekroze dokular gözlenmekte. Fotoğraf 2: 1 seans maggot terapisi sonrası fotğrafı. Yara dokusnun debride olduğu ve granülasyonun başladığı gözlenmekte. Fotoğraf 3: 2. Seans maggot terapi uygulamasın sonrası yaranın fotoğrafı. Açık kemik dokusunun tamamen kapandığı gözlenmekte. Fotoğraf 4: 3. Senas maggot terapisi uygulaması sonrası fotoğrafı. Yaranın tamamen granülasyon dokusu ile dolduğu ve epitelizasyounun yara kenarlarından devam ettiği ve yaranın alanının azaldığı gözlenmekte.

P-110
İntramuskuler Yerleşimli Ganglion Kisti

Pınar Öztürk, Mehmet Dadacı, Münür Selçuk Kendir, Erdem Zuhal, Bilsev İnce
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Konya

Giriş: Ganglion kistleri en sık el bileğinde görülen, iyi huylusinoviyalmembran kökenli yumuşak doku tümörleridir. Herhangi bir yaş grubunu etkileyebilirler; ancak yirmili ve kırklı yaşlarda daha yaygındır (1). Erkeklerde görülme sıklığı 25/100.000 iken kadınlarda bu oran 43/100.000'dir (2).Bu lezyonların patofizyolojisi halen belirsizliğini korumaktadır.En yaygın kabul gören teori ise kronik tahriş ve bağ dokusunda kistik boşlukların oluşumuna yol açan dejeneratif değişiklikler sonucu oluştuğudur(2). Olguların en az %10'unda bir travma öyküsü vardır ve patogenezi belirsiz kalmasına rağmen travma nedensel bir faktör olarak kabul edilir(3). Tanı genellikle fizik muayene ile konulur. Olası bir solid tümör şüphesi olmadığı sürece MRI gangliyon kistlerinde endike değildir(3).Ultrasonik değerlendirme kitlenin damar patolojilerinden ayrılması için yardımcı olur(4). Cerrahi eksizyon çoğu zaman hastaların semptomlarının giderilmesini sağlar. Kist bölgesi anatomisinehakimolunması, kiste yakınnörovasküler yapıların zarar görmemesi için çok önemlidir. Tedavi seçenekleri arasında takip, aspirasyon, aspirasyon ve triamsinolon enjeksiyonu veya cerrahi eksizyon bulunur. Aspirasyon sonrası nüksün %60'a kadar görülebileceği raporlanmıştır (5). Kesin tedavi ganglionun cerrahi olarakherniye olduğu yerden bağlanaraktotal olarak çıkarılmasını içerir. Ameliyat sonrası nüks %40'a kadar görülebilmektedir (6).

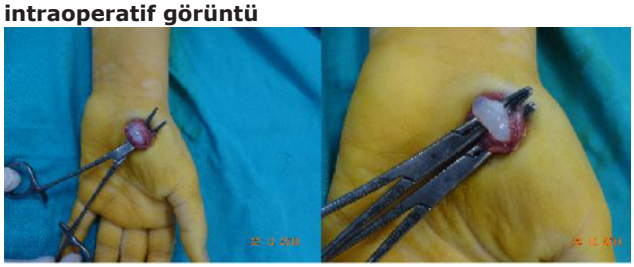
Olgu sunumu: 11 yaşında kız çocuğu sol el tenar bölgede kitleşikayetiile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenedesol el tenar bölgede yaklaşık 1.5*2 cm boyutlarında sert, sınırları düzenli lezyon saptandı. Palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Elin duyu ve motor muayenesi normal olarak saptandı. Kas gücü kaybı saptanmadı.Hastaya operasyon planlandı. Genel anestezi altındakitle üzerinden uygun insizyonla girilerek abduktorpollicislongus kasının içinde kiste ulaşıldı. Kist, kapsülüyle birlikte eksize edildi. Herniye olduğu yerden sütüre edilerek bağlandı. Kanama kontrolü sonrası kas ve cilt sütüre edilerek onarıldı.15 gün istirahat atelinde pansumanla takip edildi. Takiplerinde komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Ganglion kistleri el bileğinde görülen en sık nonneoplastik oluşumlardır(7). Eklem kapsülünün yumuşak dokular içerisine protüze olması sonucu oluşan, içi jel kıvamında sinoviya ile dolu olan kistik lezyonlardır. Gangliyon kisti sıklıkla ritmik vesimetrik işlerle uğraşan kişilerde dominant el dorsumundagörülür.Ganglion kistleri tipik olarak eklemlere ve tendonlara bitişik olarak ortaya çıkar. En sık el ve bilek çevresinde bulunurlar ve dorsal taraf daha sık etkilenir.Ganglion kistlerinin %60-70'i el bilek dorsal tarafta ekstansördigitoromcommunistend onları ve ekstansörpollicislongus kasları arasında yer alır ve bu kistler eklemle skafolunatligament ile bağlantı kurar(7). Ganglion kistlerinin %13-20 si ise el bileğinin volar tarafında bulunur.Eldeki fleksörtendon kılıfından kaynaklanan gangliyon kistleri tüm ganglion kistlerinin yaklaşık%10'unu oluşturur.Diğereklemlerdedaha az yaygın görülmektedir. Benzer şekilde intraosseöz, intratendinöz ve intramuskuleryerleşimliganglionkistlerinininggörülme si de çok daha az yaygındır(8).Ganglion kistlerinin lokal olarak intratendinöz, intranöral, intraosseoz, intraartiküler yerleşimleri nadirde olsa daha önce literatürde gösterilmiştir (9,10).Ganglion kistinin intramuskuler yerleşimi tenar bölgede birkaç vakada bildirilmiştir(11). Bizde nadir olarak görülen intramuskuler yerleşimliganglion kistisaptadığımız vakamızı takdim etmek istedik.

Sonuç: Ganglion kistleri en sık el bileğinin dorsalinde görülür. Genel yerleşim yeritendon ve eklem çevresi olsa da intratendinöz ya da intramuskuler yerleşim görülebilir. Ganglion kistleri ağrı, fonksiyon kaybı ve kozmetik sebeplerle eksize edilmektedir. Operasyon planlanırken kistlerin genellikle yerleşim yerleri dışında da görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ameliyat sırasında bir lezyonun kaynaklandığı ve ilişkili olduğu yapıları bilmek tam eksizyon yapmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *ganglion kisti, intamuskuler kist, tenar bölgede kist*

intraoperatif görüntü



P-111
Saçlı Derinin Nadir Görülen Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörü

Cem Öz[1], Nilgün Ertaş[2], Ahmet Çağrı Uysal[2], Burak Özkan[2]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Saçlı derinin malign periferik sinir kılıf tümörleri sinir sisteminin oldukça nadir görülen tümörlerdir. Günümüze kadar çok az vaka bildirilmiştir.

Amaç: Bu çalışmamızda saçlı deride ortaya çıkan, eksizyonlar sonrasında hızla nüks edip hızlıca büyüyen bir malign periferik sinir kılıfı tümörü tedavisi sunulacaktır.

Hasta ve Metod: 35 yaşında erkek hastanın ilk kez saçlı derisinde 2 yıl önce küçük bir kitle şeklinde ortaya çıkmış. Dış merkez Genel Cerrahi kliniğinde eksize edilmiş, patolojik inceleme raporu hastada bulunmamaktaymış. Daha sonra aynı yerden kitle nüks edip hızla büyüme gösterince hasta farklı bir dış merkez beyin cerrahi kliniğinde opere edilmiş kitle patoloji raporunda malign periferik sinir kılıfı tümörü (MPNST- malign schwannoma) olarak raporlanmış, tümör cerrahi sınırlarda devam etmekteymiş. Sonrasında 3 ay içerisinde hızla büyüme gösteren kitle nedeniyle hasta kliniğimize başvurmuş. Saçlı deri vertexde 13x11x7 cm ebatlarındaki kitlenin kranial MR ve BT tetkikleri ile incelendiğinde kemik tutulumu ve intrakranial invazyon saptanmadı. Kitle üzerindeki cilt ile birlikte periost üzerinden eksize edildi, kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Patoloji sonucu malign periferik sinir kılıfı tümörü (MPNST) tanısını desteklemekteydi. Hastaya Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi kliniklerinin değerlendirmesi sonrasında radyoterapisi planlandı. Ancak hastanın operasyon bölgesinde lokal 1 cm ebatında nüks olduğu görüldü ve eksize edildi, patoloji raporu yine malign periferik sinir kılıfı tümörü olarak raporlandı, yara iyileşmesini takiben hastaya radyoterapi başlandı. Radyoterapi sonrasındaki takiplerinde lokal nüks saptanmadı. Son yapılan PET incelemesinde akciğerde şüpheli tutulumu saptanan hasta Göğüs Cerrahisi kliniğine yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Saçlı derinin malign periferik sinir kılıfı tümörleri sinir sisteminin nadir neoplazmlarıdır. Malign periferik sinir kılıfı tümörü (ayrıca Malign schwannoma, Nörofibrosarkoma ve Nörosarkoma olarak da bilinmektedir) sinirlerin çevresindeki bağ dokudan kaynaklanan bir kanserdir. Kaynaklandığı dokulara ve davranışına göre sarkom olarak sınıflanmaktadır. Saçlı derinin malign periferik sinir kılıfı tümörü oldukça nadir gözlenmesine rağmen oldukça malign davranış sergiler, prognozu kötü seyretmektedir. Malign periferik sinir kılıfı tümörü saptanan hastaların yaklaşık %25-50'sinde nörofibromatozis tip 1 (NF-1) görülmektedir. Diğer yumuşak doku sarkomaları gibi malign periferik sinir kılıfı tümörü de lokal nükse ve hematojen yayılıma meyillidir. Agresif cerrahiye ve adjuvan tedavilere rağmen malign periferik sinir kılıfı tümörü olan hastaların prognozları kötüdür ve prognostik faktörleri literatürde tam olarak belirlenememiştir.

Anahtar Kelimeler: *Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörü, Saçlı Deri, Tedavi*

Resim 1

Hastanın preoperatif ve intraoperatif eksizyon sonrası görüntüsü(1-3), postoperatif kısmi kalınlıkta deri greftinin görüntüsü(4), kitlenin lokal nüksünün görüntüsü(5) ve radyoterapi sonrası iyileşmenin tamamlandığı görüntüsü(6).

P-112
Sıçanlarda Flepte Oluşan İskemi-Reperfüzyon Hasarında Sülük ve Ozon Uygulamasının Etkilerinin Araştırılması

Kağan Bekircan, Cemal Fırat
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş: İnsan vücudunda çeşitli sebeplere bağlı olarak doku defektleri meydana gelmektedir ve bunların rekonstrüksiyonu için en sık tercih edilen yöntemi flepler oluşturmaktadır. Flep cerrahisindeki en büyük sorunlardan biri, fleplerte gelişen nekrozdur ve bu kayıpların nedenlerinden biri olarak flep kaldırırken meydana gelen iskemi/reperfüzyon (İ/R) hasarı ile oluşan serbest oksijen radikallerinin etkisiyle hücre duvarında, damar duvarında ve dokuda hasarlar oluşarak tromboz ve dokuda nekroz gelişmektedir. Bu hasarın önlenmesi amacıyla dokuda antioksidan aktivite artırılmaya çalışılmıştır ve ya trombozu önlemek için antikoagülan maddeler kullanılmıştır. Antioksidan sistemi uyaran yöntemlerden biri ozon terapisidir. Dokulara oksijen taşınmasını arttırması, büyüme faktörlerinin salınmasını arttırması, antioksidan enzim miktarında arttırması gibi etkileri mevcuttur. Trombozun önlenmesinde güçlü bir antikoagülan olan hirudin diğer bir tedavi yöntemidir. Hirudin tıbbi steril sülük salgısında bulunur.

Çalışmamızda İ/R hasarında oluşan serbest oksijen radikallerine, ozon terapisi ve tıbbi steril sülük uygulamasının (hirudoterapi) flep sağ kalımına etkilerinin araştırmayı amaçladık.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmamızda, 40 adet sıçan 5 gruba ayırıldı. sıçanlar anestezi altında sırt bölgesinde 3x10 cm boyutlarında aksiyel paternli deri flebi kaldırıldı. Sham (A) grubunda sıçanların sırtından flep kaldırıldı ve sütüre

edildi. Flep (B) grubunda flep eleve edilip bilateral sakral arterlere damar klempi uygulanarak I/R hasarı oluşturuldu ve sütüre edildi. Diğer gruplara B grubunda yapılan işleme ek olarak flep+sülük (C) grubunda postoperatif ilk gün flebe hirudoterapi uygulandı, flep+ozon (D) grubunda postoperatif ozon terapisi 7 gün süresince intraperitoneal (i.p.) olarak uygulandı ve flep+ozon+sülük (E) grubunda postoperatif süreçte C ve D grubundaki işlemlerle aynı olacak şekilde kombine terapi uygulandı. Postoperatif 7. günün sonunda deneklerin sabit uzaklıktan fotoğrafları çekilerek flep nekroz alan ölçümleri yapıldı. Sonra flep dokularından histopatolojik inceleme için doku örnekleri alındı. Fotoğraflarda alan hesabı için imagej programı kullanıldı. Çalışmanın biyokimyasal ve alan hesabı verileri SPSS 17.0 programı aracılığı ile değerlendirildi.

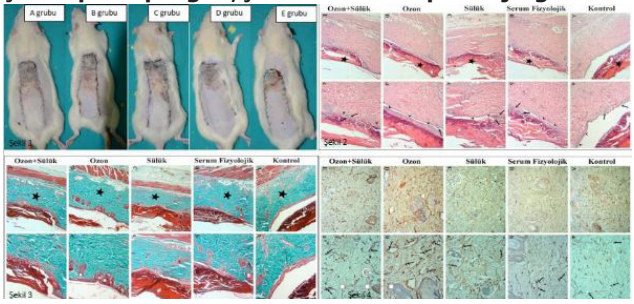
Bulgular: Gruplar arasında nekroz alanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$) (tablo 1). Nekroz alanı en yüksek B grubunda iken en düşük E grubunda olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). C grubu ile D grubu ve D grubu ile E grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p<0,05$). Histopatolojik incelemede dermal ve epidermal alanlarda belirgin olarak infiltrasyon ve nekrotik değişikliklerin varlığı dikkat çekti. Diğer yandan, D grubunda izlenen histolojik değişikliklerin, diğer gruplardan anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0.01$). Reepitelizasyon yönünden A, B, C ve E grupları benzer bulunurken; D grubunda belirgin şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0.01$). Kollajen yoğunluğu yönünden yapılan, A, B, D ve E grupları benzer bulunurken C grubunda ise önemli derecede düşük olduğu saptandı ($p<0.01$). Fleplerde, VEGF pozitif hücre sayısının A, B ve C gruplarında benzer olduğu bulundu. D grubunda, VEGF pozitif hücre sayısında belirgin bir artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). E grubunda da B ve C gruplarına göre VEGF pozitif hücre sayısında önemli bir artış tespit edildi ($p<0.05$).

Tartişma: Vücuttaki herhangi bir dokunun fleple rekonstrüksiyonu sonrası flepte gelişen en sık komplikasyonlardan biri parsiyel nekrozdur. Bununda önemli nedenlerinden biri olarak flepte gelişen I/R hasarıdır. Bu çalışmamızda, ozon terapisi ve hirudoterapinin İ/R hasarında oluşan ve flep nekrozuna neden olan serbest oksijen radikalleri üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Hirudoterapiyle ilgili mevcut çalışmalar hirudoterapinin I/R hasarını azaltmada koruyucu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Sülük salgısında bulunan hirudin ve bdellin'in güçlü bir antikoagulan özelliği yanında antienflamatuvar ve antioksidan özelliklere de mevcuttur (1) Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde cilt flebi yapılan deneylerde hirudinin flep yaşayabilirliğini arttırdığını ve nekroz alanının azaldığını göstermişlerdir (1;2). Ayrıca bu bulgulara ek olarak hirudinin random paternli deri fleplerinde konjesyonu ve lokal inflamatuvar yanıtı azalttığını, kan dolaşımını iyileştirebileceğini ve doku antioksidan kapasitesini arttıracağını bulmuşlardır (4;3). Çalışmamızda C grubunda elde ettiğimiz verilerin diğer gruplardaki verilerle karşılaştırıldığında hirudoterapinin flep yaşayabilirliğini arttırdığını sonucunu elde ettik ve bu bulgular literatürdeki bu çalışmaları desteklemektedir. Ancak dokuda kollajen yoğunluğu ve hirudoterapi arasıdaki ilişki incelendiğinde literatürde benzer çalışmalar bulunamamaktadır. Bizim çalışmamızda diğer gruplara göre C grubunda kollajen yoğunluğu belirgin düşük olmasının hirudinin etkisi ile o bölgede trombüsün önlenmesi sonrasında büyüme faktörlerinin ve aktif peptidlerin salınımında azalma nedeniyle kollajen sentezinde azalma olabileceğini düşündürmektedir. Ozon vücuda verildiğinde biyolojik sıvılarda çözülür ve antioksidan sistemi uyarır (5). Literatürdeki bir çok çalışma incelendiğinde ozon terapisi uygulanan grupta submukozal kollajen birikiminin artmış olduğunu ve yara iyileşmesi üzerinde artmış antioksidan enzim aktivitesi ile doku hasarını azaltarak olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (6). Diğer bir çalışmada bu bulgulara ek olarak, deri fleplerinde ozon terapisinin flep distalinde oksijenizasyonu arttırdığını ve flep yaşaya bilirliğini arttıracağını bulmuşlardır (7). Ayrıca ozon terapisi anjiogenezisi uyarmakta ve nötrofil infiltrasyonunu ve fibrotik doku oluşumunu azaltmaktadır. (8; 9). Bizim çalışmamızda D grubu, B grubu ile karşılaştırıldığında flep yaşaya bilirliğinin arttığı, hücre infiltrasyonunun azalmış ve nekroz alanının azalmış olduğu bulunmuştur. Ayrıca D grubunda epitelyum rejenerasyonunun ve kollajen yoğunluğunun belirgin artmış olduğunu bulduk ve bu etkisinin fibroblastları antioksidan etkiye karşı korunmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu bulgular literatürdeki diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Ayrıca çalışmamızda ozon terapisi ve hirudoterapi yapılan gruplar değerlendirildiğinde, C grubu, D grubuna oranla flep yaşaya bilirliğinin arttığı ve nekroz alanının küçüldüğü bulunmuştur. Ayrıca E grubu diğer gruplarla karşılaştırıldığında nekroz alanının diğer gruplara göre çok daha küçük olduğu gözlenmiştir. Bu bize,hirudoterapinin ve i.p. ozonun birlikte uygulanmasının daha etkili olduğunu ve flep yaşaya bilirliğini arttırdığını göstermiştir. VEGF gibi büyüme faktörlerinin anjiogenezisi uyarma potansiyeli serbest radikaller tarafından inhibe edilir. Çalışmamızda VEGF pozitif hücre sayısının D grubunda diğer gruplara göre anlamlı bir artışı ozonun, antioksidan ve rejenerasyon etkisi sayesinde yeni damar oluşumunu arttırdığını göstermektedir. C grubunda hirudoterapi ile salgılanan hirudin'in trombozu önlediği ve plateletlerden salgılanan vazoaktif peptid ve büyüme faktörlerinin azalmasından dolayı D grubuna göre yeni damar oluşumu azalmıştır. E grubunun, C grubuna göre VEGF pozitif hücre sayısının fazla olması da bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Ayrıca tek başına ozon uygulamasının yeni damar oluşumu açısından daha değerli olduğunu bulduk.

Sonuç Ve Öneriler: Yaptığımız bu çalışmamızda, hirudoterapi ve ozon terapisinin flep yaşaya bilirliği üzerine önemli etkileri olduğu ve flepte gelişebilecek nekrozu azalttığını görmekteyiz. Ayrıca ozon terapisi ve hirudoterapinin birlikte uygulandığı grupta flep yaşaya bilirliğinin, tıbbi steril sülük ve ozon terapisinin tek başına uygulanandan daha başarılı olduğunu bulduk ve buna ek olarak hirudoterapinin ozon grubuna göre nekroz alanının daha küçük olması hirudoterapinin antioksidan etkisi yanında antitrombotik özelliği sayesinde olduğunu düşündürmektedir. Ozon uygulaması tek başına epitelyum rejenerasyonunu, yeni damar oluşumunu ve kollajen sentezini diğer yöntemlere oranla daha fazla arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Flep, İskemi-reperfüzyon hasarı, Hirudoterapi, Ozon terapisi*

şekil 1 postop 7. gün, şekil 2-3-4 histopatolojik görüntü



Şekil 1. tüm grupların postoperatif 7. gün flep nekroz alanları Şekil 2. H-E boyama metodu uygulanan fleplerin distal parçalarının görünümü. Histolojik değişiklerin D grubunda belirli şekilde azaldığı dikkati çekmekte. Yıldızlar yüzeyden dökülmekte olan nekrotik kollajene, oklar infiltrasyona, ok başları yeni gelişmekte olan epitele işaret etmekte. A, B, C, D, E; x10. a, b,

c, d, e; x20. Şekil 3. Gomoritrikrom boyama metodu uygulanan fleplerindistalparçalarınının görünümü. A, B, D ve E gruplarında kollajen yoğunluğunun (yıldızlar, yeşil alanlar) benzer düzeylerde olduğu; C grubunda belirgin şekilde azaldığı izlenmekte. A, B, C, D, E; x10. a, b, c, d, e; x20. Şekil 4. VEGF immün boyama metodu uygulanan fleplerin distal parçalarında VEGF pozitif hücreler (oklar). A, B, C, D, E; x20. a, b, c, d, e; x40

P-113
Kronik Yara İyileşmesinde Trombositten Zengin Fibrinin Etkinliği

Mahmut Durak Ceviz, Alper Ural, Fatma Bilgen, Mehmet Bekerecioğlu
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş: Yara iyileşmesi, birbirini takip eden ve iç içe geçen; hemostatik ve inflamatuar reaksiyonlar, proliferatif faz ve onu izleyen yeniden yapılanma ve olgunlaşma fazı olmak üzere 3 aşamadan oluşan karmaşık bir süreçtir. Yara iyileşme süreci yara alanına salınan çeşitli sitokinler ve büyüme faktörleri tarafından sıkı bir şekilde düzenlenmektedir. Trombositler yara iyileşmesinde merkezi bir rol oynayan hücreler olup, doğal yara iyileşmesinde temel rol oynayan büyüme faktörü kompleksinin ana kaynağıdır. Özellikle travma sonrası trombosit granüllerinden salınan bu büyüme faktörleri (GF) hücre çoğalması, farklılaşması, kemotaksis, yeni damar oluşumu ve yara iyileşmesini teşvik etmektedir (1-2). Trombosit zengin fibrin (PRF), hazırlık prosedürü basit ve ucuz olup, antikoagülanlar olmadan, koagülasyon kaskadı, kan, tüple temas ettikten hemen sonra başlamaktadır. Pıhtılaşma kademesinin başlatılmasından sonra protrombinden dönüştürülen dolaşımdaki trombin, santrifüjleme sırasında fibrinojeni fibrine dönüştürür. Sıkışan trombositler doğal olarak aktive olur ve GF' leri yavaşça serbest bırakır. Üç boyutlu fibrin mimarisi, GF' leri proteolizden koruyarak yavaş salınmalarına ve uzun süren biyolojik etkilerine izin verir. GF' lerin konsantrasyonu 7. gün ile 14. gün arasında zirveye ulaşır ve yüksek bir seviyede 28 gün kadar devam eder (3). Sunulan çalışmada, uzun tedavi süreci ve yüksek maliyet gerektiren kronik ülserlerde, PRF'nin topikal uygulamasının, standart yara bakımına cevap vermeyen kronik ülserler üzerindeki yararlı etkisinin gösterilmesi amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya, Ocak 2017-Eylül 2019 tarihleri arasında 16 hasta dahil edildi. Çalışma, yerel etik kurul onayı alındı ve retrospektif olarak planlandı. Hastalar demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), sistemik hastalıklar, yara etyolojisi, yara lokalizasyonu ve boyutları, yara oluşum süresi, PRF uygulama sonrası iyileşme süresi açısından değerlendirildi. Ayrıca yara eritem, ödem, nekroz, akıntı gibi enfeksiyon bulguları incelendi. Yarada kontrol altına alınmamış enfeksiyon veya selülit, osteomiyelit olan hastalar ile yara bölgesinde vaskuler yetersizlik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Yaranın ilk tedaviye başlanmadan ve tedavi süreci boyunca düzenli fotoğrafları çekildi. Tedaviye başlamadan önce tüm hastalardan hemogram, biyokimya, CRP ve ESR değerlendirmesi yapıldı. Derin doku kültürleri alındı. Enfeksiyon değerlerine ve kültür sonucuna uygun antibiyoterapileri başlandı. Altta yatan sistemik hastalıklar (diabet, hipertansiyon, vb) için ilgili bölümlere konsultasyonları yapılarak tedavileri düzenlendi. Yarada nekrotik doku mevcudiyetinde uygun debridman yöntemi ile debridmanı sağlandı. Yara yatağında PRF uygulaması için uygun ortam oluşturuldu.

PRF Hazırlanışı: Her hastadan 10 cc venöz kan alındı. Alınan kan antikuagülan içermeyen cam tüpe yerleştirildi. Antikuagülan yokluğunda platelet aktivasyonu ve fibrin polimerizasyonu hemen tetikleneceğinden, vakit geçirilmeden tüp daha önce 3000 RPM'e ayarlanmış santrifüje yerleştirilerek 10 dk. santrifuj edildi. Oluşan pıhtı nazik bir şekilde penset ile tüpten alınıp, steril iki gazlı bez arasında basınçsız bir şekilde sıkıştırılarak membran haline getirilerek yara yüzeyine uygulanmaktadır. PRF uygulaması sonrasında yara yatağı aşırı baskı yapmayacak şekilde nonadheran bir pansuman ile 72 saat boyunca kapatıldı. Yara tedavi süreci boyunca yara alanındaki küçülme, granülasyon dokusu oluşumu, yara yatağı temizliği ve enfeksiyon varlığı yada azalması açısından takip edildi.

Bulgular: Çalışmaya, 2017-2019 yılları arasında konvansiyonel tedaviye yanıt vermeyen 16 kutanöz ülseri olan hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 63 yıl (aralık 36-82yıl) olup, 9'u erkek, 7'si kadındı (Tablo 1). Ülser etiyolojileri açısından incelendiğinde, 8 hastada diyabetik ülser, 2 hastada travma, 3 hastada vasculer yetmezlik, 3 hastada nöropatiye bağlı bası nedeniyle oluştuğu gözlendi.Ülserlerin çoğunluğunun alt ekstremite de olduğu gözlendi. 11 hastada alt ekstremite de, 2 hastada elde ve 3 hastada sakral bölgede idi.(Resim 1)

Uygulama öncesi yara boyutları, uzunluk ortalama 8cm (aralık 1-11 cm), genişlik ortalama 6 cm (aralık 1-10 cm) tespit edildi. PRF uygulaması öncesi ülser sürelerine bakıldığında çok geniş bir aralıkta olup 1 ay- 15 yıl (ortalama 1.2 yıl) arasında değişmekte idi. Hastalarda ortalama PRF uygulama sayısı ortalama 4.37 (aralık 1-8) olup, 10 hastada ortalama uygulama sayısına kadar yaraların tamamen kapandığı, 4 hastada da ortalama uygulama sayısına kadar en az % 50'sinin kapandığı gözlendi. 2 hastada uygulama sayısı 8 olup, bu hastalarda paraplejik ve sakral bölgede dekübit nedeniyle uygulama yapılan, pozisyon değişimi ve uygun ortam sağlanması zor olan hastalardan oluşmakta idi. İyileşme sürelerine bakıldığında ortalama iyileşme süresi 2.12 ay (aralık 10 gün-4 ay) idi. Tedavi sırasında, iki hastada lokal enfeksiyon bulguları gözlenmesi, derin doku kültürlerinde üreme olması üzerine antibiyogramlarına uygun antibiyotik tedavileri başlandı. Uygulamalar sırasında herhangi bir yan etki gözlenmedi. Tüm hastalarda ilk uygulamadan itibaren sağlıklı granülasyon dokusu oluşumunda artış olduğu ve yara boyutlarında küçülme olduğu gözlendi. Ancak ülser boyutu, ve ülserin oluşum süresine bağlı olarak, yara iyileşme süresinin ve uygulama sayısının arttığı gözlendi Ortalama 6 aylık takiplerinde nüks gözlenmedi.

Tartışma: Kutanöz yaraların insan ve finansal maliyeti yüksek olup, PRF'nin düşük maliyeti, güvenliği ve etkinliği dikkate alındığında, bu tür yaralar için uygun bir tedavi seçeneği ve standart tedavinin başarısız olduğu durumlarda umut verici bir alternatif tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir. PRF ayrıca akut yaraların iyileşmesini de hızlandırdığı, daha az sürede ve daha az pansuman değişikliği ile daha büyük boyuttaki yaraların iyileştiği gösterilmiştir (3). Sonuç olarak, PRF, kronik yaraların kapatılması için önemli potansiyeli olan güvenli, kullanışlı, kullanımı kolay bir adjuvan tedavi yöntemidir. Bu yaraları kapatmak için böyle bir otolog "optimize edilmiş kan pıhtısı" kullanımının etkinliği, maliyeti ve güvenliği dikkate alındığında, bu tedavi seçeneği, cilt ülserlerinin tedavisi için alternatif bir yöntem olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Referans
1. Goss JR. Rejeneration versus repair. In. Cohen IK, Diegelman1. Lindblad WJ, Editors. Wound healing, biochemical and clinical aspects. Philadelphia: WB Saunders; 1992; 40-62. 2. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, Dohan AJ,

Mouhyi J, Dohan DM.Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part IV: clinicaleffects on tissuehealing. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;101(3):e56–60. 3. Altuntaş Z, Gündeşlioğlu AÖ, İnce B, Dadacı M, Savacı N. Platelet Rıch Plasma (Prp), Platelet Poor Plasma (Ppp), Plateler Rıch Fıbrıne (Prf) Concepts, Theır Bıologıcal Roles On Woung Healıng And Clınıcal Applıcatıons In Plastıc Surgery. Turk Plast Surg 2014;22(2): 49-53.

Anahtar Kelimeler: *plateletten zengin fibrin, yara iyileşmesi, kronik yara*

Resim 1

Hastanın 1a) PRF uygulama öncesi görüntüsü, 1b) 1. hafta görüntüsü, 1c) 2. hafta görüntüsü ve 1d) 3 hafta görüntüsü

Tablo 1

Hasta	E/K	Yaş	Ülser Lokasyonu	Boyut (cm)	PRF Uygulamadan Önce Ülser Süresi	Ülser Zemini	PRF Uygulama Sayısı	İyileşme Süresi
1	E	54	Sol alt ekstremite	7x6	6 ay	Diabet	5	2 ay
2	E	46	Sağ üst ekstremite	3x3	3 ay	Travma	2	1 ay
3	K	75	Sol alt ekstremite	5x4	9 ay	Diabet	6	3 ay
4	E	78	Sakrum	10x5	15 yıl	Basıya bağlı dekübit	8	4 ay
5	K	57	Sol alt ekstremite	7x8	2 yıl	Diabet	6	3 ay
6	E	82	Sağ alt ekstremite	6x7	1 yıl	Venöz yetmezlik	5	2.5 ay
7	E	72	Sol alt ekstremite	4x3	5 ay	Diabet	4	2 ay
8	E	45	Sağ üst ekstremite	3x2	1.5 ay	Travma	1	10 gün
9	K	66	Sol alt ekstremite	3x2	8 ay	Diabet	3	1.5 ay
10	K	68	Sol alt ekstremite	1x1	6 ay	Diabet	1	20 gün
11	E	36	Sakrum	6x10	1 yıl	Basıya bağlı dekübit	6	3 ay
12	E	52	Sol alt ekstremite	6x4	1.5 yıl	Arterial yetmezlik	4	2 ay
13	E	57	Sol alt ekstremite	11x8	1.2 yıl	Venöz yetmezlik	5	2.5 ay
14	K	77	Sağ alt ekstremite	5x6	6 ay	Diabet	3	1.5 ay
15	K	74	Sakrum	7x6	6 yıl	Basıya bağlı dekübit	8	4 ay
16	K	69	Sağ alt ekstremite	2x2	2 ay	Diabet	2	1 ay

Yara etyolojisi, hastaların demografik özellikleri ve PRF uygulama sonuçları

P-114
Tendon kesilerinde pulley sisteminden tendonların geçirilmesinde yeni teknik kullanımı

Orhan Gazi Dinç, Fatih Dipçin, Kağan Bekircan, Emine Parlak, Rafet Özbey
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş: Eldeki tendon kesilerinde Verdan'ın ekstremitedeki yer ve prognoza göre sınıflamış olduğu özellikle zon 2 kesilerinin prognozu kötüdür1. Bu bölgedeki yaralanmaların onarımındaki zorluklar nedeni ile bu bölge ''no man's land'' olarak adlandırılır2. kesilen distal tendon ucu rahat bulunurken; proksimal uç daha proksimale kaçtığından bulunması zaman alıcı olabilmektedir. Var olan kesiyi uzatılarak veya birkaç zon proksimalden yapılan yeni kesi ile proksimal ucun bulunması yaygın yaklaşımdır. İki kesi arasındaki bölgeden proksimal ucun tünelize edilmesinde ve/veya pulleylerin altından geçirilmesi aşamasında kullandığımız 'dilli iğne' ile yeni teknik sunulmaktadır. Farklı boyutlarda çeşitleri olan tekstil sanayide kullanılan dilli iğne, kanca şeklinde ucu ve açılıp kanapabilen dil kısmından oluşur. (şekil 1)

Olgu Sunumu: 40 yaşında erkek hasta bıçaklı saldırı sırasında bıçağı tutarak kendini korumaya çalışmış. Muayenede sol el başparmak distal falanks fleksiyonu yoktu. Sol el başparmak fleksiyonda iken metakarpofalengeal (MKF) eklem seviyesinde fleksör pollicis longus (FPL) tendonu kesilmiş. Hasta aksiller anestezi altında ameliyata alındı. Kesi eksplore edildi. FPL nin distal ucu A2 pulley seviyesinde bulundu. Proksimal uç ise karpometakarpal (KMK) eklem seviyesinde bulundu (şekil 2). Dilli iğne açık pozisyonda oblik ve A1 pulleylerin altından geçirildi (şekil 3). FPL tendonu dilli iğnenin kancasından geçirildikten sonra dil kapatıldı ve pulleylerin altından takılma olmadan geçirildi (şekil 4). Proksimal kesik uç kesi alanına getirildi (şekil 5). Onarım hattı A2 pulleye denk geldiğinden A2 pulleyin yaklaşık yarısı açılarak modifiye kessler tekniği ile onarım yapıldı. Başparmak distal falanks fleksiyon ve ekstensiyonda takılma olmadığı gözlendikten sonra cilt kapaması yapıldı.

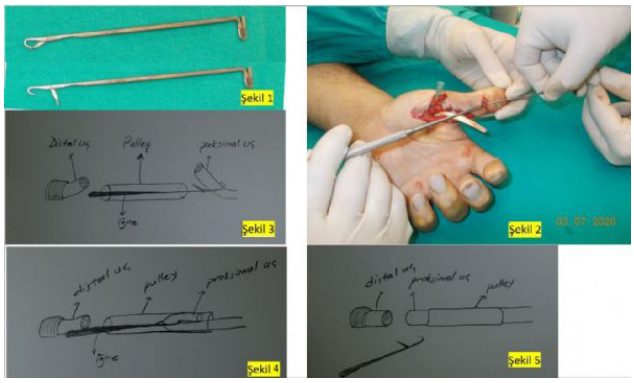
Tartışma: El bileği distalindeki tendon kesilerinde kesilen proksimal tendonun cilt adası altından veya pulleylerin altından geçirilmesi zorluk oluşturmaktadır. Bu işlem tendonun nelaton sondaya dikilerek ya da klemple tutularak kesi alanına çekilmesi şeklinde yapılabilir. Proksimal tendon ucunun nelatona dikilerek geçirilmesi sırasında nelatonun kopması ile sık karşılaşılmaktadır. Yine tendonun klemple çekilmeye çalışılması sırasında genellikle tendon ezilir ve pulleylere takılır. Dilli iğne kullanımı ile bu sorunların üstesinden gelinebilir.

Sonuç: Özellikle zon 2 kesilerinde dilli iğne kullanımı ile takılma olmadan ve tendon ezilmeden proksimal tendonun pulleylerin altında rahat geçirilmesi sağlanmış olur.

Kaynakça
Boyes JH. Immediate versus delayed repair of the digital flexor tendons Ann West Med Surg. 1947;1:145-152 Bunnell S. Surgery of the Hand. Philadelphia, PA: Lippincott; 1944:434.

Anahtar Kelimeler: *Dilli iğne, Pulley, Zon 2*

1-Dilli İğne, 2-İntraop FPL kesisi, 3-4-5-Dilli iğne kullanımı



P-115
Geniş Maksillektomi Sonrasında Oluşan Orbita Tabanı Defektlerinin Titanyum Mesh ile Onarımı

Cem Öz[1], Nilgün Ertaş[2], Ahmet Çağrı Uysal[2], Burak Özkan[2]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Geniş maksillektomi sonrasında oluşan orbita tabanı defektleri ciddi estetik ve fonksiyonel deformitelere neden olabilir.

Amaç: Bu çalışmamızda geniş maksillektomi sonrasında orbita tabanında geniş defekt oluşan ve titanyum mesh ile defekt onarımı yapılan iki olgu sunulacaktır.

Hasta ve Metod: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniği tarafından maksillektomi yapılan iki hastada oluşan orbita tabanı geniş kemik defekti, orbita tabanın şekline uyumlu titanyum mesh ve mikro vidalar ile onarılmıştır.

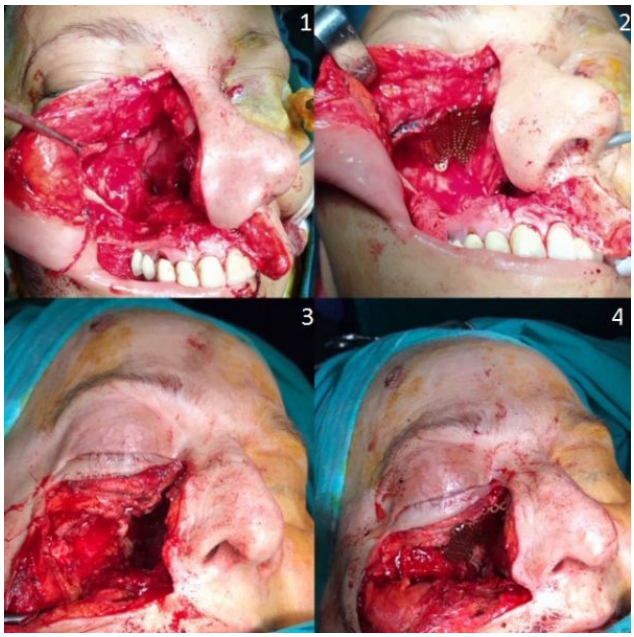
Olgu 1: 44 yaşında kadın hastaya sağ maksillasından ve nazal kemiğe uzanım gösteren adenoid kistik karsinom nedeniyle Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniği tarafından planlanan maksillektomi operasyonu sırasında, tümör invazyonu nedeniyle orbita tabanından ve nazal kemikten tümör eksizyonları yapılmış. Kemik eksizyonları sonrasında oluşan doku defekti nedeniyle intraoperatif konsültasyon istendi. İntraoperatif değerlendirme sonucunda orbita tabanındaki doku defektinin; sağ nazal kemiğin kalan kısmından zigomatik kemiğin kalan kısmına kadar uzanan geniş bir defekt olduğu görüldü. Orbita tabanına uyumlu, hazır boyut ve şekildeki titanyum mesh ve mikro vidalarla onarım yapıldı. Postoperatif takiplerinde hastada estetik ve fonksiyonel kayıp gözlenmemiştir.

Olgu 2:72 yaşında kadın hasta rinoserebral mukormukozis nedeniyle Enfeksiyon Hastalıkları servisinde aldığı medikal tedavi sonrası cerrahi eksizyon için Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniğine devir alınmış. Hastaya yapılan maksillektomi ve orbita tabanından kemik eksizyonu sonrasında oluşan geniş kemik defekti için intraoperatif konsültasyon istenmiştir. Kemik nekrozuna bağlı yapılan debridman sonrasında oluşan kemik defekti sağ nazal kemikten kalan kısımdan, zigomatik kemikten kalan kısma kadar uzanan orbita tabanına uyumlu hazır boyut ve şekildeki titanyum mesh ve mikro vidalarla onarılmıştır. Postoperatif takiplerinde hastada estetik ve fonksiyonel kayıp gözlenmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Tümör ablasyonu veya mukormukozis gibi kemik nekrozuna neden olan durumlar sonrasında oluşan maksilla defektleri orbitanın maksiler kemiğe ve orbita tabanına komşu olması nedeniyle enoftalmus, hipoftalmus, diplopi gibi ciddi fonksiyonel ve estetik defomitelere neden olabilir. Posttravmatik orbita defektlerinin rekonstrüksiyonu yıllardır iyi bir şekilde bilinse de geniş maksillektomi sonrasında oluşan orbita tabanı defektlerinin rekonstrüksiyonu cerrahlar için hala zorlu bir süreçtir. Orbita tabanının geniş maksillektomi sonrasında oluşan kemik defektinin titanyum mesh ile onarımı, glob projeksiyonu ve orbital volümü koruyarak başarılı klinik sonuçlar elde etmemizi sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: *maksillektomi, orbita tabanı defekti, titanyum mesh*

Resim 1



Sağ maksillada adenoid kistik karsinom nedeniyle maksillektomi ve orbita tabanın eksizyonu yapılan hastanın titanyum mesh ile onarımı.(1,2) Sağ taraf rinoserebral mukormukozis nedeniyle maksillektomi ve orbita tabanın eksizyonu yapılan hastanın titanyum mesh ile onarımı.(3, 4)

P-116
Serbest latissimus dorsi flebinin craniotomi defektinde kullanımı: Vaka sunumu

Özcan Öcük, Kağan Bekircan, Semih Özçınar, Emine Parlak, Cemal Fırat
İnönü Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi AD.

Giriş: Geniş scalp defektlerinin rekonstrüksiyonu uzun yıllardır plastik cerrahi uygulamalarının başında gelmiştir. Scalp ve alın defektleri etyolojik olarak travma, yanık, onkolojik rezeksiyon, enfeksiyonlar, radyonekroz

ve konjenital anomaliler ile ortaya çıkmaktadır. Scalp rekonstrüksiyonunda, rekonstrüksiyon planının yapılmasındaki önemli noktalar: Defektin boyutu ve şekli, lokalizasyonu, derinliği, hastada etiyoloji olarak onkolojik bir defekt var ise malignitenin temiz cerrahi ile çıkarılıp çıkarılmasıdır.Rekonstrüksiyon seçenekleri: Primer kapatma, sekonder kapatma, deri greftleri, lokal flepler, doku genişleticiler,bölgesel flepler ve serbest doku transferidir. Rekonstrüksiyon seçenekleri ele alındığında, 9 cm den büyük defektlerde genellikle serbest doku flepleri kullanılır (1,2). Plastik cerrahi uygulamalarının temelinde rekonstrüksiyon merdiveni önem arzeder fakat mevcut hastanın klinik durumuna göre rekonstrüksiyon merdiveninde bazı klinik atlamalar yapılabilir. Bizim olgumuzda kraniyotomi sonrası kompleks ve kemik dokusunun canlılığını içeren bir klinik söz konusu olduğu için rekonstrüksiyon merdiveninin en üstündeki serbest flep seçeneği hastanın hızlı tedavi edilmesi açısından ön plana alınmıştır. Daha başka bir uygulama olan ekspander kullanımı lokalizasyon olarak uygun olmasına rağmen hastada akut bir durum söz konusu olduğu için ekspander kullanılamamıştır. (2) Serbest flep seçenekleri göz önünde bulundurulduğunda ve hastamızdaki defekt büyüklüğü göz önüne alındığında latismus dorsi flepi hem geniş sahalara hem geniş alana yayılması hemde dönor saha morbiditesinin minimal olması nedeniyle ilk tercih olarak kabul edilmiştir.(3)

Olgu: 39 yaşında kadın hasta, sol parietal bölgede meningioma nedeni ile Radyoloji Anabilim dalı embolizasyon işlemi uygulanmış.Daha sonra komplikasyon olarak görme kaybı oluşan hastaya cerrahi müdahele planlanıp tümör eksizyonu için beyin cerrahisi tarafından opere edilmiş. Beyin cerrahi operasyonu sonrası sol parietal bölgede 10x15 cmlik alanda cilt nekrozu gelişmiştir(Resim 1,2).Aynı zamanda flep olarak kaldırılan pariyetal kemik dokusunda yer yer nekroz gelişimi mevcuttur fakat hastanın herhangi bir bos kaçağı veya kemikte direnç kaybı söz konusu değildi. Beyin cerrahi ile yapılan konsültasyon sonrası kemik dokusunun yerinde kalması ve doku defekti bölgesine kanlanması iyi olan bir doku aktarımı yapılması planlandı. Bu nedenle hastaya serbest latismus dorsi flepi planlandı. (Resim 3) (Ok ile gösterilen yer Torakodorsel arter). Cilt adasıyla birlikte latismus dorsi kasının tamamına yakını alınarak sol temporal artere anastomoze edildi. (Resim 4) Hastanın postop 2. Gününde hipotansiyona bağlı dolaşım bozukluğu gelişti. Hastada anastomoz hattında trombüs düşünüldü acil olarak anastamoz kontrolü için operasyona alındı, yapılan kontrolde anastamozun çalıştığı ve dirençli vazospazm geliştiği görüldü. Hastanın daha sonraki postop takiplerinde venöz konjesyon gelişti. Sülük uygulaması yapıldı.(Resim 5).Daha sonraki takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi hastanın post op yirminci günde flepte kısmi nekroz gelişti (resim 6). Kısmi nekroz gelişen alan lokal flep ile kapatıldı. Hastanın daha sonraki takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartişma: Serbest doku flepleri mükemmel rekonstrüktif ve estetik sonuçlarıyla büyük scalp defekti için en iyi seçeneklerden biridir. Serbest fleplerle rekonstrüksiyon, seri doku genişletme ve aşamalı eksizyon yöntemlerinden farklı olarak defekti kapatmak için gereken operasyonların sayısını azaltır. Serbest Latissimus dorsi muskulokütanöz flepin uzun vasküler pedikülü, güvenilir iyi damarlanan dokusu ve geniş yüzeyi sebebi ile scalp rekonstrüksiyonunda mükemmel bir seçenektir.(4) Görsel sonuçları daha iyi olduğu için scalp defektlerinde 9 cm e kadar (veya 150 cm2 den az veya saçlı deri bölgesinin %4 ten azı) olan doku kayıplarında lokal flep uygulaması ilk seçenektir. Fakat lokal flep bölgesinde ekstra skarların olması ve travmatize edilmiş dokuların bulunması lokal flep seçeneğini dışlamamıza neden oluşturdu. Ellis at. All yaptıkları 21 hasta serisinden oluşan Scalp rekonstrüksiyonunda lokal flep kullanılması çalışmasında lokal fleplerin üstünlüğü anlatılmış fakat kompleks yaraların mevcudiyeti ve komplike hastalarda pediküllü lokal fleplerinin uygun olmadığından bahsetmiştir(5) Serbest latismus dorsi flepinin tarihi 1896 yılına kadar dayanmaktadır. Donör saha morbiditesinin az olması ve geniş doku sağlaması nedeni ile birçok plastik cerrahi uygulamalarında tercih edilen flaptir.Geniş bir kas olan latismus dorsi sırt bölgesinin neredeyse yarısını kaplamaktadır. Humerusa iç rotasyon adduksiyon ekstensiyon hareketlerini yaptırmaktadır. Arteriyel beslenmesi subskapular arterin dalı olan torasikodorsal arterdir.Flep olarak kullanılması fonksiyonel olarak hastalarda çok ciddi deformite oluşturmaz.(6) Hıerner at. All yaptığı 7 hastalı vaka serisinde latismus dorsi serbest flepini kullanmış, kompleks defekti olan bu hastalarda iyi sonuçlar elde etmiş ve aynı şekilde iyi bir estetik görünüm elde etmiştir (3) Aynı şekilde Dong at. All (7) ve John at.all (8) benzer olumlu sonuçlar elde etmiştir.Geniş bir diseksiyon alanı olan latismus dorsi flepinde donör sahadaki post op seroma salgısı fazla miktarda olmaktadır. Bu durumun uzun sürmesi gerek hasta gerekse cerrahi için yorucu bir süreç olmaktadır.(7) Saçlı deri defektlerinin mikrocerrahi doku rekonstrüksiyonu için birçok alıcı damar mevcuttur. Yüzeysel temporal damarara anastamoz güvenilirdir ve gerekli pedikül uzunluğunu azaltarak rekonstrüksiyonu basitleştirir, ancak bazı durumlarda bu damarlar mikrocerrahi anastamozu için yetersizdir. Bu damarlar çok hassas olduğu için diseksiyon büyük bir özenle yapılmalıdır. Post operatif vasküler spazm riskini azaltmak için mümkün olduğunca proksimalden anastamoz yapılmalıdır.(2)

Kaynakça
1.Grabb ve Smith, Plastik Cerrahi 7. Baskı ed. Charles H.Thorne Bölüm 31 s: 342-52
2.Babaj j. Mehrera, MD, Joseph J. Disa MD, andrea pusic Md et al. Scalp reconstruction.journal of surgical oncology 2006;94:504-508
3Hierner R, van Loon J, Goffin J, van Calenbergh F. Free latissimus dorsi flap transfer for subtotal scalp and cranium defect reconstruction: report of 7 cases. Microsurgery. 2007;27(5):425-428. doi:10.1002/micr.20386
4 Mutlu OO, Colak O, Canli M, Akcay A. Scalp Reconstruction With Free Latissimus Dorsi Flap in a Patient With Giant Cutis Verticis Gyrata. J Craniofac Surg. 2016;27(6):e553-e554. doi:10.1097/SCS.0000000000002862
5 Ellis M, Hwang L, Ford NK, Slavin K. The Role of the Visor Flap in Scalp Reconstruction: A Case Series of 21 Patients. Oper Neurosurg (Hagerstown). 2018;15(6):651-655. doi:10.1093/ons/opy042
6 Watson JS, Craig RD, Orton CI. The free latissimus dorsi myocutaneous flap. Plast Reconstr Surg. 1979;64(3):299-305. doi:10.1097/00006534-197909000-00002
7 APA Dong, Liwei MD; Dong, Yulin MD; Liu, Chaohua MD; Geng, Jian MD; Liu, Hengxin MD; Pei, Jiaomiao MD; Hao, Dongyue MD; Ma, Xianjie MD, PhD; Xia, Wensen MD, PhD Latissimus Dorsi-Myocutaneous Flap in the Repair of Titanium Mesh Exposure and Scalp Defect After Cranioplasty, Journal of Craniofacial Surgery: March/April 2020 - Volume 31 - Issue 2 - p 351-354 doi: 10.1097/SCS.0000000000006016
8 Oh SJ, Lee J, Cha J, Jeon MK, Koh SH, Chung CH. Free-flap reconstruction of the scalp: donor selection and outcome. J Craniofac Surg. 2011;22(3):974-977. doi:10.1097/SCS.0b013e31820fe354

Anahtar Kelimeler: *scalp defekti, serbest latissiumus dorsi flebi, temporal arter spasmı*

Resim 1 - 2 -3 -4 -5 -6

resim 1 -2 pre op görüntü resim 3 torakodorsal arter pedikülü resim 4 anostomoz hattına yapılan insizyon resim 5 venöz konjesyonda sülük uygulanması resim 6 flepteki kısmı nekroz

P-117
Ardışık iki eklem kontraktürünün rekonstrüksiyonunda serbest Alt fleplerinin kullanımı

M Baver Acaban, Göktekin Tenekeci, Atakan Meriç Kahraman, Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Ekstremitelerde özellikle yanık ile yaralanma sonrasında ciddi kontraktürler oluşabilmekte ve bu kontraktürler fonksiyon ve hareket kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Kontraktürler; kemik ve eklemler üzerinde deformiteye yol açmadan, en kısa sürede tedavi edilmelidir. Bu kontraktürlerin rekonstrüksiyonunda deri greftleri ve lokal flepler yeterli yumuşak dokuyu her zaman sağlayamadığından serbest flepler ile rekonstruksiyon seçeneğine de başvurulması gerekebilmektedir. Anterolateral uyluk flep, gerek yeterli yumuşak doku ihtiyacını karşılaması, gereksede üst ekstremite kontraktürleri için iki ayrı ekibin aynı anda çalışmasına fırsat vermesi sebebiyle iyi bir seçenektir. serbest flepler kontrraktür açılması sonucu oluşan geniş doku defektlerinini onarılması için iyi bir seçenektir. Bu çalışmada antekübital bölge ve aksillasında kontraktüre neden olan çift serbest flep ile rekonstrükte edilmiştir.

Gereç-Yöntem: Elektrik yanığı öyküsü olan 38 yaşında erkek hasta, sağ üst ektremitede omuz ve dirsek eklemi içine alan kontraktür nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın omuz ve dirsek eklemlerindeki kontraktürler açılarak iki ayrı Alt flebi ile iki ayrı seansta rekonstrüksiyonu yapıldı.

Sonuç: Yanık hastalarında ilerleyen süreçlerde eklem kontraktürleri gelişebilmektedir. Özellikle elektrik yanıklarında ardışık eklemlerde kontraktürler gelişebilmekte ekstremitenin kullanımını önemi ölçüde kısıtlamaktadır. Aksiller bölgedeki kontraktürlerde lokal rekonstrüktif seçeneklerin yetersiz kaldığı durumlarda torakodorsal arter perforatör flebi seçilebileceği gibi, serbest flep seçeneğine de başvurulabilmektedir. Hastamızda daha önceki cerrahi girişimler nedeniyle torakodorsal arter perforatorunu kaldırılacağı alanda yanık skarı ve daha greftlenen alanlar olduğu için bu seçenek elenmiştir. Her iki bölgedeki kontraktür açıldıktan sonra antekubıtal bölge için radyal artere, aksiller bölge için ise torakodorsal arter sistemine anastomozlar yapılarak her iki bölgenin rekonstrüksiyonu sağlanmıştır.

Tartışma: Yanık kontraktüründe ideal rekonstrüktif yöntem; tek basamaklı olmalı, benzer doku ile rekonstrüksiyonu sağlanmalı, tekrarlayan kontraktür gelişimine dirençli olmalı, ince esnek yapıda bir flep olmalı ve donor alan morbiditesi minimum olmalıdır. Antekübital bölge ve dirsek bölgesinin rekonstrüksiyonu kas veya kas deri flepleri ile de yapılabilir ancak bu flepler ekstra hacim oluşturacağından, estetik olamayan görüntüye sebep olabilmektedir. Fasiyokutan serbest flepler eklem kontraktürlerinin açılmasında daha iyi sonuçlar vermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Anterolateral thigh flep, kontraktür, serbest flep*

P-118
Pediatrik İmmün Yetmezliği Olan Hastada Ekstremitedeki Geniş Doku Defektlerinin Rekonstruksiyonu

Özlem Çolak, Türkay Gökeri, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak Par, İlker Üsçetin
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hastanesi

Giriş: İmmun yetmezlik hastalarında birçok komplikasyon ve farklı tedavi yöntemleri sonrası oluşan doku defektleri sebebiyle rekonstrüktif cerrahi ihtiyacı önceki senelere göre artış göstermiştir. El dorsumu ve ayak dorsumundaki doku defektleri kısıtlı seçenekler nedeni ile rekonstrüktif cerrahide zorlayıcı alanlardandır. Açık eklem kapsülleri, ekspozetendonlar ve kemikler, sıyrılmış periostu olan el ve ayak doku defektlerinde ideal seçenek çeşitli flepler ile örtülmesi olabilir. Takibi yapılan bu hastalarda daha sonraki dönemlerde fonksiyonel ve kozmetik olarak tatmin edici sonuçlar elde edilir. El ve ayak dorsumu cildininlaksisitesinin yetersiz olması, tendon ve kemik yapılarının kolayca ekspoze olması ve ödeme yatkınlık gibi sebepler; greft ile örtülme seçeneğini ortadan kaldırır. Seçilecek olan flebin iyi bir vasküler kaynağı olmalı, kabul edilebilir bir fonksiyonel ve estetik sonuç sağlamalı ve hastanın ayakkabı giymesine engel olmamalıdır. Bu vakada, ALL hastasının el ve ayak dorsumundaki doku defektlerinin Serbest gracilis ve radial ön kol flepleri ile kapatılması anlatılıyor.

Olgu Sunumu: 14 yaşında erkek hasta, B-ALL tanısı almış, daha sonra tedavi sırasında ekstravazasyon sonrası sol el dorsumu ve sol ayak dorsumundapürülan akıntısı

mevcut olan büllöz lezyonlar oluşması üzerine tarafımıza danışıldı. Hastanın oluşan büllöz lezyonları lokal aspirasyon vedebridman sonrası yaklaşık 1 ay boyunda pansuman ile takip edildi. Alınan kültüründe Salmonellaüremesi sonrası uygun antibioterapi tedavisi aldı. Lezyonların derinleşip genişlemesi sonrası nekroze doku defekti alanlarının oluşması üzerine hastanın operasyonları planlandı. Hastanın 1. seans yapılan operasyonunda sol ayak dorsumu ve sol el dorsumundapürülan akıntısı olan lezyonların devitalize ve nekrotik doku alanları eksize edilip,debridmanı yapıldı. Doku biyopsisi ve yara kültürleri alındı. Kültür ve biyopsi sonuçlarında üreme olmadığı teyit edilen hastanın 2. seans operasyonu için planlama yapıldı.Antibiyoterapi ve debridman sonrası sol ayak dorsum ve sol el dorsumda doku defektleri oluştu. Sol el dorsumda oluşan doku defektiiçin reverseradial ön kol flebi ile onarımı yapıldı. Flepdonöralanı kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Aynı seansta sol ayak dorsumda bulunan doku defektinin 2. kez debridmanı yapıldıktan sonra,oluşan doku defekti alanın serbest grasiliskas flebi ile onarımı yapıldı. Kas flebi üzeri kısmı kalınlıkta deri grefti ile örtüldü.

Tartışma ve Sonuç: İmmun yetmezliği olan hastada oluşan büllöz lezyonların lokal enfeksiyonu sonrası rekonstrüksiyon gerektiren doku defekti oluşumu izlenmiş olup, hastanın immun yetmezlik durumunu göz önünde bulundurup aynı zamanda iki farklı ekstremitede mevcut olan doku defektlerinin aynı seansta kapatılması için en uygun, disseksiyonu en kolay, hasta ve cerrah açısından cerrahi yükü ve stresi en az olan radial ön kol flebi ve grasilisflebi tercih edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Radial arter ön kol flebinindisseksiyonun kolay olması, elin tendinöz yapılarına iyi bir kayma yüzeyi sağlaması ve elin değişik bölgelerindeki defektlerderekonstrükstif amaçlı kullanabilmesi nedeniyle bu vakada iyi bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz. Grasilisflebi, alt ekstremitedegüçsüzlüğe sebep olmayacak, vasküler açıdan zengin,kolay disseke edilen ve büyük doku defektlerinde kullanılabilen bir flep olduğundan bu vakada kullanıma uygun olduğu düşünüldü. Hem elin hem de ayağın rekonstrüksiyonunda fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiş olup, donör alanlarda önemli bir morbidite görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: *grasilis flebi, radial ön kol flebi, immun yetmezlik hastası*

P-119
Nadir bir yanık nedeni olarak incir

Merve Aslan Akdoğan, Hatice Gözde Muratoğlu, Oğuzhan Palabıyık, Sebat Karamürsel
Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Fitofotodermatit literatürde fotosensitize bazı maddeler içeren bitkiler ile temas sonrası UV ışığına maruz kalma sonucu oluşan durum olarak tanımlanır. Furocoumarin (psöralen) ise bu maddelerden en önemlisi olarak tanımlanmıştır. Furocoumarin içeren bazı bitkilere limon, kereviz,incir,yabani havuç,maydanoz örnek verilebilir. Selülit, mantar enfeksiyonu veya allerji ile karışabildiği için bu tür fitofotodermatit vakalarının ayırıcı tanısının tam olarak yapılabilmesi önem taşımaktadır. Posterde kliniğimize incir yaprağı ile temas sonrası 1. derece yanık, derin ve yüzeyel 2. Derece yanıkları olan 3 vakanın tartışması yapılmıştır. İncir, bitki olarak özellikle yaprağı ve sapında bulunan özsuyunda yoğun potent furocoumarin içeren bir yapıdadır. Temas sonrası 24 saatteki ilk semptomlar yanma hissi, ağrı, kaşıntılı eritem, ödemdir.

Olgu: Kliniğimize başvuran 35 yaşında bir erkek hasta(olgu 1), 55 ve 30 yaşında 2 kadın hastadan(olgu 2 ve 3) oluşmaktadır. Hastalar akraba olmakla birlikte olgu 1 ve 2 kliniğimizde tedavi almış olup olgu 3 yaşadığı yerde tedavi görmek istediğini belirterek kliniğimize yatışı kabul etmemiştir. Hastalarda alınan anamneze göre; varis tedavisi için medikal olmayan kaynaklardan edindikleri öneriler doğrultusunda topladıkları incir yapraklarını kaynatıp soğuttuktan sonra bilateral alt ekstremitelerine uygulamışlardır. Yaklaşık 30 dakika bekleme süresi sonrası incir yapraklarını kaldırmışlar ve uygulanan alanı durulamamışlardır. İşlemden yaklaşık 30 dakika sonra deniz kenarına giderek güneşlenen hastalarda ilk semptom yanma hissi, kaşıntı ve kızarıklık olmuştur. Tarafmıza bilateral alt ekstremitelerde yoğun, sirküler ve başta keskin sınırlı (mevcut sıvının uygulanan alanda akarak dağılması sonucu eritemli yolaklar oluşturarak) eritemli, 1. Ve 2. Derece yanık alanlar ile başvurdular. Hastaların bilateral alt ekstremitelerde oluşan gerginlik ve ağrı nedeniyle yürümekte zorlandıkları görüldü. Bilateral alt ekstremitelerde kıl köklerinin etkilenmediği görüldü. İlk yatış sonrası uygun miktarda hidrasyon hesaplanarak oral ve parenteral sıvı tedavisi başlandı. Hastalara beslenme desteği olarak enteral ürün başlandı. Günlük bol pomadlı pansuman ve uygun miktarda analjezik ile takip edildi. Takipler sonucu anamnezinde daha fazla güneşe maruz kaldığı öğrenilen olgu 1 in daha fazla etkilendiği görüldü. Günlük debridman ve yıkama yapıldı. Olgu 2 nin yanık alanları tedavisinin yaklaşık 10. gününde iyileşme eğiliminde görülürken olgu 1 in yanık alanlarının derinleştiği görüldü. Tedavisinin 4. gününde resimde görülüğü gibi olan yanık alanları pansuman ile takip edildi ve 21. Günde olgu 1 ayaktan poliklinikte takip edilmek üzere taburcu edildi. Takipler sonucu yanık alanlarının hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği gözlendi.

Tartışma: Birçok bitki fitofotodermatit yapan içeriği sahip olmakla birlikte ülkemizin coğrafik özelliği dolayısı ile incir yaprağı sık karşılaşılan ajanlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle güneş ışığının bol olduğu sıcak iklimde yetişmesi, inciri fitofotodermatitin major ajanlarından biri yapmaktadır. Özellikle yaz ve bahar aylarında daha çok psörolen içermesi bu dönemde daha irritan olmasına neden olmaktadır. Yaprağında ve sapında bulunan özsuyu reaksiyona sebep olan en potent kısmıdır. Literatürde Bazı yazarlar tarafından IL 1 ve TNF alfa gibi akut faz proteinlerinin sentezlenmesinin UV A'ya maruziyet sonrası oluşan hiperreaktivite cevabını açıkladığı belirtilmiştir. Bu süreç semptomların başlaması ve ilerlemesindeki gecikmeyi açıklamaktadır. Bu nedenle bazı yazarlar tarafından günlük pansuman ve analjezinin yanında bu inflamasyon ve hiperreaksiyon sürecinin yavaşlatılmasını sağlayacak olan topikal ve veya sistemik steroidlerin tedaviye eklenmesi gerektiği savunulmuştur. Kliniğimize başvuran vakaların tedavisinde steroide gerek görülmemiştir.

Sonuç: Toplumda bu tür fitofotodermatite neden olan bitkilerin endemik olduğu bölgelerde olası yanık nedenleri arasında incir yanığı düşünülmeli ve anamnezde sorgulanmalıdır. Vakalar kliniğimize belirgin öykü ile başvurdukları için muhtemel ajan kolay tahmin edilebilmiştir ancak belirgin öyküsü olmayan hastalarda impetigo, alerji, mantar enfeksiyonu, lenfanjit ile ayırcı tanı yapılmalıdır.

Bu tür fotodermatite neden olan bitkiler ile temas konusunda yeterli bilinçlendirme yapılmalı ve özellikle incir ile temas ederken eldiven, uzun kollu kıyafetler, uzun pantolonlar giyilmesi önerilmelidir

Anahtar Kelimeler: *yanık, fitofotodermatit, incir*

4. gün

P-120
Alt Ekstremitenin Avülziyon Tipi Yaralanmalarında Subtotal Ampute Cilt Flebinin Tam Kalınlıkta Deri Grefti Olarak Kullanımı

Zeynep Altuntaş, Hayri Ahmet Burak Nurşen, Selçuk Münür Kendir, Mecid İsmayilzade
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Alt ekstremitede travma sonucu meydana gelen yumuşak doku defekti rekonstrüktif cerrahların sık karşılaştığı ve bazen zorlayıcı olabilen durumlardan biridir. Alt ekstemitenin ince ve esnemeyen yumuşak doku yapısından dolayı küçük defektler bile problem haline gelebilir[1]. Avülziyon tipi yaralanmalar alt ekstremitede en sık karşılaşılan yumuşak doku yaralanmalarıdır[2]. Yumuşak doku rekonstrüksiyonunda rekonstrüksiyon merdivenine göre farklı yöntemler ile doku defektleri onarılabilmektedir. Cilt grefti ototransplantasyonu açık yaraların kapatılmasında kullanılan vazgeçilemez yöntemlerden biridir. Cilt greftleri birçok açık yaranın kapatılması için kullanılabilmekte olup kompleks yaralanmalarda ise yetersiz kalmaktadır[3]. Bu bildiride kendi kliniğimizde tedavi ve takibi yapılmış olan bir bir alt ekstremite avülziyon yaralanması hastasına uygulanan tedavinin sunulması amaçlanmaktadır.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta çapa motoru ile meydana gelmiş, tibia orta 1/3 lateralinde, tibianın bir kısmını ekspoze bırakan, subtotal cilt amputasyonu içeren yumuşak doku defekti bulunan bir yaralanma sonrası acil serviste görüldü. Hastanın yapılan fizik muayenesinde subtotal ampute olan cilt flebinin distalinde dolaşım olmadığı görüldü. Hasta yaranın kapatılması amacıyla acil operasyona alındı. Operasyonda subtotal ampute olan cilt flebi pedikülünden ayrılmadı ve dolaşım bulunmayan distal kısım inceltilerek tam kat deri grefti haline getirildi. Flebin proksimal kısmıyla ekspoze kemik üzeri örtüldü greft haline getirilen distal kısım ile de yumuşak doku üzeri örtülerek yara onarımı tamamlanmış oldu. Hastanın taburculuk sonrası takiplerinde herhangi bir komplikasyonla veya ek şikayetle karşılaşılmadı.

TARTIŞMA: Avülziyon tipi yaralanmalar rekonstrüktif cerrahların en sık karşılaştığı yaralanma türüdür[2]. Pretibial bölge yaralanmaları erişkinlerde sık görülen yaralanmalar olup genellikle viabilitesini kaybetmiş bir cilt flebini geride bırakan yaralanmalardır. Bacak anteriorundaki cilt altı yağ dokunun yetersiz olması ve yaşlandıkça cildin incelmesi bu bölgeyi travmalara karşı hassas kılar. Bu yaralanmalarda tedavi seçenekleri genel olarak primer kapatma, travmatize cilt flebini incelterek tam kat deri grefti şeklinde eski yerine iade edilmesi ya da debridman sonrası cilt grefti ototransplantasyonu ile onarım yapmaktır. Debridman sonrası cilt greftiyle onarım yapmak hastada yeni bir yara oluşturmak anlamına gelmektedir[4]. Avülzyon yaralanmaları sonucu oluşmuş ampute cilt flebinin inceltilerek tam kalınlıkta deri grefti olarak kullanılmasının literatürde örnekleri mevcuttur. Bu yöntemle hastadan vücudun başka yerinden cilt grefti alınmasına gerek kalmamaktadır ve yeni bir yara oluşturulmaz böylece donör alan problemleriyle de karşılaşılmamış olur[2]. Hastamızda avülziyon tipi yaralanma sonucu subtotal ampute olmuş cilt flebinin bir kısmını incelterek tam kalınlıkta deri grefti halinde yumuşak doku defekti onarımını gerçekleştirmiş olduk. Böylece vücudun başka bir yerinden cilt grefti alınmasına gerek kalmadığından greft donör alanında rastlanabilecek olası problemlerle de karşılaşılmamış oldu. Ayrıca bu yöntemle hızlı bir rekonstrüksiyon yapıldı ve hastanede yatış süresi de kısalmış oldu.

SONUÇ: Avülziyon tipi yaralanmalar sık karşılaşılan yaralanmalardır. Yaranın tedavisinde çeşitli seçenekler mevcuttur. Subtotal ampute cilt flebinin inceltilerek tam kalınlıkta deri grefti halinde yara yerine iade edilmesi bu tedavi seçenekleri arasında değerlendirilebilir. Bu seçeneklerden hastaya ek problemler yaşatmayarak en iyi sonucu elde etmenin ön planda düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz. Avülze olmuş cildin bu amaçla greft olarak kullanılmasının uygun hastalarda diğer tedavi seçenekleri arasında alternatif bir seçenek olarak değerlendirilebileceğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR
1) AlMugaren FM, Pak CJ, Suh HP, Hong JP. Best Local Flaps for Lower Extremity Reconstruction. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2020;8(4):e2774. Published 2020 Apr 30. doi:10.1097/GOX.0000000000002774
2) Naalla R, Singhal M. A simple turnover technique to harvest skin graft from the avulsed skin. BMJ Case Reports. 2017 Oct;2017. DOI: 10.1136/bcr-2017-222784.
3) Ruka Shimizu, Kazuo Kishi, "Skin Graft", Plastic Surgery International, vol. 2012, Article ID 563493, 5 pages, 2012. https://doi.org/10.1155/2012/563493
4) James Southwell-Keely, John Vandervord, "Mobilisation versus Bed Rest after Skin Grafting Pretibial Lacerations: A Meta-Analysis", Plastic Surgery International, vol. 2012, Article ID 207452, 6 pages, 2012. https://doi.org/10.1155/2012/207452

Anahtar Kelimeler: *Alt ekstremite, avulziyon tip yaralanma, tam kalınlıkta deri grefti*

Resim 1

a- hastanın avülziyon tipi yumuşak doku yaralanması, b- hastanın travma sonrası dolaşım bulunmayan subtotal ampute olmuş cilt flebi, c- flebin dolaşım bulunmayan kısmının inceltilip tam kalınlıkta deri grefti olarak hazırlanmış hali, d- yaranın ameliyat sonundaki durumu

P-121
Pulmoner Emboliye Neden Olan Dev Lipom: Olgu Sunumu

Süleyman Köken, Murat Tüzüner, Ersin Akşam
Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

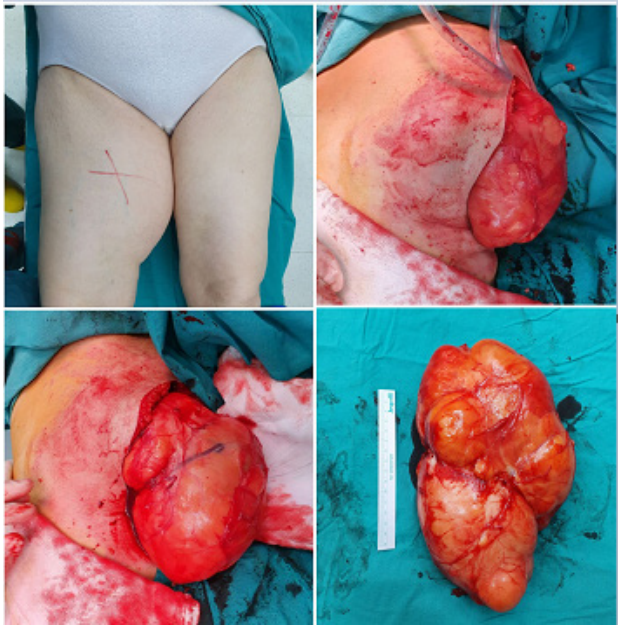
Pulmoner Emboliye Neden Olan Dev Lipom: Olgu Sunumu Giriş: Lipomlar; Subkutan yağ dokusundan köken alan, benign olan, yavaş büyüme gösteren ve genellikle de ağrısız olan yumuşak doku kaynaklı tümörlerdir(1). Lipomlar insan vücudunun birçok bölgesinde görülebilmektedir(2). Lipomlar yumuşak doku tümörleri içerisinde en sık görülenlerdir ve çok büyük bir kısmı iyi huyludur. Nadiren de olsa sarkoma dönüşebilecekleri her zaman akılda tutulması gereken bir durumdur(3). Çeşitli boyutlarda görülebilen lipomlar klinikte sıklıkla mobil, ağrısız, subkutan, yumuşak kıvamlı ele gelen kitleler olarak kendini göstermektedirler. Hastaların şikayeti genellikle kozmetik kaygılar nedenli olmakla birlikte özellikle ekstansör yüzlerde bazen ağrı şikayetleri de olmaktadır. Çok az bir kısmı hastalar için önemli sorunlar yaratabilecek kadar büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Bir lipomun "dev lipom" olarak adlandırılabilmesi için en az bir boyutunun 10 cm'den büyük olması ya da ağırlığının en az 1000gr ağırlığında olması gerekmektedir. Bu olgu sunumunda amaç; hastanemiz acil servisine solunum güçlüğü ile başvuran ve yapılan taramalarında sağ uyluk iç yüzünde dev lipom tespit edilen bir vakanın takdim edilmesidir.

Vaka takdimi: 68 yaşındaki kadın hasta, ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile yakınları tarafından acil servisimize getirilmiştir. Hastanın yapılan kan testlerinde d-dimer testi yüksek saptanmıştır ve çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde pulmoner emboli teşhisi konulmuştur. Göğüs hastalıkları kliniğine interne edilen ve pulmoner emboli tedavisi başlanan hastanın; sağ alt ekstremitesinde çap ve ısı artışı görülmesi üzerine yapılan renkli doppler ultrasonda derin ven trombozu tespit edilmiştir. Yapılan ultrason sırasında sağ uyluk iç yüzünde femoral vene baskı yapan bir yumuşak doku kitlesi görülmüştür. Derin ven trombozuna bu kitleye bağlı oluşan venöz stazın neden olduğu anlaşılmıştır. Kitlenin araştırılmasına yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde kitlenin belirgin bir şekilde femoral vene bası yaptığı görünmekle birlikte invazyonu hakkında net bir yorum yapılamamıştır. Malignite şüphesiyle yapılan tüm vücut taramalarında herhangi bir metastaz tespit edilememiştir. Kalp ve damar cerrahisine konsülte edilen hastaya ortak operasyon planlanmış ve invazyon saptanması durumunda femoral venin kitle ile birlikte çıkartılan bölümüne damar grefti ile onarım düşünülmüştür. Genel anestezi altında yapılan operasyonda kitlenin sınırlarının çapı boyunca yapılan insizyon sonrası kitle künt diseksiyon ile öncelikle çevre dokulardan ayrılmış ve femoral ven komşuluğuna gelinmiştir. Eksplorasyonda gözle görülen invazyon olmayıp dikkatlice yapılan diseksiyon sonrasında kitle tek parça olarak çıkartılmıştır. Kitlenin boyutları 27*14*10 cm ve ağırlığı 1.150 gr olarak ölçülmüştür. Kitlenin patolojik incelemesinde malignite saptanmamış olup lipom olarak sonuçlandırılmıştır. Postoperatif takipleri sorunsuz geçen hasta taburcu edilip poliklinik takibine alınmıştır. Şu an postoperatif 11. ayında olan hastada komplikasyon, nüks ve ya malignite bulguları gelişmemiştir.

Sonuç ve Tartışma: Sunulan vakada kitlenin preoperatif değerlendirmesinde malignite net olarak ekarte edilememiş ise de operasyon sonrası yapılan patolojik incelemelerde malign progresyon görülmemiştir ve hastanın takiplerinde komplikasyon, nüks ve ya malignite bulguları gelişmemiştir. Toplumda prevalansı %1-2 civarında olan, genellikle yavaş büyüme gösteren ve iyi huylu yumuşak doku tümörleri olan lipomlar vücudun her yerinde görünmekle birlikte en sık gövdede ve ekstremitelerde görünür. Genellikle subkutan yerleşimli olan lipomalar, özellikle ekstremitelerde kaslar arasında ve ya iç organlarla ilişkili farklı yerleşimlerde de olabilirler. Bu tarzdaki atipik ve gizli yerleşimdeki lipomlar tespit edilinceye kadar çok büyük boyutlara ulaşabilirler. Tabii ki lipomların en önemli probleminin kozmetik sorunlar olması ile birlikte; çevre dokulara yaptığı bası ile ilgili ağrı, uyuşukluk, venöz göllenme gibi semptom ve bulgulara da neden olabilmektedirler. Ayrıca göz önünde bulundurulması gereken diğer önemli kriter de malignite durumudur(3). Bu hastalarda malignite şüphesi varsa operasyon öncesi ultrason, kontrastlı bilgisayarlı tomografi ve ya manyetik rezonans görüntülemeleriyle birlikte ince/kalın iğne biyopsisi ile patolojik değerlendirme yapılması akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *derin ven trombozu, lipom, pulmoner emboli*

r e s i m 1



kitlenin preoperatif ve intraoperatif görüntüleri

P-122
1. Dorsal Metakarpal Arter Flebi ile Başparmak Rekonstrüksiyonu

İlker Uyar[1], Serhat Yarar[2], Mehmet Emin Cem Yıldırım[3]
[1]Tokat Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Tokat
[2]Konya Numune Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya
[3]Bilecik Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bilecik

Giriş: Başparmak yaralanmaları, yaralanmanın ciddiyetine göre el fonksiyonlarında ciddi morbidite oluşturan yaralanmalardır. Travmanın büyüklüğüne göre lokal işlemlerden karmaşık mikrocerrahi yöntemlere uzanan birçok rekonstrüksiyon metodu tanımlanmıştır. Bu çalışmada başparmakta yaralanma ile başvuran ve 1. dorsal metakarpal arter flebi(DMAF) ile onarım yapılan 2 hastanın sunumu amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: İlk vaka 70 yaşında erkek hasta, sağ el 1. parmak distal falanksında römork altında ezilme sonrası crush yaralanma ile başvurdu. Yapılan muayenesinde izole yumuşak doku hasarı saptandı, kemik dokuda patoloji yoktu. Başparmak boyunun korunması için DMAF ile rekonstrüksiyon planlandı. Hastaya genel anestezi altında debridman ve 1. DMAF ile rekonstrüksiyon uygulandı. Flep donör alanı deri grefti ile rekonstrükte edildi. Diğer vaka 43 yaşında erkek hasta, sol el 1. parmak distalinde elektrikli testere ile yaralanma sonrası degloving tarzı amputasyon ile başvurdu, amputat mevcut değildi. Muayenesinde distal falanks yumuşak dokusu pulpa tarafında total ampute idi, kemik dokuda patoloji yoktu. Başparmak uzunluğunun korunması bu hastada da amaçlandı. Hastaya genel anestezi altında debridman ve 1. DMAF ile rekonstrüksiyon uygulandı. Flep donör alanı deri grefti ile rekonstrükte edildi. Her iki hastanın da takiplerinde bir problem saptanmadı, hastalar sorunsuz iyileşti.

Tartışma: Rekonstrüktif cerrahi pratiğinde kemik, tendon, nörovasküler pedikül gibi yapıların açıkta olduğu yumuşak doku defektlerine sıklıkla rastlanılmaktadır. Bu defektlerin onarımları ile ilgili birçok flep tariflenmiştir1. Parmaktaki defektlerin onarımında hedef; pulpayı korumak, kontraktürleri önlemek, duyusal inervasyonu sağlamak ve kabul edilebilir bir estetik sonuca ulaşmaktır. Plananan rekonstrüksiyonda defektin boyutu ve seviyesi önemlidir2. DMAF ilk olarak Earley ve Milner tarafından tanımlanmıştır, ardından Maruyama ters akımlı DMAF tariflemiştir. Sonrasında bu flepler üzerinde çeşitli modifikasyonlar tanımlanmıştır3. Klasik DMAF tarifinde pedikül, sıklıkla dijital veb aralığında dorsal arteryel sistemle birleşen en büyük palmar perforatördür. Bu fleple parmak proksimal ve orta kısmında yer alan defektler rahatlıkla onarılabilmektedir. Daha distaldeki defektler çin Pelissier ve ark genişletilmiş ters akımlı DMAF tanımlamıştır. Bu fleple daha distalde yer alan defektlerin onarılması hedeflenmiştir4. Biz hastalarımızda klasik DMAF kullandık, flebin defekte ulaşmasında defektin kapanmasında herhangi bir problemle karşılaşmadık. Ters akımlı planlanan fleplerde operasyon sonrasında venöz konjesyon gözlenebilir. Bu konjesyon, yaklaşık 1. hafta civarında azalmaya başlar. Venöz konjesyonun bir diğer nedeni de pedikülünün basıya uğramasıdır. Bu durum; flep pedikülünün defekt uzanırken tünel altından geçirilmesi sonrası ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda tünel altından pedikülü geçirmek yerine pedikül üzerinin greftlenmesi, konjesyonu önleyebilir5. Biz hastalarımızda pedikülü tünel altından geçirdik, herhangi bir konjesyonla karşılaşmadık.

Sonuç: Sonuç olarak başparmakların, diğer parmaklarla karşılaştırıldığına el fonksiyonlarının çok büyük bir kısmını üstlendiği unutulmamalıdır. Bu bağlamda başparmak yaralanmalarında parmak uzunluğunun korunması için azami çaba sarfedilmelidir.

Kaynaklar
1. Nuzumlali ME, Ozturk K, Bayri O, Cepel S, Gurbuz C. The versatile reverse-flow digital artery cross-finger flap. Tech Hand Up Extrem Surg 2007;11(4):259-61.
2. Lee YH, Baek GH, Gong HS, Lee SM, Chung MS. Innervated lateral middle phalangeal finger flap for a large pulp defect by bilateral neurorrhaphy. Plast Reconstr Surg 2006;118(5): 1185-93.
3. Maruyama Y. The reverse dorsal metacarpal flap. Br J Plast Surg 1990;43(1):24-7.
4. Pelissier P, Casoli V, Bakhach J, Martin D, Baudet J. Reverse dorsal digital and metacarpal flaps: a review of 27 cases. Plast Reconstr Surg 1999;103(1): 159-65.
5. Gregory H, Heitmen C, German G. The evolution and refinements of the distally based dorsal metacarpal artery (DMCA) flaps. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007;60(7):731-9.

Anahtar Kelimeler: *başparmak, rekonstrüksiyon, flep, dorsal metakarpal arter*

figür

hastaların preoperatif-intraoperatif-postoperatif görüntüleri

P-123
Alt Extremite Rekonstrüksiyonunda Gastrokinemius Flep Seçimi

Musa Burak Çatalkaya, Emrah Patat, Batuhan Aksoy, Ersin Akşam
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hatanesi

Amaç: Primer kapamaya veya greft ile rekonstrüksiyona uygun olmayan kururis defektleri rekonstrüksiyonu için gastroknemius kas flebi ve muskulokutan flebi sıkça kullanılmaktadır. Amacımız vaka takdimleri eşliğinde bu flepleri birbirleri ile kıyaslamaktır.

Materyal-Metod: Pubmed ve Google scholar dan 'gastrocnemius muscle flap', 'gastrocnemius musculocutaneous flap' ve 'gastrocnemius flap' kelimesinde yapılan aramalardan ulaşılan güncel makaleler değerlendirildi. Kendi yapmış olduğumuz gastroknemius muskuler ve muskulokutan flepler ile olgu sunumu şeklinde işlendi. Sık kullanılan bu flepleri birbirleri ile kıyasladık. Birbirlerine avantajları, dezavantajları, komplikasyon oranları, donör saha morbiditeleri, flep viabiliteleri açısından kıyasladık.

Olgu 1: Otuzdokuz yaşında kadın hastaya 13 yıl önce sol alt ekstremitede dev hücreli kemik tümörü eksizyonu sonrasında diz protezi uygulanmış. Hasta metallozis

nedeni ile ortopedi branşınca seri debridman yapılmış. Tarafımıza tibia anteriorundaki kemik çimentosu ekspoze defektin rekonstrüksiyonu için danışılan hastaya medial gastroknemius muskuler flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Flep üzeri aynı ekstremiteden alınan kısmi kalınlıkta greft ile onarıldı. Hastada erken postoperatif ve postoperatif ikinci hafta kontrollerinde herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Olgu 2: Ondokuz yaşında erkek hasta, iki ay önce trafik kazası sonrası sağ tibia kırığına yönelik açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulanmış. Sağ tibia bölgesinde plak vida ekspoze hastanın, plak vidalarının çıkartılarak eksternal fiksasyon yapılması sonrası tarafımızca gastrokinemius muskulokutan flep ile rekonstrüksiyon yapıldı. Donör saha kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Hastada erken postoperatif ve geç postoperatif herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Sonuç: Muskulokutan ve muskuler flep seçenekleri arasında belirgin komplikasyon farkı bildirilmemiştir. Fakat proksimal kururis, patella ve distal femur seviyesindeki defektlerde, muskuler flebin uzunluğu defekt alanına yetişmediği durumlarda muskulokutan flebin distal cilt adası kas flebinden daha uzun biçimde flebe dahil edilerek defektin kapatılması mümkün olabilmektedir1. Muskulokutan flepler cilt altı dokuyu da barındırdığı için kontur deformitesine sebep olabilmektedir. Özellikle obez hastalarda mümkün ise muskuler flep seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır. 1,2

Kaynakça:
1. Grabb's Encyclopedia of Flaps Upper Extremities, Torso, Pelvis, and Lower Extremities, Chapter 507 (CLINICAL RESULTS)
2. Kroll, Stephen S. M.D.; Marcadis, Abraham M.D. Aesthetic Considerations of the Medial Gastrocnemius Myocutaneous Flap

Anahtar Kelimeler: *gastrokinemius flep, alt ekstremite rekonstrüksiyonu, gastroknemius kas flebi, gastroknemius muskulokutan flebi*

Olgu1

P-124
Nadir Gözlenen Skrotal Defekt Etiyolojisi: Köpek Isırığı

Emin Kapı[1], Burak Karataş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Yüreğir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana

Giriş: Genellikle kırsal bölgelerde hayvan ısırıklarına bağlı yumuşak doku yaralanmalarına zaman zaman rastlanmaktadır. Özellikle köpek, kurt, at, eşek, kedi gibi hayvanların herhangi bir nedenle saldırması sonucunda bu yaralanmalar karşımıza çıkabilmektedir. Sıklıkla yüz, baş-boyun, burun, kulak, el, bacak gibi vücut bölgeleri, etkilenen alanlar arasındadır. Eksternal genital organların hayvan ısırığı sonrası travmaya maruz kalması, oldukça nadir gözlenen bir durumdur. Bu bölgedeki köpek ısırığı yaralanmaları, hem köpeğin ağız florasındaki bakteri yoğunluğu, hem de genital bölgedeki bakteriyel floranın enfeksiyona zemin hazırlama potansiyeli nedeniyle, iyi yönetilmesi gereken klinik durumlardan biridir. Genital bölgede oluşan köpek ısırıklarına bağlı doku defektleri, major enfeksiyon oluşması halinde yüksek morbidite riski taşır, hatta hayatı tehdit edebilen problemlere yol açabilir. Köpek ısırığının tedavisinde standart bir protokol mevcut değildir. Belli başlı uygulamalar arasında yeterli debridman, yara bakımı, gerekli olgularda eksploratif cerrahi sayılabilir. Profilaktik antibiyoterapi ve cerrahi zamanlama konusunda bazı tartışmalar mevcuttur. Geleneksel klasik yaklaşımda yaranın erken dönemde kapatılmayıp, yara bakımı ile takip ve sonrasında uygulanan gecikmiş onarım, tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak günümüzde bu konu ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Son zamanlarda çoğu cerrah, geleneksel yaklaşımın aksine; erken cerrahi kapamayı savunmaktadırlar. Bu çalışmada, köpek ısırığına bağlı olarak gelişen skrotal defekt olgusunda uyguladığımız tedavi algoritması, literatür verileriyle karşılaştırılarak sunulmaya çalışılmıştır.

Olgu: 45 yaşında olgu vahşi köpek saldırısı sonucu skrotal doku kaybı ile acil servise başvurdu. Olgunun anamnez ve muayenesinde herhangi bir sistemik problemi saptanmadı. Olgunun son 5 yıl içerisinde tetanoz aşısı yaptırmamış olduğu öğrenildi. Genital incelemede bilateral skrotal sahada defekt, ödem ve hematom alanları saptandı. Defektten sızıntı tarzında kanama mevcuttu. Bilateral testis ve sağ spermatik kord ekspozisyonu mevcuttu. Hasta başvurudan sonraki ilk 24 saat içerisinde cerrahi müdahaleye alındı. Olguya spinal anestezi altında yara temizliği ve rekonstrüktif prosedür uygulandı. Öncelikle, yara yeri doku kültürü alındı. Daha sonra profilaktik parenteral ampisilin sulbaktam tedavisi başlandı. Saldıran köpek sahipsiz ve başıboş olduğu için yakalanamadı ve bu nedenle gözlem altında tutulamadı. Köpeğin evcil olmaması ve olgunun son 5 yılda tetanoz aşısı yaptırmamış olması nedeniyle, olguya tetanoz ve kuduz profilaksisi uygulandı. Bulgular: Takip sürecinde yara yerinde lokal ya da sistemik enfeksiyon belirtisi gözlenmedi. Yapılan yara yeri doku kültüründe staphylococcus aureus saptandı. Postoperatif 3. günden sonra oral antibiyoterapiye geçilip tedavi 10 güne tamamlanacak şekilde planlama yapıldı. Olguda takip döneminde tetanoz ya da kuduz enfeksiyonunu düşündürecek herhangi bir bulgu gözlenmedi. Olguya uygulanan onarım sonucunda tatmin edici sonuçlar elde edildi.

Tartışma: Evcilleştirilmemiş köpeklere bağlı saldırılar, kırsal kesimlerde vahşi hayvanlara bağlı yaralanmaların en sık nedenlerini oluşturmaktadır. ABD'de her yıl

1-2 milyon insan hayvanlar tarafından ısırılmaktadır ve bunların büyük çoğunluğunu köpek ısırıkları oluşturmaktadır. Etkilenen vücut bölgeleri genellikle yüz, baş-boyun, kulak, burun, el ve bacak gibi alanlardır. Bizim olgumuz nadir gözlenen bir lokalizasyonda gözlenmesi bakımından oldukça ilgi çekici özelliktedir. Özellikle cildin gevşek olduğu vücut bölgelerinde köpeğin dişleri avülsiyona yol açabilmektedir. Eksternal genital yaralanma da benzer şekilde küçük cilt defektlerinden testis ya da penis amputasyonuna kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilmektedir. Olgumuzda bu nedenle skrotal gevşek cilt avülse olmuş, ancak testiküler avülsiyon oluşmamıştır. Ancak penetran yaralanma riski nedeniyle bu tür olgularda iç organlara uzanan ve muayene esnasında gözden kaçabilen yaralanmalar oluşabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu nedenle olgumuzda her iki testiküler eksplorasyona cerrahi esnasında özellikle dikkat edilmiştir. Hayvan ısırmalarında, açık yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması eski bir tedavi yaklaşımıdır. Bazı durumlarda, hastaneye geç başvuran ve buna bağlı olarak enfeksiyon gelişen, kirli ya da akıntılı yaralarda, yara bakımının ardından cerrahi rekonstrüksiyon ileri bir tarihe ertelenebilir. Ancak bu durum çok sık rastlanan bir durum değildir ve bu olgular genelde akut dönemde sağlık kuruluşuna başvururlar. Geç dönem kapama, yaranın uzun süre açık kalmasından dolayı enfeksiyona meyili arttırdığı gibi, kozmetik anlamda da kabul edilemez sonuçlar doğurabilir. Güncel yaklaşımda bu nedenlerden dolayı; yeterli debridman, irrigasyon, antibiyoterapi, tetanoz ve kuduz profilaksisi ile birlikte erken yara kapama tercih edilmeye başlanmıştır. Olgumuzda ilk müdahaleye mümkün olduğunca kısa sürede başlandı ve 20 dakika süre ile serum fizyolojik ile bol irrigasyon ve yara debridmanı uygulanıp bakteriyel yük azaltıldı ve yara yeri rekonstrüksiyona hazır hale getirildi. Defektin rotasyon-ilerletme flebiyle rekonstrüksiyonu ile de tatmin edici sonuçlar elde edildi. Köpek ısırıklarına bağlı yaralanmaların en tartışmalı konularından birisi, profilaktik antibiyotik kullanımı konusudur. Genellikle, eklem ve ekstremiteleri etkileyen yaralanma, penetran yaralanmalar, diyabet, yaşlılık, protezli ya da immünkompromize hastalara profilaktik antibiyoterapi verilmesi şarttır. Genital bakteri florası ve bu bölgenin nispeten nemli olmasından ötürü, profilaktik antibiyoterapinin bu bölgedeki yaralanmalarda da gerektiğini düşünmekteyiz. Tetanoz enfeksiyonu oldukça nadir gözlenen bir klinik durum olmasına karşın, hayvan ısırıklarında daha dikkatli olunması gerekmektedir. Genel olarak hayvan ısırığına bağlı olarak oluşan tüm defektlerin tetanoz sporuyla inoküle olma ihtimalinin olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hayvan ısırıklarından sonra profilaktik tetanoz aşısının yapılması önerilmektedir ve hayati öneme sahiptir. Eğer hasta daha önce aşılanmamışsa, 2 veya daha az primer immünizasyon yapılmışsa ya da aşının üzerinden 10 yıl geçmişse 250 IU human tetanus immünglobülin ile pasif immünizasyon gerekir. Bizim olgumuzda, önceki tetanoz aşısının üzerinden 5 yılın geçmiş olması nedeniyle, tetanoz aşısı yeniden uygulanmıştır. Kuduz (rabies) virüsü merkezi sinir sisteminde ağır defektlere yol açabilen bir zoonozdur. Hastalık semptomatik hale gelmeden önce hayvanın ağız salgısında bu virüs inoküle ve konsantre olabilir. Gelişmekte olan ülkelerde kuduzun bulaşmasında en önemli kaynak köpeklerdir. Köpek ısırıklarından sonra az oranda da olsa kuduz enfeksiyonu gelişme olasılığı mevcuttur. Ev içerisinde beslenen kedi ve köpek ısırıkları olgularında aşılama, hayvanın gözlem altında tutulduğu 10 gün sonrasına kadar ertelenebilir. Hayvan evcil değil ise human rabies immünglobülin ve human diploid hücre aşısına başlanmalıdır. Bizim olgumuzda köpek yakalanamadığı ve kaçtığı için, köpeği gözlem altında tutma şansı elde edilememiş ve olguya kuduz antiserumu ve aşı profilaksisi uygulanmıştır. Hayvan ısırığı nedeniyle oluşan yumuşak doku defektlerinin tedavisinde klasik tedavi prensipleri; yaranın irrigasyonu, debridman, tetanoz ile kuduz immünoprofilaksisi, antibiyotik tedavisi ve enfeksiyon elimine edildikten sonra rekonstrüksiyonu içermektedir. Ancak günümüzde erken akut yaklaşım, geleneksel geç dönem tedavinin yerini almış gibi görünmektedir. Son çalışmalarda cerrahi onarımın mümkün ise erken dönemde yapılması önerilmektedir. Çalışmamızda da bu prensipten hareketle, olgunun hastaneye başvurmasından kısa bir süre sonra yara temizliği ve bakımı, debridman ve profilaktik antibiyotik kullanımı ile erken dönemde onarım uygulanmıştır. Klinik tecrübemize dayanarak, hayvan ısırığı sonrasında oluşan genital defektlerde erken dönemde profilaktik antibiyoterapi eşliğinde uygulanacak rekonstrüksiyonun tatmin edici sonuçlar sağlayacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: *cerrahi tedavi, genital, hayvan ısırığı, köpek*

P-125
Fark edilmeyen nekrotik nevüs: Nadir bir SIRS nedeni

Erdem Zuhal, Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Bilsev İnce, Zikrullah Baycar
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Nevüsler epidermal ve dermal tabakadaki hücrelerin proliferasyonu ile oluşan benign lezyonlardır. Nevüslerin sayısı, rengi ve diğer karakteristik özellikleri kişiden kişiye değişmekte olup en sık görülen tip intradermal tip olarak bilinmektedir.[1] İntradermal nevüsler nodüler veya polipoid görünümlerde prezente olup genellikle çapları 5 mm'den küçüktür.[2,3] Polipoid yapıdaki lezyonlar lokalizasyonları gereği sıklıkla travma ve sürtünmeye maruz kalarak hastalarda kanama, kaşıntı ve diğer irritasyon bulgularına neden olabilmektedirler.[4] Polipoid nevüslerin tedavisi genellikle cerrahi yöntemle traşlama (shave biyopsi) veya eksizyonel biyopsi şeklinde olup, elektrokoterizasyon ve kriyoterapi de diğer tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Normal koşullarda herhangi nevüs alt tipine bağlı enfeksiyon beklenmese de, populasyonda artma eğiliminde olan kendi kendini tedavi etme ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımıyla inflamatuar süreç tetiklenebilmektedir. Bu çalışmada sırt bölgesinde biriken saç tellerine bağlı boğulup nekrozla sonuçlanan nevüs nedeniyle tedavi edilen olgumuzu sunmayı hedefledik.

Olgu sunumu : Yüksek ateş ve kanda enfeksyion parametrelerinde artış nedeniyle acil servise başvuran 36 yaşında kadın hasta tarafımıza sırt bölgesinde tabanı kızarık ve multipl kıllar arasında boğulmuş lezyon nedeniyle yönlendirildi. İlk muayenesinde etrafında ve tabanda kızarıklık ve ısı artışı olan nevüsün üzerinde nekrotik ve ülsere alanları mevcuttu. (Resim A,B) Anamnezinde daha önceden mevcut bölgede var olan lezyona yönelik bilerek müdahale veya alternatif tedavi yönünde bilgiye rastlanılmadı. Mütemadiyen biriken saç kıllarının lezyon etrafında dolanmasına bağlı olarak polipoid yapıda nevüste dolaşım yetersizliğine ve devam eden süreçte nekroza neden olduğu görüldü. Başka ek patolojisi bulunmayan hastanın inflamatuar sürece olan sistemik yanıtı nekrotik ve ülsere nevüsle ilişkilendirildi. Lokal anestezi altında operasyona alınan hastanın lezyonu ülsere ve nekrotik zeminde ortaya çıkabilecek diğer kutanöz neoplazmlar da göz önünde bulundurularak geniş sınırlarla eksize edildi. Kanama kontrolu sonrasında yara yeri onarıldı. Hastaya günlük kapalı pansuman, uygun antibiyoterapi ve analjezik tedavi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonrasında sonuç intradermal nevüsle uyumlu kitlesel lezyon leyhine raporlandı. Hastanın takiplerinde herhangi komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Literatürde cilt lezyonlarına yönelik yapılan araştırmalarda populasyonda kendi kendini tedavi etme ve alternatif tedavi gibi kanıta dayalı tıp dışı yöntemlere başvurma sıklığı % 6.0 ile % 44.0 arasında değişen oranlarda bulunmuştur.[5,6] Özellikle saplı polipler veya papillomlara yönelik halk arasında oldukça yaygın olan iple bağlama yöntemi (takip eden süreçte dolaşım bozukluğuna bağlı nekroze parçanın ayrılması) olgumuzdaki spontan gelişen durumla teknik benzerlik teşkil etmektedir. Olgumuzda polipoid nevüsün biriken saç telleriyle spontan şekilde boğulması nadir karşılaşılan prezentasyon şekli olarak sunulmaktadır. İnflamasyon ve sistemik yanıt intradermal nevüslerde sık karşılaşılan durumlardan değildir. Bahsi geçen geleneksel tedavi yöntemleri dışında yıllardır var olan nevüsde ortaya çıkan inflamasyon gibi değişiklikler cilt kanserleri açısından uyarıcı nitelikte olup ihmal edilmemelidir.[7] Bizim olgumuzda da nevüs üzerindeki ülsere görünüm ve nekrotik değişikliklerin her ne kadar mekanik sebeplerden dolayı ortaya çıktığı düşünülse de, eksziyon olası malignite ihtimali göz önünde bulundurularak primer onarıma izin verecek şekilde geniş planlandı.

Sonuç: Her ne kadar var olan nevüslerin belli aralıklarla kontrolünün önemi konusunda kamu bilgilendirmeleri yapılsa da, olgumuzda olduğu gibi hasta fark edilmeyen nekrotik nevüs ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu gibi koşullarda detaylı anamnez ve nevüsün önceki durumu hakkında yeterli bilgi sahibi olmak olası maligniteler açısından önem arz etmektedir.

Kaynaklar
1- Kazikdas KC, Onal K, Kuehnel TS, Ozturk T. An intradermal nevus of the external auditory meatus. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006;263(3):253-255.
2- Weedon D. Tumors of cutaneous appendages. In: Weedon D. Weedon's SkinPathology. 3rd ed. Oxford, United Kingdom: Churchill Livingstone 2010: 710-756.
3- Mackie RM. Melanocytic naevi and malignant melanoma. in: Champion RN, Burton JL, Burns DA, Breathnach M textbook of dermatology. 6 edition. london, blackwell science 1998:1717-1752.
4- Mesbah Ardakani, Nima MD, FRCPA,†; Harvey, Nathan Tobias FRCPA*,†; Wood, Benjamin Andrew FRCPA*,† Polypoid Compound Melanocytic Proliferations: A Clinicopathological Study, The American Journal of Dermatopathology: August 2019 - Volume 41 - Issue 8 - p 578-584*
5- Padoveze EH, Nascimento LF, Ferreira FR, Neves VS. Cross-sectional descripte study of topical self-medication in a hospital dermatology department in the state of São Paulo. An Bras Dermatol. 2012;87:163–165.
6- Mouhari-Toure A, Kombaté K, Saka B, Akakpo S, Boukari OB, Pitche P, et al. Selfmedication for dermatologic conditions in Lomé, Togo. Med Trop (Mars) 2010;70:303–304.
7- Benz G, Hölzel D, Schmoeckel C. Inflammatory cellular infiltrates in melanocytic nevi. Am J Dermatopathol 1991;13:538–42

Anahtar Kelimeler: *boğulmuş nevüs, inflamatuar yanıt, nekrotik nevüs*

Resim A,B

Sırt bölgesinde biriken saç tellerine bağlı boğulup nekrozla sonuçlanan üzeri ülsere ve nekrotik nevüs

P-126
Sezeryan Sonrası Karın Ön Duvarında Pyoderma Gangrenosum, Olgu sunumu

Çağla Çiçek[1], Murat Yaman[1], Kazibe Koyuncu[2], Berkay Canbaz[1], Gaye Taylan Filinte[3]
[1]İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Pyoderma gangrenosum nadir görülen inflamatuar bir cilt hastalığı olup nedeni bilinmemektedir. Lezyonlar başlangıçta eritematöz papül olarak başlayıp sonrasında ağrılı ve giderek genişleyen cilt ülserleri olarak sonlanır. Kliniği başlatıcı bir sebep çoğu zaman tespit edilememekte ancak cerrahi sonrası ya da minör travma sonrası meydana gelebilmektedir. Olgumuzda sezeryan sonrası erken dönemde hızlı ilerleme seyreden, enfekte ve hastada genel durum bozukluğuna yol açan cilt ülserinin ayırıcı tanısında pyoderma gangrenosumun yerinin dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu : 35 yaşında kadın hasta 2. Gebeliğinde olup 38. Haftasında travayın başlaması nedeniyle acil sezeryan endikasyonu ile operasyona alınmıştır. Daha önceki sezeryan skarının hipertrofik, uzun ve geniş olması dışında anormal bir bulgu tespit edilmeyen hastanın doğumu sorunsuz gerçekleşmiştir. Postoperatif dönemde yara yerinde sorun gözlenmeyen hasta 2. Gününde öneriler ile taburcu edilmiştir. Ancak postoperatif 9. Gününde acil servise yara yerinde akıntı kötü koku, ateş olması nedeniyle tekrar başvuran hastaya nekrotizan fasiit ön tanısı ile acil yatışı yapılmış olup tarafımızdan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğince konsültasyon istenmiştir. Yara yerinde enterokok üremesi olduğu, hastanın dirençli ateşinin olduğu, beyaz küre ve CRP yüksekliğinin eşlik ettiği gözlendi. Daha önceki gebeliği dış merkezde takipli olması ve operasyonun acil planlanmış olması sebebiyle eski ameliyat notlarına ulaşılamadı ancak hastadan öğrenilebildiği kadarıyla benzer bir klinik durumun daha önce de yaşandığı öğrenildi. Kliniğin son 48 saat içerisinde gelişmesi ve hızlı ilerlemesi nedeniyle mortal olabilecek bir komplikasyon olan nekrotizan fasiit ön tanısı ile hasta tarafımızca operasyona alındı. Lezyonlara enfekte olması dolayısı ile debridman yapıldı. Kliniğin sadece cilt ve cilt altını ilgilendirdiği, fasyanın ve karın kaslarının sağlam olduğu gözlendi. Bu sebeple hastada pyoderma gangrenosum düşünülerek postoperatif dönemde dermatoloji önerisi ile steroid tedavisi başlandı. Medikal tedavi ile lezyonların ilerleme hızının yavaşlaması, yeterli granülasyon dokusu oluşması ve yara kültüründe üreme olmaması üzerine hastanın defekti alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Postoperatif dönemde sorunu gözlenmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Ameliyat sonrası ülseratif yara gelişen, standart yara bakım ve antibiyoterapiye rağmen düzelmeyen, alınan kültür sonuçları negatif olan hastalarda pyoderma gangrenozum akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi, sonrasında meydana gelecek olan skar dokusunun sınırlandırılması için çok önemlidir

Anahtar Kelimeler: *Nekrotizan Fasiit, Pyoderma Gangrenozum, Sezeryan, Vaskülit*

P-127
Sırttan Dermatofibrosarkom Protuberans Eksizyonu ve Çift Keystone Flep ile Rekonstrüksiyonu

Maide Ergen, İbrahim Tabakan, Cengiz Eser, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş-Amaç: Dermatofibrosarkom protuberans sarkomların yaklaşık% 1-2'sini oluşturan, nispeten nadir olarak görülen düşük dereceli yumuşak doku sarkomudur. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir (1). En sık yerleşim yeri gövde (% 40-60) olmakla birlikte bunu ekstremiteler takip eder (2). Bu bildiride gövde yerleşimli bir dermatofibrosarkom protuberans lezyonunun eksizyonu sonrası oluşan büyük defektin kapatılması için keystone flep tekniğini sunmaktayız.

Olgu Sunumu ve Yöntem: 43 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldır interskapular bölgede 5x5 cm boyutunda giderek büyüyen sınırları düzensiz ve üzerinde nodüller olan kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Palpabl lenf nodu bulunmayan hastanın yapılan biyopsisi dermatofibrosarkoma protuberans olarak raporlandı. 5x5 cm'lik kitle geniş marjinden spinal kaslara kadar eksize edildi ve sırtta yaklaşık 25x30 cm'lik eliptik defekt oluştu. Defektin onarımı için her iki lateralden muskulokutan perforatörler üzerinden keystone flep hazırlandı. Hazırlanan flep boyutları 37x10 cm olarak ölçüldü. Takiben fleplerin yaklaşmasını kolaylaştırmak amacıyla her iki flep kenarları yaklaşık 4 cm dekole edildi. Flepler karşılıklı süture edildi. Donör alan primer süturasyon ile onarıldı. 2 adet suction dren yerleştirildi. Post operatif erken komplikasyon gözlenmedi. Hasta dren ile 17 gün takip edildi ve 17 gün sonunda çekildi. Eksize edilen kitlenin patolojisi "Dermatofibrosarkom Protuberans cerrahi sınırlar intakt" olarak saptandı. Hasta onkolojik takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç: Dermatofibrosarkom protuberans kendini klinik olarak, kırmızı-kahverengi ile mavimsi nodüler bir kitle olarak gösterir. Yüzeyel yerleşimlidir ve asemptomatik olarak yavaş büyüme eğilimindedir(2). Dermatofibrosarkomlarda tedavi tümörün boyutuna bağlı olarak güvenli cerrahi sınır yaklaşık 3-5 cm olacak şekilde eksizyondur. Eksizyon sonrasında oluşan defektin zemini deri grefti ile onarıma uygun olmadığı durumlarda flepler kullanılmalıdır. Posterior bölgedeki defektlerde, güvenilir flep yetersizliği, azalmış elastisite ve mikrocerrahi yapılacaksa alıcı damarların uzunluğu nedeniyle onarım güç olmaktadır. Bu bölgede genellikle deri greftleri, donör alan morbiditesini azalttığı ve daha iyi bir estetik görünüm sağladığı için de lokal flepler tercih edilir(3). Çeşitli lokal flep seçeneklerinden bir tanesi de keystone fleptir. Keystone flep eliptik defektlerin kapatılmasına olanak sağlar. Bu flep dermatomal segmentler içerisindeki sinirlere eşlik eden ve longitudinal olarak dizilen (superfisiyal venler, kutanöz sinirler) muskulokutanöz ya da fasyokutanöz perforatörlere bağlıdır (4). Defektin büyüklüğü ve lokalizasyonuna bağlı olarak iki adet keystone flep kullanılabilir. Bu şekilde yaranın gerilimi diğer lokal fleplere göre daha az olmaktadır. Bu sebeplerle sırtta oluşan büyük bir defektlerin onarımında keystone flep güvenli bir seçenek olarak düşünülebilir.

Kaynaklar:
1) Belyaeva EA, Elenitsas R, Roth R, Miller C, Gelfand JM. Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) with fibrosarcomatous changes in a patient with pso- riasis treated with adalimumab. JAAD Case Reports 2015;1(5):272–3. [Inter- net]Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jdcr.2015.06.007.
2) Bhambri S, Desai A, Del Rosso JQ, Mobini N. Dermatofibrosar- coma protu- berans: a case report and review of the literature. J Clin Aesthet Dermatol 2008;1:34–6.
3) Behan FC. The keystone design perforator island flap in reconstructive surgery. ANZ J Surg 2003;73(3):112–20.)
4) Maria Eliza Nedu, IleanaRodica Matei, AlexandruValentin Georgescu Giant keystone type III perforator flaps for dermatofibrosarcoma protuberans defect reconstruction Injury, Volume 50, Supplement 5, December 2019, Pages S21-S24

Anahtar Kelimeler: *dermatofibrosarkom protuberens, keystone, gövde*

Fleplerin sütürasyonu sonrası sırtın görünümü

P-128
Nadir yerleşimli kitle: biceps brachii intramuskuler lipomu

Merve Aslan Akdoğan, Buğra İpek, Hatice Gözde Muratoğlu, Ergin Seven, Sebat Karamürsel
Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Lipom en sık yumuşak doku mezenşimal tümörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle subkutan olarak yerleşimli ve matür yağ hücrelerinden oluşan benign neoplazmlardır. Sıklıkla oval veya yuvarlak şekilli, düzenli kenarlı ve tek bir anatomik lokalizasyonda bulunurlar. Genellikle bu bölgeler sırt ve alt ekstremite olarak görülmektedir. Klinik pratikte lipomlar subkutan yerleşimli olmaları dolayısıyla fizik muayene dışında ek görüntüleme yöntemine ihtiyaç duyulmaksızın eksize edilebilmektedir. Nadiren de olsa bu benign lezyonlar daha derin yerleşimli olarak kas içinde olabilmektedir, bu durumda intramuskuler lipom olarak adlandırılmaktadır. Derin yerleşimli bu lipomların ayırıcı tanı ve tedavisinde fizik muayene dışında ek olarak MR görüntüleme kullanılmaktadır.

Olgu: Kliniğimize 55 yaşında kadın hasta sağ kol medial yüzde şişlik şikayeti ile başvurmuştur. Sorguladığımızda şişliğin 6 aydır olduğu ve son zamanlarda ağrı şikayetinin eklendiğini belirtmiştir. Fizik muayene sonrası ileri değerlendirme için MR görüntüleme yapılmış olup ön planda lipom düşünülmekle beraber sarkomatoid transformasyon ekarte edilememiştir. Hasta eksizyon ve patolojik tanı amacı ile opere edilmiş ve biceps brachii kası içerisinde çevre dokulara invaze olmadığı görülen lipomatoid lezyon görülmüştür. Patoloji sonucu intramuskuler lipom olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA: Başvuran hastaların temel şikayetleri uzun zamandır olan ve yavaş yavaş büyüyen, genellikle asemptomatik ancak ileri evrelerde zaman zaman ağrı yapan kitle varlığıdır. Ağrı genellikle çok fazla büyüyen

kitlelerin periferal sinirlere bası yapması sonucu ortaya çıkan geç semptom olarak karşımıza çıkar. Fizik muayene bulguları derin yerleşimli olması ve stromal içeriğine göre değişebilmekle birlikte genellikle yumuşak, fikse olmayan ancak kas içine yeterli invazyonu varsa kolayca da hareket ettirilemeyen kitle görünümü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bulunduğu kasa göre semptomlar değişmektedir. Ayırıcı tanıda hematom, kas herniasyonu, ganglion kisti, anjiolipom, liposarkom,fibrosarkom, hemanjiom akla gelmelidir.

Sonuç: Lipomlar daha çok sırt ve alt ekstremitede subkutan yerleşimli olmasına rağmen vaka örneğimizde görüldüğü üzere kolda bulunan kitlelerde biceps brachii intramuskuler lipomu olasılığı gözardı edilmemeli ve buna yönelik fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri uygulanmalıdır

Anahtar Kelimeler: *lipom, biceps brachii, benign kitleler*

intraoperatif

P-129
Ön Kol Yaralanmalarına Ulnar Arter Perforatör Flebi İle Yaklaşım

Mustafa Rıdvan Yanbaş, Mahmut Durak Ceviz, Abdullah Dinçgözoğlu, Fatma Bilgen, Mehmet Bekerecioğlu, Alper Ural
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlik Uygulama Ve Araştirma Hastanesi Plastik Rekonstruktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dali, Kahramanmaraş

Giriş: Önkolda ve elde travmalar, konjenital malformasyonlar, tümörler gibi çeşitli etiyolojik nedenlerin sonucu olarak basit veya kompleks doku kayıplarının rekonstrüksiyonunda en uygun rekonstrüktif yöntem ve flep arayışı sürekli devam etmektedir(1). Bütün yöntemlerin temel amacı benzer yapısal ve fonksyonel onarımı elde etmek ve maksimum estetik görünüm sağlamaktır. Özellikle perforatör flep kavramında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş ve ekstremite yumuşak doku onarımlarındaki yerleri her geçen gün daha da artmıştır. Üst ekstremitede deri ve yumuşak doku defektlerinin onarımı için deri greftleri lokal flepler,interpolasyon flepleri, propeller flepler veya serbest flepler dahil birçok yöntem mevcuttur.(3) Elin kendine özgü anatomik özellikleri nedeniyle, cerrahi hedef yalnızca cilt örtüsünü kapatmak değil bunun yanı sıra elin kendine has dokunma hissini geri kazandırmak, görünümünü iyileştirmek, stabilite sağlamak ve donör saha morbiditesinin de minimal tutulmasını içermektedir.(4).Birçok yöntem olmasına karşın orta veya büyük defektlerde, lokal flepler, perforatör flepler veya serbest flepler ön planda tercih edilmektedir. Mikcorcerrahi anastomoz gerektirmemesi,kısa amekliyat süresi,çok yönlü kullanıma imkan tanıması gibi avantajlarıyla perforatör flepler rekonstrüktif seçenekler arasında popüler hale gelmiş ve birçok klinik durumda serbest flep kullanım gereksinimini ortadan kaldırmıştır. Bu olguda Ulnar arter perforatör flebi(UAPF) kullanarak el bileği defekti onarımı yapılan bir vakayı ve buna ilişkin tecrübemizi bildirmeyi amaçladık.

Olgu: 52 yaşında kadın hasta komşusu tarafından baltalı saldırıya uğramış ve üniversitemiz acil servisinden tarafımıza sol el bileği dorsal yüz ulnar taraftaki doku defekti nedeniyle ortopedi kliniğinden travmanın 10.gününde tarafımıza danışıldı. Hastanın muayenesinde sol el bileği dorsoulnar yüzden başlayıp dorsal el bileği katlantı çizgisi seviyesine kadar uzanan 7x4 cm lik düzensiz sınırlı nekroz ve doku defekti mevcut idi. Bu süreçte hasta günlük olarak pansumanlarla takip edildi. Defekt alanındaki ölü debrisler uzaklaştırıldı.(Resim 1A) Yara zemini debride edildikten ve doku kültüründe üreme olmadığı teyit edildikten sonra rekonstrüksiyon planlandı. Sonrasında el doppleri ile ulnar arter trasesi boyunca perforatör damarlar tarandı. Allen testi, perforatör flep planlanmasına karşın yine de bakıldı, normal idi. El bileği çizgisinin 2 cm proksimalindeki perforatör işaretlendi. Turnike altında 8x5 cm ebatlarında flep planlandı. Flep subfasial planda distal bazlı işaretlenmiş perforatör pedikülüne kadar disseke edildi. Diğer perforatörleri kliplendi, en distaldeki perforatör korunarak perforatör skeletonize edilerek flep tamamen serbestlendi ve defekte gerginlik olmadan konuşlandırılıp sütüre edildi. Flep donör alanı kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.(Resim 1B) Hasta postoperatif dönemde 7 gün hospitalize edildi. Bir ay sonra kontrole çağrıldı. (Resim 1C) Hasta ulnar arter perforatör flebinde yaklaşık 1cm e kadar iki nokta diskriminasyonunu algılamakta ve dokunma,ağrı duyusunu tamamen hissetmekte idi. Eklem açıklıklarında el bileği ve ortopedik enstrumana bağlı olarak ekstansiyonda hafif kısıtlılık mevcuttu. Hasta yarası tamamen kapandıktan sonra ortopedik takiplerine ve fizik tedavi polikliniklerine yönlendirildi.

Tartışma: El bileği ve eldeki doku defektleri travma, yanık, enfeksiyon, iskemi yada neoplazm sebebiyle oluşabilmektedir. El bileği defektleri için radial arter perforatör flebi,posterior interosseoz arter flebi,ulnar arter perforatör flepi bölgesel olarak ön planda kullanılabilecek fleplerdendir. Bu olguda radial bölgede kırık,ortopedik girişim geçirmiş olması ve travma zonunun içerisine dahil olmuş olması sebebi ile radial arter perforatör flebi düşünülmedi. Ulnar arter perforatör flebi hastanın bireysel özellikleri itibariyle ön planda düşünüldü. UAPF, elde ve bilekte geniş olmayan yaraları kapatmak için kullanılabilecek fleplerden biridir. Ulnar arter perforatör flebi tek seansta mikrocerrahi gerektirmeden ulnar arterin arterin retrograd akımı ile elde ve bilekteki defektleri onarmak için güvenilir şekilde hazırlanabilir. Ulnar arterin perforatörleri, derin fasyayı uzunlamasına sıralar halinde, ön kolun medial kutanöz siniri ile birlikte deler. Bunların çoğunluğu da muskulokütanöz perforatörlerdir. Proksimal ön koldaki muskülokütanöz perforatörler fleksör karpi ulnaris veya fleksör digitorum superficialis kas göbeğinden çıktıktan sonra kısa bir intramüsküler seyir izler ve cilde geçerler. Diğerleri septokutan perforatördürler. Proksimal ulnar arter perforatör flebin vaskülaritesinin güvenilirliği, flebin kalın olmayışı ve donör saha morbiditesinin daha az olması eldeki yumuşak doku kusurlarını kapatmak için bu flebin avantajlı yönleridir. Flebe yeterli rotasyon arkını sağlayabilmek için önkol proksimalindeki perforatör damarlar güvenle ligate edilebilir. Yeterli rotasyon sağlanabiliyorsa perforatörün hasarlanmaması için perforatörü tamamen skeletonize edecek kadar fazla disseke etmemek makul iken distorsiyon veya kompresyon ihtimalinde mutlak perforatör skeletonizasyonu gereklidir. Ulnar arter perforatör flebi; serbest flep ya da interpolasyon fleplerine gereksim bırakmaması, majör damar sakrifiye edilmemesi, benzer doku ile onarım sağlanması, daha kısa sürede iyileşmeye olanak sağlaması gibi önemli avantajları ile önkol ve eldeki çeşitli büyüklükteki defektlerde kullanılabilecek fleplerin başında gelmektedir. Ön kol ve eldeki defektlerde ulnar arter perforatör flebi rekonstrüktif cerrahların cephaneliğinde olması gereken kullanışlı bir alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: *ulnar arter, perforatör flep, rekonstrüksiyon*

Preop; İntraop Ve Postop 1.Ay,

RESİM 1A

RESİM 1B

RESİM 1C

P-130
Agresif Oftalmik Zoster olgusu: süperpoze Piyoderma Gangrenozum?

Majid İsmayılzade, Mehmet Dadacı, Mahmut Tekecik, Hayri Ahmet Burak Nurşen, Bilsev İnce
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Primer enfeksisyonu suçiçeği olan Varisella Zoster virusu, enfeksiyon sonrası dönemde arka kök veya trigeminal gangliyonlarda latent hale geçer. İleri yaşlarda daha sık olmakla birlikte virüsün koşullara bağlı olarak (immünsüpresyon, eşlik eden kronik hastalıklar, AİDS vs.) yeniden aktifleşmesi çeşitli dermatom bölgelerinde ağrılı ve döküntülü zona hastalığına sebep olabilmektedir. 80 yaş üzeri insanlarda herpes zosterin ortaya çıkma insidansı yılda 10 / 1000 şeklinde belirlenmiştir. (1,2) Oftalmik zoster ise bütün herpes zoster olgularının % 10-20'sini oluşturmaktadır ki, bu da her 100 kişiden 1'nin yaşamı boyunca oftalmik zosterle karşılaştığını ifade etmektedir. (3) Oftalmik zoster komorbid hastalıkları olan bireylerde daha ciddi seyir göstermekle birlikte tedavi edilmediği taktirde olguların yarısında konjonktuvit, keratit, üveit, optik nörit gibi çeşitli oftalmik problemlere neden olabilmektedir. (4) Oftalmik zoster hastalığında tanı klinik olarak yüzde, alın ve göz kapaklarında tek taraflı veziküler lezyonların görülmesi ile konulur. Burun ucunda ve yanlarında lezyonların olması Hutchinson belirtisi olarak tanımlanır ki göz komorbiditeleri açısından prognostik öneme sahiptir. (5,6) Piyoderma gangrenozum ise sıklıkla erişkin yaşlarda görülen destrüktif, nekrotizan ve enfeksiyöz olmayan, ülserasyonlarla seyreden bir deri hastalığıdır (7,8). Özellikle üst ekstremite ve yüzü tutan lezyonlar paterji, enfeksiyonlar, böcek ısırıkları, biyopsi, ameliyat gibi travmalara sekonder olarak veya normal deri üzerinde oluşabilir. Bu çalışmada piyoderma gangrenozum benzeri tabloyla seyreden agresif oftalmik zoster tanılı hastanın olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: Oftalmik zoster tanısıyla intaniye servisinde takip edilen 66 yaş erkek hasta alın sağ tarafta yeni ortaya çıkan minimal nekrotik alanların debride edilmesi için tarafımıza konsülte edildi. Kronik böbrek yetmeliği, kalp yetmezliği ve serebral infarkt gibi komorbid hastalıkları da eşlik eden hastanın sağ malar bölgedeki lezyonu oftalmik zoster için diagnostik olan Hutchinson işareti leyhine yorumlandı. (Resim 1) Uygulanan müdahaleden 8 gün sonra hasta sağ gözden sağ parietal alana kadar uzanan geniş alanda yeni ortaya çıkan ülsere ve nekrotik yaralar nedeniyle tarafımıza yeniden danışıldı. Hastanın mevcut lezyonları oftalmik zoster zemininde ortaya çıkan piyoderma gangrenozumla uyumlu olarak değerlendirilse de, hastanın genel durumu ve ek hastalıkları nedeniyle tanısal incelemeler yapılamadan hasta kaybedildi.

Tartışma: Piyoderma gangrenozuma ait herhangi uluslararası sınıflandırma bulunmasa da, klinik olarak ülseratif-püstüler (klasik) form, büllöz, vejetatif, viseral, malin, peristomal, yüzeyel granülomatöz ve postoperatif formları olduğu bilinmektedir. (9) Piyoderma gangrenozumun sıklıkla minör travmalara sekonder olarak köbner fenomeni ile ortaya çıktığı belirtilse de, olguların çoğunda travma hikayesi bulunmamaktadır.(10,11) Piyoderma gangrenozumda tanı genellikle klinik özelliklerle konulur. (12) Bizim olgumuzda ise debridman sonrasında çevredeki yeni nekroz alanlarının genişlemesi oftalmik zoster tablosuna süperpoze piyoderma gangrenozum leyhine yorumlanmıştır. Literatürde piyoderma gangrenozum ve herpes enfeksiyonları arasında tanısal açıdan karışıklığın ortaya çıktığı olgular bildirilmiştir. (13,14,15,16) Bu çalışmaların

tamamına yakınında herpes enfeksiyonlu hastalar yanlış tanı nedeniyle piyoderma gangrenozum şeklinde tedavi aldıktan sonra klinik seyirdeki gidişata göre tedaviden doğru tanıya varılmıştır. Ayrıca, bu olguların büyük çoğunluğunda lezyonlar ayrıcı tanı açısından komplike bir bölge olan bacak ön yüzünde yerleşmiş olup etiyolojisinde herpes simpleks ailesine ait virüsler yer almaktadır. Bizim olgumuzda ise lezyonlar skalp ve periorbital alanda lokalize olup varicella zoster virüsünün neden olduğu tabloya aitti. Lezyonların karakteristik özellikleri ve yerleşimleri, göz tutulumunun olması ve Hutchinson işareti oftalmik zoster kliniği açısından patognomonikti. Bu yüzden çalışmamızda piyoderma gangrenozumun zoster tablosuna sekonder olarak ortaya çıktığı kanısına varılmıştır. Literatürde 6 ay öncesinde temporal ve postauriküler bölgede herpes zoster nedeniyle tedavi edilmiş ve yaraları iyileşmiş olan hastanın aynı bölgede piyoderma gangrenozuma ait lezyonların ortaya çıkmasıyla ilgili olgu bildirilmiştir.(17)

Sonuç: Genellikle, klinik seyrinde hızlı ilerleme gösteren bu ve benzeri tablolar komorbid hastalıkları nedeniyle ek tedaviler alan, immünsuprese ve genel durumu düşkün bireylerde ortaya çıkmaktadır. Bu hasta kesiminde herpes enfeksiyonları ile piyoderma gangrenozum olgularının birlikteliği ve zaman zaman örtüşebileceği akılda tutulmalı ve tedavi kesin tanı konulmadan önce yalnızca yarar- zarar ilişkisi net bir şekilde analiz edildikten sonra başlanmalıdır.

Kaynaklar
1- Hope-Simpson RE, MRCS. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med 1965;58: 9-20.
2- Chapman RS, Cross KW, Fleming DM. The incidence of shingles and its implications for vaccination policy. Vaccine 2003;21: 2541-7.
3- Ragozzino MW, Melton LJ 3rd, Kurland LT, Chu CP, Perry HO. Population-based study of herpes zoster and its sequelae. Medicine (Baltimore) 1982;61: 310-6.
4- Opstelten W, Zaal MJ. Managing ophthalmic herpes zoster in primary care. BMJ. 2005;331(7509):147-151. doi:10.1136/bmj.331.7509.147
5- Erdal E. Viral Hastalıklar. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Ed. Pediatrik Dermatoloji'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2005; 607-44.
6- Kökçam İ, Dilek N. Sağlıklı İki Çocukta Herpes Zoster. Türk Dermatoloji Dergisi 2009;3:19-21.
7- Prystowsky JH, Kahn SN, Lazarus GS. Present status of pyoderma gangrenosum. Review of 21 cases. Arch Dermatol 1989;125:57-64.
8- Ryan TJ. Cutaneous Vasculitis. In: Champion RH, Burns DA, Burton JL, Breathnach SM, editors. Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science; 1998; p.2155-225.
9- Ehling A, Karrer S, Klebl F, Schäffler A, Müller-Ladner U:Therapeutic management of pyoderma gangrenosum. ArthritisRheum 2004;50:3076-84.
10- Blitz NM, Rudikoff D: Pyoderma gangrenosum. Mt Sinai J Med2001;68:287-97.
11- Crowson AN, Mihm MC Jr, Magro C: Pyoderma gangrenosum: areview. J Cutan Pathol 2003;30:97-107.
12- Richetta AG, Maiani E, Carboni V et al: Pyoderma gangrenosum:case series. Clin Ter 2007;158:325-9
13- Alpalhão, Miguel & Antunes, Joana & Ferreira, João & Soares-de-Almeida, Luís & Filipe, Paulo. (2020). Herpes simplex infection mimicking classical pyoderma gangrenosum. Australasian Journal of Dermatology. 61.
14- Tai YJ, Kelly R. Pyoderma gangrenosum complicated by herpes simplex virus infection. Australas J Dermatol. 2005;46(3):161-164.
15- Kumar LS, Shanmugasekar C, Lakshmi C, Srinivas CR. Herpes misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2009;30(2):106-108. doi:10.4103/0253-7184.62768
16- Saunderson, Rebecca B. BMedSci(hon1), MBBS(hon), MPhil(cantab); Tng, Vivian BSc(Med), MBBS, FRACGP; Watson, Alan FACD; Scurry, James FRCPA Perianal Herpes Simplex Virus Infection Misdiagnosed With Pyoderma Gangrenosum, Journal of Lower Genital Tract Disease: April 2016 - Volume 20 - Issue 2 - p e14-e15
17- Alani A, Ahmad K. Pyoderma gangrenosum of the scalp: pathergic response to herpes zoster infection. Clin Exp Dermatol. 2017;42(2):218-219. doi:10.1111/ced.12903

Anahtar Kelimeler: *oftalmik zoster, piyoderma gangrenozum, varisella zoster*

Resim 1

Oftalmik zoster zemininde gelişen piyoderma gangrenozum olgusu (kırmızı ok: Hutchinson işareti).

P-131
Orofasiyal Noduler Fasiitis Tanı-Tedavi Olgu Sunumu

Aydan Ayşe Köse, Atacan Emre Koçman, Mustafa Mert Okumuş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Plastik Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Eskişehir

GİRİŞ: Noduler fasiit (NF) sarkomları taklit edebilen benign mezenkimal tümördür.Myofibroblastik dokudan köken alır. Kas,fasya ve subkutan dokuyu etkiler.Konwaler ve ark. bu tümörü subkutanöz psödosarkomatöz fibromatozis olarak tanımlamıştır (1). NF yumuşak dokunun en sık görülen psödosarkomudur(2). Hızlı klinik ilerleme,infiltratif büyüme pateni,yüksek mitotik aktivite ve yüksek selülariteye sahip olması çoğunlukla malign tümör olarak yanlış tanı almasına neden olmaktadır.Doğru tanı konulması özellikle gereksiz ileri tedavi önlenmesi açısından önemlidir.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta kliniğimize sol elmacık bölgesinde kitle şikayeti ile başvurdu.Hasta lezyonu yaklaşık bir ay önce fark etmiş,bu süreçte lezyon hızla büyüme göstermişti.Hastanın herhangi ek medikal ya da cerrahi hikayesi yok,bilinen herhangi hastalığı yok,sürekli kullandığı ilaç yoktu.Sigara ya da alkol kullanmıyordu. Fizik muayenede sol zigomatikomaksiller bölgede cilt altı immobil, düzgün yüzeyli,yaklaşık 2cm çapında sert noduler ağrısız kitle palpe edildi.Travma hikayesi yoktu. Cilt muayenesinde hiperemi,ekimoz,endurasyon yoktu, herhangi inflamasyon bulgusu görülmedi.İntraoral palpasyon ile lezyon zigomatikomaksiller bileşke düzeyinde palpe edildi.Maksillofasiyal sensoriyal ve motor fonksiyonlar tamamen doğal değerlendirildi.Baş boyun bölgesinde palpasyon ile herhangi lenf nodu saptanmadı. Larinx ve farinx endoskopik muayenesinde herhangi patolojik bulguya rastlanmadı.Kontrastlı CT görüntüleme sonucunda zigomatik ark ve maksiller sinüs bileşkesinde maksimum çapı 25x16 mm olan heterojen,bitişiğindeki kemik yapıda erozyona neden olan cilt altı noduler lezyon saptandı.İnce iğne aspirasyonu sonrasında iğsi hücreli mezenkimal neoplazm olarak raporlandı fakat tanı için yetersiz görüldü.Tüm bunların sonunda genel anestezi altında tümör intraoral yaklaşım ile lezyon total eksize edildi.Minimal zigomatik kemik erodasyonu görüldü. Total eksizyon sonrasında zigomatik kemikten de biyopsi çalışıldı.Komşu yapılarda makroskopik invazyon görülmedi. Histolojik değerlendirme NF ön planda düşündüren

iğsi hücreli neoplazm olarak değerlendirildi. Hasta bir yıl boyunca üç ayda bir fizik muayene ve görüntüleme ile takip edildi.Rekürrens düşündüren herhangi bulgu saptanmadı.Hastanın ameliyat bölgesinde herhangi şikayeti olmadı.

Tartışma**:** NF tipik olarak hızlı büyüyen,ağrısız,sert düzgün sınırlı lezyon olarak ortaya çıkar (27). Benign pseudosarkomatomatöz myofibroblastik proliferasyondur[8].Hızlı büyüme paterni,sarkomlara histolojik olarak benzerliği nedeni ile pseudosarkomatoz fasiitis,proliferatif fasiitis,infiltratif fasiitis,pseudosarkomatoz fibromatozis gibi adlandırmalar yapılmıştır(2).NF genel olarak 30-40'lı yaşlarda görülür,cinsiyet farkı gözetmez(3,4).Vakaların %20'den daha azı 20 yaş altı;sadece % 5 kadarı ise 70 yaş üzeri görülmüştür(8-11).Visseral organlar hariç neredeyse tüm bölgelerde görülmüştür(13). En sık görüldüğü bölgeler; %48 üst ekstremite (özellikle volar önkol bölgesi),%20 gövde,%15-20 baş boyun ve %15 alt ekstremitede görülmektedir. Orofasyal bölge sık görülen bölgelerden olup yüz bölgesi cildi,parotis kılıfı,mandibula ve zigomatik cilt altı dokularda sık rastlanılır (32).NF etyolojisi bilinmemektedir(24).Weiss ve ark. Yaklaşık %50 oranında malign tümör olarak yanlış tanı konulduğunu saptamıştır(17). Genellikle altta yatan sebep bulunmaz fakat hastaların yaklaşık %1.5 oranında travma hikayesi mevcuttur(3,5). Ayırıcı tanıda lipoma,fibromatozis,de rmatofibroma,nöroma,nörofibroma,miksoma,benign kist,benign ve malign fibröz histiyositoma,dermatofibros arkoma protuberantia,fibrosarkoma,leiyomyosarkoma,iğsi hücreli karsinoma ve melanoma düşünülmedilir(19,22,23). Tedavide yaklaşım cerrahi rezeksiyon olmakla birlikte intralezyonel kortikosteroidler de alternatif olarak tanımlanmıştır(25). Yüz bölgesindeki NF'in cerrahi olmayan tedavisi için intralezyonel triamsinolon enjeksiyonu kullanılabilmektedir. Bu tedavi NF'nin mezenkimal fibroblastların benign reaktif ya da enflamatuar reaksiyonu gerçeğine dayanarak kullanılabilir(25). Cerrahi dışı yaklaşım ancak NF tanısı atipik iğsi hücrelerin varlığı ve malignite potansiyelinin immünhistokimyasal olarak ekarte edildiği durumda kullanılabilir, aksi taktirde kullanılamaz(31). Sonuç olarak NF nadir görülmekle birlikte doğru tanı konulması özellikle malign tümör olarak yanlış tanı alması sonrasında gereksiz ileri tedavilere yönlenerek hastaya zarar vermemek amacı ile önemlidir. Ani başlangıçlı hızlı büyüyen ağrısız bir kitle,görüntüleme yöntemleri,patol ojik,immünhistokimyasal değerlendirmeler sonucunda Nodular fasiitis düşünüldüğünde ilk tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyon ve postoperatif klinik takip olmalıdır.Genetik analiz yöntemlerinin kesin tanıda ileri dönemde daha da önem kazanacağı düşünülmelidir.

REFERANSLAR:

1. Konwaler BE, Weiss SW. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). Am J Clin Pathol 1955;25:241Y252
2.Nodular Fasciitis in the Forehead
Gyeol Yoo, MD, Sang-Oon Baek, MD, Sung-No Jung, MD,
Ho Kwon, MD, Seok-Ho Moon, MD, Won-Il Shon, MDISSN: 1049-2275
DOI: 10.1097/SCS.0b013e3181d7ae43The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 21, Number 3, May 2010
3. Silva P, Bruce IA, Malik T, et al. Nodular fasciitis of the head and neck. J Laryngol Otol 2005;119:8Y11
4. Gelfand JM, Mirza N, Kantor J, et al. Nodular fasciitis. Arch Dermatol 2001;137:719Y721
5. Katada T, Tsuchimochi M, Oda T, et al. Magnetic resonance imaging
findings of nodular fasciitis in the mental region. Odontology 2004;92:77Y80
6. Leung LYJ, Shu SJ, Chan ACL, et al. Nodular fasciitis: MRI appearance and literature review. Skelet Radiol 2002;31:9–13
7. Koenigsberg RA, Faro S, Chen Xi, Marlowe F. Nodular fasciitis as
a vascular neck mass. AJNR Am J Neuroradiol 1996;17:567–569
8. Shimizu S, Hashimoto H, Enjoji M. Nodular fasciitis: an analysis of
250 patients. Pathology 1984;16:161–166
9. Shin JH, Lee HK, Cho KJ, et al. Nodular fasciitis of the head and neck: radiographic findings. Clin Imaging 2003;27:31–37
10. Harrison HC, Motbey J, Kan AE, de Silva M. Nodular fasciitis of the nose in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1995;33:257–264
11. Dahl I, Jarlstedt J. Nodular fasciitis in the head and neck: a clinicopathological study of 18 cases. Acta Otolaryngol 1980;90: 152–159
12. Leung LYJ, Shu SJ, Chan ACL, et al. Nodular fasciitis: MRI appearance and literature review. Skelet Radiol 2002;31:9–13
13. Bernstein KE, Lattes R. Nodular (pseudosarcomatous) fasciitis, a
nonrecurrent lesion: clinicopathologic study of 134 cases. Cancer 1982;49:1668–1678
14.Erickson-Johnson MR, Chou MM, Evers BR, et al. Nodular fasciitis: a
novel model of transient neoplasia induced by MYH9-USP6 gene fusion. Lab Invest 2011;91:1427–1433
15. Jo VY, Fletcher CD. WHO classification of soft tissue tumours: an
update based on the 2013 (4th) edition. Pathology 2014;46:95–104
16. Naidu A, Lerman MA. Clinical pathologic conference case 3: nodular
fasciitis. Head Neck Pathol 2011;5:276–280
17. Weiss S, Goldblum J, Vanni R, et al. Benign fibrous tissue tumors.
Cancer Genet Cytogenet 1999;111:182–183
18.I. Dahl, L. Angervall, Pseudosarcomatous lesions of the soft tissues reported assarcoma during a 6-year period (1958–1963), Acta Pathol. Microbiol. Scand. A85 (1977) 917–930
19.A. Luna, L. Molinari, L.A. Bollea Garlatti, D. Ferrario, V. Volonteri, P. Roitman, G.Galimberti, L. Mazzuoccolo, Nodular fasciitis, a forgotten entity, Int. J.Dermatol. 58 (2018) 190–193, http://dx.doi.org/10.1111/ijd.14219.
20.C. Shin, I. Low, D. Ng, P. Oei, C. Miles, P. Symmans, USP6 gene rearrangementin nodular fasciitis and histological mimics, Histopathology 69 (2016)784–791 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27271298.
21.F. Enzinger, S. Weiss, Benign fibrous tissue tumors, in: Soft Tissue Tumors, 4thed, CV Mosby, St. Louis, MO, 2001.
22.A.F. Haas, Nodular fasciitis of the forehead, Dermatologic Surg. 25 (1999)140–142, http://dx.doi.org/10.1046/j.1524-4725.1999.08131.x.

Anahtar Kelimeler: *benign tümör, noduler fasiitis, mezenkimal tümör, myofibroblastik tümör, olgu sunumu, psödosarkomatöz fasiitis*

CT görüntüleme

Sol zigoma body bölgedesindeki tümoral lezyonun axial, koronal ve sagittal CT kesitleridir.

P-132
Alın ve üst göz kapağında izole Nörofibroma

Zeynep Altuntaş, Zikrullah Baycar, Majid İsmayılzade, Münür Selçuk Kendir
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Nörofibromatozis(NF) tip1 ilk defa von Recklinghausen tarafından tanımlanmış, otozomal dominat geçiş gösteren veya spontan mutasyon sonucunda gelişen bir hastalıktır(1). Nörofibroma Schwann hücrelerinden köken alan periferik sinir kılıfının nadir, iyi huylu bir tümörüdür. Tüm iyi huylu yumuşak doku neoplazmalarının % 5'ini oluşturur (2). Nörofibromlar soliter veya çoklu olarak tespit edilebilir. Çoklu nörofibromlar genellikle NF hastalığının habercisidir. Nörofibromların yaklaşık %10'u nörofibromatozis ile ilişkilidir. NF-1 ortamında nörofibromlar daha büyük olma eğilimindedir ve daha yüksek bir malign transformasyon eğilimine sahiptir. Soliter lezyon olarak izlendiğinde ise nörofibromların NF hastalığı ile ilişkili olması beklenmez(3). Soliter nörofibrom, cinsiyet tercihi olmaksızın genç yetişkinlerde yaygındır. Soliter nörofibromlar genellikle boyunda, pelviste ve ekstremitelerde görülse de omurga, retroperitoneal boşluk, mandibula, yanak mukozası, burun, mesane, subungal bölge, karın duvarı, alt dudak ve skrotum gibi yerlerde soliter nörofibroma bildirilmiştir(4,5). Bu çalışmada nörofibromatozisi olmayan hastanın üst göz kapağında ve alında izole nörofibroma olgusu sunulmaktadır.

Olgu sunumu: Daha önce dış merkezde opere olan ve patoloji sonucu nörofibrom raporlanmış 19 yaşında erkek hasta sol üst göz kapağında ve alında yaklaşık 8x3 cm boyutlarında nüks kitle şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenede fazla deri dokusu ile birlikte prezente olan kitlenin alında yumuşak ve mobil olduğu, üst göz kapağında ise sert olduğu görüldü. Beard sınıflamasına göre hastanın ciddi göz kapağı ve kaş pitozu mevcuttu; bu bulgu kitlenin mekanik etkisi ve/ veya önceki operasyonların bırktığı sekel leyhine yorumlandı. Hastanın sol alın bölgesinde frontal kasta hareket kaybı vardı. Genel anestezi altında kitle fazla deri dokusu ile beraber alında periosta ve göz kapağında ise kas fasiyasına kadar eksize edildi. Daha önceki operasyonlarda kitlenin muhtemel fasiyal sinir frontal dalı invazyonu nedeniyle sinirin eksize edilmiş olduğu görüldü. Sarkmış olan kaş periosta ve frontal kasa emilmeyen sütürler ile asıldı. Üst göz kapağındaki kitle fazla derisi ile beraber eksize edildi. Levator kas korundu, zarar gören orbicularis kası ise onarıldı. Histopatolojik incelemede kitlede S100 markerin pozitif olduğu görüldü ve kitle nörofibrom olarak raporlandı. Hasta uzun dönem takiplere gelmediği için nüks hakkında bilgi edinilemedi.

Tartışma: Nörofibromlar esas olarak alt ve üst ekstremitelerin periferik sinirlerinde görülür. Litaratürde nadir olarak retroperitoneal, tırnak yatağı, oral kavite ve palpebral tarsal bölgelerde izole nonsendromik nörofibromlar olguları bildirilmiştir(4,5,6). Literatürde bildirilen izole soliter palpebral nörofibroma vakalarıda tümörler 4 olguda göz kapağı kenarından, 2 olguda tarsal plaktan ve 1 olguda supratarsal konjonktivadan kaynaklanmıştır. Bizim olgumuzda soliter nörofibrom herhangi ek patoloji ile birlikte seyretmeksizin nadir görülen bölgeler olan alın ve göz kapağında ortaya çıkmıştır.

Farklı olgularda eşlik eden sistemik hastalıklar arasında lenfoma, akciğer adenokarsinomu ve Sjögren sendromu ile karşılaşılmıştır.(5) Hastanın anamnezinde ve muayenesinde tarafımızca ileri inceleme gerektirecek bulguyla karşılaşılmadı. Literatürde izole soliter subtarsal nörofibrom nedeniyle takip edilen 7 hastadan 5'i uzun süreli takip edilmiş olup herhangi nüks bildirilmemiştir. Tarafımızca opere edilen ve tedavisi düzenlenen hasta uzun süreli takiplerine gelmediği için nüks ile ilgili olgumuzda veri bulunmamaktadır.

Sonuç: Radyolojik destek alınsa da izole nörofibroma vakalarının asıl tanı ve tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Cerrahi sırasında hastanın göz kapağı fonksiyonlarına yönelik olabildiğince protektif yaklaşım sergilemeye dikkat edilmelidir. Tanı alan hastaların eşlik eden komorbid durumlar ve sistemik hastalıklar açısından ileri incelemeye alınması altta yatan patolojilerin atlanmaması açısından önem arz etmektedir. İzole soliter palpebral nörofibromalarda total eksizyon sonrası nüks beklenmese de rutin yakın takip önerilmektedir.

1-Harper JI. Familial multible tumour syndrome. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM eds. Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Science Ltd 1998; 378-84.
2-Noah SS. Cystic lesions on the hands. Clini Advis 2008;12:113–6. [Google Scholar]
3-Lin J, Martel W. Cross-sectional imaging of peripheral nerve sheath tumors: Characteristic signs on CT, MR imaging, and sonography. AJR Am J Roentgenol. 2001;176:75–82.
4-Lee YB, Lee I, Park HJ, Cho BK. Solitary Neurofibromas: Does an Uncommon Site Exist? Ann Dermatol. 2012;1:100–1. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5-Yazıcı B, Kıvanç SA, Yayla U, Balaban Adım Ş. Palpebral Tarsal Solitary Neurofibroma. Turk J Ophthalmol. 2019;49(4):224-225. doi:10.4274/tjo.galenos.2019.47124
6-Tahririan MA, Hekmatnia A, Ahrar H, Heidarpour M, Hekmatnia F. Solitary giant neurofibroma of thigh. Adv Biomed Res. 2014;3:158. Published 2014 Jul 31. doi:10.4103/2277-9175.137872

Anahtar Kelimeler: *nörofibromatozis, soliter nörofibroma, üst göz kapağı rekonstrüksiyonu*

Nörofibroma

P-133
Proksimale baze flexor carpi radialis kas rotasyon flebi ile antekubital bölge rekonstrüksiyonu

Nesibe Sinem Çiloğlu, Semih Yıldız, Yunus Emre Yılmazer, Barış Cin, Hikmet Can Doğruel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Rekonstrüktif cerrahide dirsekteki defektler kendine has çözümler gerektirir. Brachioradialis (BR) ve Flexor Carpi Ulnaris (FCU) kasları, dirsek yaraları için kullanılan rotasyonel kas fleplerinden bazılarıdır. Flexor Carpi Radialis (FCR) ise daha çok tendon transferinde kullanılsa da, bu vaka örneğinde hastaya en uygun seçenek olarak rotasyonel kas flebi olarak kullanılmıştır.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta cama yumruk atma sonrası sağ dirsek antekübital bölge kesisi sebebiyle acil servisimize başvurdu. Elinde dolaşım yetersizliği izlenmesi üzerine acil operasyona alınan hastanın brakial arter kesisi ven grefti ile, eşlik eden median sinir ve fleksör kas grubu kesileri primer onarıldı. Operasyon sonrasında önkolda kompartman sendromu bulguları olması sebebiyle, sinir ve arter onarım hattını örten kısım hariç, önkol boyunca fasyotomi yapıldı. Perop ve postop hemogram düşüklüğü ve hipotansiyon sebebiyle yoğun bakımda takibi yapıldı. Vital bulguları stabil hale geldikten sonra servisimize devir alınarak günlük pansumanlarla takibi yapıldı. Takiplerinde fasyotomi yarasında ekspoze kas dokularında, FCR tendonunda ve antekübital bölge cildinde nekroz izlenmesi üzerine bu dokular debride edildi. Debridman sonrasında onarılan brakial arterin açıkta kaldığı görüldü. Bunun üzerine FCR kasının kalan proksimal güdüğü rotasyonla antekübital bölgede ekspoze brakial arter üzerine örtüldü. (Resim 1) Postop takiplerde bir problem yaşanmadı. Hastanın mevcut yarası 1 hafta sonra kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Hastanın el bileği fleksiyonu minimal etkilenmekle beraber, bu kısıtlılığın eşlik eden median sinir kesisine bağlı olduğu düşünüldü.

Tartışma: FCR, median sinir tarafından motor dal alır ve önkolunun en yüzeysel kompartmanında bulunur. Origini humerus medial epikondili, antebrakial fasya olup, insersiyosu 2. ve 3. metakarp başı ve trapezial tuberositydir. Radial arterin medial dallarından ve ulnar arter tarafından beslenir. Bu dallar ortalama 0.3 mm çapındadır. BR kası, ancak küçük lateral ve posterior defektleri kapatabilirken; FCU kas flebinin ulnar sinir ve arteri açıkta bırakma gibi dezavantajı vardır. Ayrıca FCU el bileği fleksiyonu ve ulnar deviasyonu sağlayan major kas olduğu için fonksiyonel kayıplar olabilmektedir. FCR kas flebi beraberinde güçlü venöz yapılar da içermesi sebebiyle, radial önkol cildiyle birlikte myokütanöz flep olarak, belirgin el bileği fleksiyon kaybı olmaksızın literatürde başarı ile kullanılmıştır. [1] Ayrıca yapılan kadavra çalışmalarında FCR kas flebinin dolaşımı, rotasyon arkı, defekt kapatma yeteneği değerlendirilmiş ve antekübital defektlerde kullanımı uygun bulunmuştur. [2]

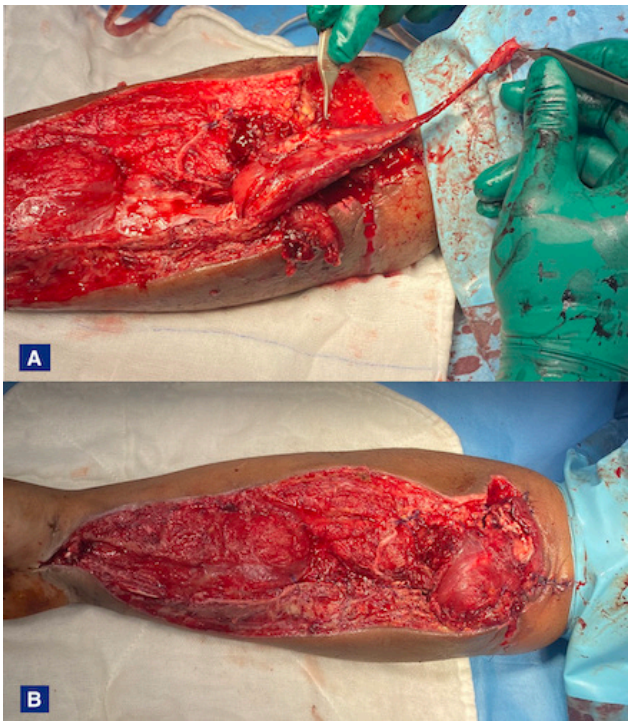
Sonuç: Proksimal pediküllü rotasyonel FCR kas flebi antekübital bölgedeki defektler için güvenle kullanılabilir.

Kaynaklar
1-Hamilton RB, Proudman TW. The radial forearm--flexor carpi radialis myocutaneous flap: case report. Br J Plast Surg. 1992;45(4):322-323. doi:10.1016/0007-1226(92)90061-2

2-Yash J Avashia, MD; Luke P Poveromo, BS; Travis J Dekker, MD;(2017). The Flexor Carpi Radialis Muscle Turnover Pedicle Flap for Elbow Soft Tissue Reconstruction: A Cadaveric Study of Regional Coverage Based on Distal Flap Perfusion, 2017 AAHS P89

Anahtar Kelimeler: *antekübital defekt, FCR, flexor carpi radialis, kas flebi, rekonstrüksiyon*

Resim 1



A) FCR kası flebi distal tarafından serbestleştirildikten sonra B) Antekübital bölgedeki defekte adapte edildikten sonra

P-134
Abdominoplasti Cerrahisi Hakkında En Çok Alıntılanan 100 Makalenin Bilimsel Analizi

Çağla Çiçek[1], Ersin Akşam[2]
[1]İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Son yıllarda teknik gelişmeler sayesinde ilerleyen bilim, beraberinde literatüre de bir çok yeni makalenin eklenmesine neden olmaktadır. Makalelerin iyi planlanması, profesyonel istatistiki analizlerinin yapılması ve çalışmanın multidisipliner olması ortaya çıkarılan verilerin değerli olmasını sağlayacaktır. Bibliyografi, makaleleri istatistiksel yöntemler kullanarak analiz eden bir tekniktir. Bu çalışmada amacımız abdominoplasti hakkında en çok alıntı yapılan makaleleri bibliyografik analiz etmek ve en çok atıfta bulunulan makalelerin özellikleri hakkında okuyuculara fikir vermektir.

Materyal ve Method: 1975'ten 2020 yılı Nisan ayına kadar abdominoplasti prosedürü ile ilgili en çok alıntılanmış olan 100 makale 'Web of Science' veritabanı kullanılarak analiz edildi. Arama kriteri olarak 'abdominoplasty', 'massive weight loss', 'body contouring', anahtar kelimeleri kullanıldı. Makaleleri sınıflandırmak için çalışmanın türü, yayın ülkesi,

ilk yazarın kurumu, yazar sayısı, ilk yazarın uzmanlık dalı, yayın yılı, kanıt düzeyi, makale konusu, atıf indeksi, finansman durumu ve sonuçların ölçüm türü kullanılmıştır.

Bulgular: En çok atıf alan makalenin analiz periyodu süresince 203 kez alıntılandığı gözlendi. Bu 100 makale arasında makale başına ortalama atıf sayısı 53,96 idi. 'Plastic and Reconstructive Surgery' dergisi 55 makale ile önde gelen dergi olurken, Amerika Birleşik Devletleri en yaygın menşe ülke oldu. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi uzmanları bu yayınlarda en sık tespit edilen ilk yazarlardı ve makalede irdelenen intraoperatif teknikler önde gelen konuydu.

Tartışma: Atıf analizleri makalelerin bilimsel etkilerini değerlendirme yöntemlerinden biridir. Bu çalışmamız abdominoplasti ile ilgili yüksek etki faktörü olan makalelerin özelliklerini tanımlamaktadır. Ayrıca okuyucuya abdominoplasti prosedürünün tarihsel gelişiminin kısa bir özetini de vermektedir.

Anahtar Kelimeler: *abdominoplasti komplikasyonu, alıntılanma analizi, bibliyometrik analiz*

P-136
Lateral Midface Rekonstrüksiyonunda Radial Önkol Flebi Olgu Sunumu

Fatih Dipçin, Cemal Fırat, Kağan Bekircan, Orhan Gazi Dinç, Semih Özçınar
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Orta yüz bölgesi sınırları önde nazolabial kıvrım arkada preairiküler kıvrım yukarıda inferiororbitalrim ve aşağıda mandibula alt sınırı olarak belirlenen alandır. (1)bu alanda tümör,travma gibi çeşitli sebeplerle doku defekti meydana gelebilmektedir. Bu alan yüzün en belirgin ve ön planda olan kısmı olduğu için bu bölgede meydana gelen defektlerin onarımı fonksiyonellik dışında estetik sonuçlar doğurmaktadır. Bu bölgede meydana gelen defektler için primerkapama,derigreftleri, lokal ya da serbest flepler gibi birden fazla rekonstrüksiyon seçeneği mevcuttur.(2) Rokonstrüktif plan defektin boyutuna göre yapılmalıdır. Dokuda gerilim oluşturmayacak defektler ancak primer kapatılabildiği gibi geniş ve komleks defektlerde serbest flep seçeneğinden kaçınılmamalıdır.

Olgu sunumu: 76 yaşında erkek hasta sağ zigomada 1x1 cm likeritemli ve kaşıntılı lezyon sebebi ile dışmerkeze başvurmuş.tarafımızascc ön tanısı ile 2 ay sonra (resim 1) gelen hastanın diyabet,hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcut. Alınan insizyonel biyopsi sonucu scc tanısı alan hastaya preoperatif hazırlık başlandı. Boyun usg sinde reaktif lenf nodu bulunan hastaya geniş eksizyon ve serbest radial ön kol flebi ile birlikte suprahyoid lenf nodu diseksiyonu planlandı. Çekilen doppler usgde fasial arter,fasial ven,radial arter,ulnar arter ve sefalik ven akımı normaldi. Hasta operasyona alındı (resim 2). 6x8 cm lik kitle sağlam cilt dokusu kalacak şekilde geniş marjda eksize edildi. Eksizyona üzeri ülsere olan zigoma ve orbita laterali,lateral kantus, parotis bezinin bir kısmı,fasial sinirin temporal, zigomatik ve buccal dalları dahil edildi. Frozen sonucu taban pozitifliği gelen hastada temporal kas da eksizyona dahil edildi.(resim 3) Orbita lateral duvarı plak ve vida ile onarıldı.Frozen sonucunda cerrahi sınır negatif gelmesi üzre defekt boyutu ile uyumlu olarak 8x10 olacak şekilde sağ ön koldan serbest radial ön kol flebi tasarlandı. Diseksiyona radial arterle birlikte sefalik ven dahil edildi. Flep plana uygun kaldırılıp defekt alanına adapte edildi. Mikroskop altında mikrocerrahi yöntemlere uygun olarak radial arter fasial artere;sefalik ven fasial vene anastomoz edildi.Flep adaptasyonu tamamlandı (RESİM 4)Suprahyoid boyun diseksiyonu yapıldı.Flep donor alanı sağ uyluk lateralinden alınan kısmı kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Postop 1 haftalık takibinde arteriel yetmezlik,venöz konjesyon gibi dolaşım bozukluğu meydana gelmedi. 2 haftalık periyotlarla hasta poliklinikte takip edildi. (resim 5)

Tartışma ve sonuç: Radyal önkol serbest flebi ilk olarak 1978'de shen-yang askeri genel hastanesinde (çin'de) plastik cerrahlar tarafından geliştirilmiştir. Daha sonraki tarihsel sürecinde baş boyun ve penil rekonstüriksiyon amacıyla kullanılmıştır(3) Orta yüz bölgesi küçük defektleri için rekonstrüksiyon basamaklarında lokal flepler daha ön sıralarda ve avantajlı olabilmektedir. Bu konuyla alakalı çeşitli algoritmalar yayınlanmıştır (4) fakat geniş ve kompleks defektleri kapatmak için serbest flep ihtiyacı oluşmaktadır. Serbest flep ihtiyacı olan midface defektlerinin lokal fleplerle uygunsuz rekonstrükte edilmesi yüzde kontur bozukluklarına, mikrostomi açılması gibi sekonder operasyonlara mimik fonksiyonlarının kaybına ve estetik açıdan tatmin edici olmayan sonuçlara sebebiyet vermektedir (5)bu sebeple pedikül güvenliği yüksek olan radial ön kol flebi lokal fleplerin kapatamadığı defektlerin rekonstrükte edilmesinde ilt tercihler arasında olmalıdır Serbest radial ön kol flebi diğer serbest fleplere alternatif olarak dudak, yanak, mukoza, oral kavite ve dil rekonstrüksiyonunda kullanılmaktadır(5-6) lateral midface defektleri için uygun bir tercihtir. Yapısının esnek olması yüz bölgesindeki defektlere adapte edilirken konturlara uygun şekil verilmesini kolay hale getirmektedir. Flep kalınlığının ince oluşu 'bulkyflap' deformitesi oluşumunun önüne geçmektedir Radial ön kol flebinin diğer serbest fleplere kıyasen diseksiyonunun kolay ve güvenli olması,pedikül uzunluğunun ve kalınlığının fazla olup cilt kanlanmasının iyi olması özellikle alıcı saha da uygun donör arterin bulunamadığı defektlerde donor arterin defekte uzak bölgelerden seçilebilmesine imkan sağlamaktadır. Bu özelliği bu flebi baş boyun rekonstrüksiyonunda tercih edilebilir bir seçenek haline getirmektedir Avantajlarının yanında flep donor sahanın primer kapatılamıyoroluşu,flepdonorsahanıngreftleonarımısonucu oluşan morbidite ve radial önkol cilt renginin yüz bölgesi ile olan uyumsuzluğu bu flebin dezavantajları arasındadır Tüm bu veriler göz önüne alındığında serbest radial ön kol flebi lateral midface defektlerinde ön sıralarda tercih edilebilir ve revize edilerek kullanım alanı geliştirilebilecek bir flep seçeneğidir

Kaynakça
[1] pletcher sd, kim dw. Currentconcepts in cheekreconstruction. Facialplastsurgclin north am 2005;13:267–81. Vi. [pubmed] [google scholar]
[2] chang eı, hanasono mm. State-of-the-art reconstruction of midfaceandfacialdeformities. J surgoncol 2016;113:962–70. [pubmed] [google scholar]
(3)lawrence j. Gottlieb mdradialforearmclinics in plasticsurgery, 2018-07-01,volume 45, ıssue 3, pages 391-39
(4)jungwoochang, md, phd, jung han lim, md, and janghyun lee, md, phdmedicine (baltimore)reconstruction of midfacedefectsusinglocalflaps: an algorithm for appropriateflapchoice2019 nov; 98(46): e18021.
(5)shuai wang,1,2 zeliang zhang,1,2 zhongfei xu,1,2 and weiyi duan 1,2 world j surgoncolreconstruction of a subtotalupperlipdefectwith a facialarterymusculomucosalflap, kite flap, andradialforearmfreeflap: a casereport. 2018; 16: 194.
*(6) matthew m. Hanasono *reconstructive surgery for head and neck cancer patient sadvmed. 2014; 2014: 795483.*

Anahtar Kelimeler: *midface, radial önkol flebi, mikrocerrahi*

Resim 1-2 preop, Resim 3 intraop, Resim 4 postop, resim 5 postop 1.ay

resim 1: hastanın preoperatif poliklinik başvurusu resim 2. hastanın ameliyat başlangıç fotoğrafı (preoperatif süreçte hastanın tümör boyut ve ülserasyonunun arttığı gözlenmiştir) resim 3: intraoperatif eksizyon sonrası fotoğrafı(lateral orbita duvarına ve zigomatik kemiğe invazyondan dolayı kemik rezeksiyonu yapıldığı gözlenmekte) resim 4: defekt bölgesine radial önkol serbest flebinin adaptasyonu sonrası fotoğrafı resim 5: hastanın postoperatif 1. ay fotoğrafı

P-137
Parmak doku defektinde akılcı yaklaşım: "ters dorsal metacarpal ada flebi", olgu sunumu

Tevfik Balıkçı, Ayla Metin, Serhat Dündar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Elin yumuşak doku rekonstrüksiyonu yerel bir flap, uzak flap veya serbest flap kullanıp kullanmamayı seçmek açısından bir plastik ve rekonstrüktif cerrah için zorluk içermektedir. Travma sonrası meydana gelmiş kusurun hemen bitişiğindeki dokudan türetilen yerel flaplar genellikle ilk tercihtir. Flep öncesi deri grefti ile onarım da tercih edilebilir ancak deri grefti ile ortaya çıkan ikincil kusur (kontraktür,lizis, skarlı iyileşme) uygunsuz olabilmektedir. Tendon sinir ve arter gibi vital dokuların vaskülarize yumuşak dokular ile kapatılmasının gerekmesi de grefti olumsuz bir aday yapmakta flep ile rekonstrüksiyonu tercih edilir kılmaktadır. Ancak flep seçimi de kendi içinde zorluklar içerir. Rekontrüksiyonun doğru flep ile planlanması elde edilecek sonucu da etkiler. Olgu sunumumuzda ters akımlı dorsal metacarpal ada flebi ile parmak rekonstrüksiyonu anlatılmaktadır.

Materyal & Metod: İş kazası sonrası acile başvuran hastaya yapılan ilk müdahelede hastanın sol el dördüncü parmağında dorsal zon 1-4 hattı boyunca meydana gelen yaralanmada mid falanks, PİP eklem ve proksimal falanks distali ekpoze olarak izlenirken, volar yüzde bütünlüğü korunan parmağın dorsumundaki tendon, deri ve yumuşak dokularının total kaybolduğu görülmüştür. Acil şartlar altında hemen operasyona alınan hastanın operasyon öncesinde doppler yardımıyla 3 web dorsumundaki metacarpal arteri kontrol edilmiştir. EDC tendon rekonstrüksiyonu için PL tendon kontrolü yapılmış ve tendonun intakt olduğu görülmüştür. Operasyon sırasında K teli ile PİP ekleme dek yapılan fiksasyon sonrasında, el dorsumunda zon 4 ve 5 trasesine uygun defekt ile aynı ölçümlerde metacarpal arter flebi tasarlanmış ve pedikülü korunarak ince disseksiyonla eksplore edilmiştir. Takiben aynı elin bileğinden alınan PL tendonu 4. Parmaktaki edc tendonlarnın proksimal ve distal uçlarına suture edierek tendon rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Önceden disseke edilen flep elevasyonu tamamlanınca mid falanks hizasına dek z plasti ile flebin taşınabilmesi için yolu açılmış nihayet tasarlanan lokal ada flebi anatomik pozisyonunda 180 derece döndürülerek ters olacak şekilde defektin üzerine adapte edilmiştir. Perfüzyon kontrolü sonrasında pansuman ve suturasyonla operasyon sonlandırılmıştır.

Bulgular: Operasyon sonrası yaklaşık bir hafta boyunca yakın takip edilen hastanın opere sahasında ilk 48 saat içinde belirgin venöz, sonraki 72 saate azalmış venöz görünüm dikkat çekmiştir. İlk bir hafta sonrasında flep distalinde parsiyel ve yüzeyel deri nekroz oluştuğu kaydedilmiş ve dermarkasyon hattı oturduktan sonra flebe debridman uygulanmıştır. Bu bölgeler sonrasında sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. Üç haftalık takip periyodu sonrasında K teli tahliye edilmiştir. Vitalize görünümdeki flepte debulking, çekilme veya belirgin atrofi izlenmemiştir. Hasta parmak motor hareketlerin kazanabilmesi adına fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine yönlendirilmiş, fizik tedavi sonrası kontrol amaçlı bir süre daha tarafımızca takip edilmiştir. Bu süreçte motor faaliyetlerin defisitli bir biçimde geri döndüğü görülmüştür. Ancak bu durumun elin kavrama, tutma yeteneğinde büyük eksiklik yaratmadığı ancak ince hareketler sırasında defisitin belirgin devam ettiği kaydedilmiştir. Parmakta ağrı, hassasiyet görülmediği de özellikler arasındadır. Hastanın parmağının travma sonrasında korunmuş olduğuna memnun olduğu ancak parmak hareketlerindeki yetersizlikten hoşnut kalmadığı eklenebilir.

Tartışma & Sonuç: Günümüzde çeşitli sebeplerden ötürü meydana gelmiş el ve parmak deformitelerinin cerrahi tedavisinde çok sayıda meto tanımlanırken flep seçiminin genelde optimum tercih olduğu söylenebilir. Literatürde konu ile ilgili çeşitli flepler tanımlanmıştır. Örneğin ulnar ve radyal arter bazlı ters akımlı ada fleplerinin bu yaralanmalarda kullanımı gibi. Bu bakımda ters akımlı-yerleşimli dorsal metakarpal ada fleplerinin de özellikle eldeki ve parmaktaki oluşmuş küçük veya orta boyuttaki defektlerde rekonstrüksiyon amaçlı iyi, güvenilir ve akılcı bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *ada flebi, metarkarpal arter, parmak defekti*

intraop flep görünümü

P-138
Distal Falanks Replantasyonunda Pirasetamın Başarıya Etkisi

Cemal Fırat, Kağan Bekircan
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

El travmaları sonrası gelişen parmak amputasyonları fonksiyonel ve psikolojik birçok sorunlara neden olmaktadır. Replantasyon ve revaskülarizasyon yıllardan beri üzerinde yeni teknikerin geliştiği ve böylece başarı oranı gittikçe artan zorlu bir cerrahi tekniktir. 50 yaşında kadın hasta sağ el 2. Parmağını giyotin tarzında tamai zon 2 seviyesinden total ampute olmuş. Mikroskop altında 10/0 dylon ile 2 arter anastomozu yapıldı. Fakat ven anastomozu yapılamadı. Postoperatif süreçte antiagregan, antikoagulan ve antispazmotik tedavi başlandı. Gelişen venöz yetmezlik pulpanın iğne ucu yardımı ile delinerek tedavi edildi. Takiplerinde replante edilen parmakta doku kaybı gözlenmedi. Mikrocerrahi tekniklerinin ilerlemesi ve tecrübenin artması ile replantasyon ameliyatları rutin operasyonlar haline gelmiştir. Replantasyon sonrası gelişebilecek venöz konjesyonun tedavisi için birçok yöntem bulunmuştur. Ayrıca pirasetam gibi antispazmodik bir ajan denenerek de arter ve ven yapısında gelişebilecek spazm önlenerek arteryal ve venöz yetmezliğin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi bu ajan kullanılmış ve arteryal spazm gelişmesi önlenerek replantasyon başarılı olmuştur. bu olgu sunumunuzda pirasetamın antispazmodik ve antitrombotik özelliklerinden yaralanılarak revaskülarizasyonda ve replantasyonda başarının artabileceğini düşünmekteyiz.

Giriş: Parmakların amputasyonu, özellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde çoklu, geri döndürülemez fonksiyonel ve psikolojik sorunlara neden olabilir. Bu tür yaralanmaların yönetimi, titiz preoperatif yönetim, mikrocerrahi deneyimi ve sürekli postoperatif bakımın çok önemli olduğu gerçek bir zorluktur (1). Parmak replantasyonu ve revaskülarizasyonu modern mikrovasküler cerrahinin zaferleridir. 1960 yılında ameliyat mikroskobunun kullanımının ilk tanımından bu yana, 1962'de Massachusetts Genel Hastanesi'nde Malt ve ekibi tarafından ilk üst ekstremite revaskülarizasyonuna, 1965'te Komatsu ve Tamai tarafından ilk tam dijital replantasyona kadar, cerrahlar sonuçları optimize etmek için mikrovasküler tekniklere öncülük etmeye devam ettiler (2; 3; 4). Parmak ucu yapısı ince motor aktiviteyi ve hissi sağlayan aynı zamanda elin estetiğine katkıda bulunan özelleşmiş bir yapıdır. Sıklıkla parmak ucu yaralanmaları laserasyon, ezilme tarzı ve ampütasyon yaralanmalarıdır (5). Mikrocerrahi parmak replantasyonu sonrası erken evrelerde dolaşım yetmezliği parmak sağ kalımı için ciddi bir engel olmaya devam etmektedir. Özellkle venöz yetmezlikte dolayı başarı oranları %32 ye kadar düşmüştür (6; 7). Kliniğimizde replante edilen tamai zone 1 seviyesinde yaralanan ve ven anastomozu yapılmadan 2 arter anastomozu yapılan hastanın tedavisinde iğne ucu ile pulpa kanatılması ve piresetam tedavisi ile amputat kaybının olmadığını gözlemledik.

Olgu: 50 yaşında bir kadın ot kesme makinesi ile sağ el 2. parmak tırnak yatağı seviyesinden giyotin tarzında kesilmişti. Hasta parçayı buz torbası içine koyarak yanında getirmişti ve ampütasyonun üzerinden 2 saat geçmişti (resim 1-2). Operasyona alınan hastanın ampute parmağı ucundan dıp ekleme kadar uzunlamasına kischner teli geçirilerek ampute parça sabitlendi. Mikroskop altında tırnak yatağı seviyesinde dorsal yüzde ve volar yüzde birer adet arter bulundu ve arterlerin düzgün şeklide kesilmiş olduğu gözlendi. Amputat parçada ven bulunamadı. Mikrocerrahi prensiplerine uygun olarak 10-0 dylon ile 2 arter nastomuzu ve sinir onarımı yapıldı. Postoperatif süreçte kapiller dolum hızı ve cilt rengi ile saatlik kontrol edildi. Hastaya postoperatif olarak heparin 100 IU/saat (IV), dekstran 40 cc/saat (IV) ve günde 3 defa olmak üzere 1 hafta süreyle 800 mg pirasetam başlandı. Hastanın takiplerinde venöz konjesyon ilk 4 günde gözlendi ve iğne ucu ile delinerek günde 3 defa heparinli gazlı bezle silinerek kanatıldı. Böylece venöz konjesyon tedavi edildi. Yapılan takiplerinde replante edilen parçada kayıp gözlenmedi (resim 3).

Tartışma: Travmalar içinde en büyük çoğunluğu el ve parmak travmaları oluşturmaktadır. El yaralanmaları sıklıkla laserasyon, ezilme ve avulsiyon tarzında olmaktadır. Bu yaralanmalar sonucunda parmaklarda farklı seviyelerde ampütasyonlar gelişmektedir. Ampute olan parmakların replantasyonu ve revaskülarizasyonu gereklmektedir ve zorlu bir ameliyat olmaya devam etmektedir. Mikrocerrahide replantasyon ve revaskülarizasyonda tekniklerin ilerlemesi ve tecrübenin artmasıyla replantasyon ameliyatları rutin uygulamalar haline gelmiştir. Tekniklerin ve teknolojinin gelişmesine rağma damar anastomozunda en büyük sorun vazospazm olmakla birlikte bunun önlenmesi için birçok ajan kullanılmıştır (8). Ayrıca venöz konjesyonun deride renk değişikliği, dolum hızı ve diğer parmaklar ile replante edilen parmak arasında olan sıcaklık farkı ile takip edilebilmektedir. Replante edilen parmakta konjesyon olduğunda tırnağın çıkarılması, medikal sülük uygulanması, parmak pulpasının kanatılması, intramedüller venöz drenaj ve distal falanks ucunun seri insizyonu ile venöz drenajı uygulanmaktadır (9; 10; 11; 12). Bu uygulamalarla replante edilen parmaklarda venöz konjesyon önlenmeye çalışılmıştır. Özellikle parmak ucu replantasyonu cerrahlar için önemli bir zorluk oluşturur, çünkü venöz anastomoz son derece

zordur ve venöz tıkanıklığı başarısızlığın önde gelen nedenidir (13). Cheng ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada tamai zone 1 de replante edilen parmaklarda venöz anastomoz yapılan ile venöz anastomoz yapılmayan ve venöz drenaj sağlanan replantasyonlarda başarı oranı eşit bulunmuş (14). Bizim vakamızda da zone 2 de 2 arter replantasyonu sonrası pulpadan iğne ucu delinerek kanatılması ile venöz konjesyon gözlenmemiştir. Bu çalışmada replante edilen parmakta pirasetam kullanıldı. Pirasetam nootropik bir ajandır ve uzun süredir nörolojide kullanılmaktadır. Bu ajan ayrıca eritrositler ve trombositler üzerinde etkisi sayesinde antitrombotik etkileri olmakla birlikte antispazmodik özelikleri vardır. Tuncer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, pirasetamın trombosit membran aktivasyonunu ve etkileşimini inhibe ederek agregasyonunu azalttığını göstermişlerdir. Ayrıca VEGF ekspresyonunu arttırdığı göstermişlerdir (15). Stockmans ve arkadaşlarının pirasetam pirasetamın antitrombotik etkilerinin olduğunu göstermişlerdir (16). Moriau ve arkadaşları, pirasetam'ın plazma von willebrand faktörü ve fibrinojen düzeylerini düşürerek kan vizkositesini düşürdükleri ve damar duvarı üzerine doğrudan bir etkisi ile antiagregan bir özellik oluşturduğunu göstermişlerdir (17). Vakamızda verilen pirasetam tedavisinin de replantasyon sonrası gelişen ve önemli bir problem olan damar spazmını önlemesi ve antiagregan olmasından yararlanılarak damar spazmına bağlı arteriyal yetmezlik ve venöz yetmezlik geliştiğini düşündüğümüz hastalara uygulayarak crush ve avulsiyon tarzı gibi damar yapısının etkilendiği yaralanmalarda yapılan replantasyonlarda başarı oranını arttırabilmektedir.

Sonuç: Parmak replantasyonarı ve revaskülarizasyonları, umut verici sonuçlar veren prosedürlerdir. Sağ kalım oranını etkileyen en önemli olay cerrahi teknik ve yaralanma tipi veya mekanizmasıdır. Uygun ven onarımı yapıldığında venöz konjesyonun minimal görüldüğünde iğne ile kanatılarak konjesyonun tedavi edilebilmektedir. Flep dolaşımında anti agregan ve anti spazmotik özellikleri nedeniyle kullanılan pirasetamın replantasyon ve revaskülarizasyonda da kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: *tamai zone 2, replantasyon, pirasetam, mikrocerrahi*

resim 1- 2 preop, resim 3 postop

Resim 1: Preoperatif süreçte amputat parça ve hastanın elinin volar yüzden çekilmiş fotoğrafı, amputasyon seviyesinin volarde DIP ekleme doğru olduğu gözlenmekte. Resim 2: Preoperatif süreçte amputat parça ve hastanın elinin ekstansör yüzden çekilmiş fotoğrafı, amputatyon seviyesinin ekstansör yüzde tırnak yatağı hizasından olduğu gözlenmekte. Resim 3: Postoperatif 6. ayda çekilmiş fotoğrafı, amputat parçada doku kaybının olmadığı gözlenmekte.

P-139
Radyoterapi Sonrası Görülen Kostal Osteoradyonekroz ve Cerrahi Yönetimi: Olgu Sunumu

Özlem Çolak[1], Selman Taşkın[1], Burak Yılmaz[1], Tuğçe Yasak[1], İlker Üşçetin[1], Onur Derdiyok[2]
[1]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Meme kanseri, göğüs ön duvarında radyoterapi gereksiniminin en sık nedenidir Radyoterapi sonrası ciddi osteoradyonekroz, radyoterapiden hemen sonra ya da yıllar içerisinde gelişebilen, nadir rastlanan ve yönetimi zor bir komplikasyondur. Bu hastalarda radyasyon toksisitesi refrakter doku inflamasyonu oluşturup doku vaskülaritesini bozmakta ve tekrarlayan mikrovasküler hasar, inflamasyon ve enfeksiyon oluşturarak doku nekrozuna yol açmaktadır. Bu tarz hastalarda rekonstrüksiyon planlanırken, radyoterapinin etkilerinin çevre dokularda harabiyete de neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu çalışmada, 9 yıl önce nipple koruyucu mastektomi sonrasında radyoterapi öyküsü olan, kronik osteoradyonekroza bağlı göğüs ön duvarı defekti gelişen bir olguda meme rekonstrüksiyonu sonrası kostalarda osteoradyonekrozun devam etmesi sonucunda yapılan göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

Vaka Sunumu: Kliniğimize sol göğüs ön duvarında yara şikayeti ile başvuran 52 yaşında kadın hastanın; 9 yıl önce sol meme karsinomu nedeni ile nipple koruyucu mastektomi ve aksiler diseksiyonu takiben 25 gün radyoterapi ve 6 kür kemoterapi öyküsü mevcuttu. Radyoterapiden 8 yıl sonra gelişen ve giderek büyüyen sol göğüs ön duvarında 5x6cm'lik doku defekti için yapılan insizyonel biyopsi sonucu inflamasyon ve fibrozis ile uyumlu olarak raporlandı. Bunun üzerine operasyona alınan hastada, defekte uygulanan debridman ve 5.-6. kostalara yapılan parsiyel rezeksiyon sonrası, hem göğüs ön duvarı defektinin rekonstrüksiyonu, hem de meme rekonstrüksiyonu amacı ile serbest inferior gluteal arter myokutanflebi ile onarım yapıldı. Takiplerinde postoperatif 6. günde sütür detaşmanı ve detaşman hattından akıntısı olan hastanın bir kez daha debridmanı planlandı. İntraoperatif olarak kostalarda devitalize ve enfekte görünüm izlenmesi üzerine göğüs cerrahisi ekibinin operasyona dahil olması ile 7. kostanın da rezeksiyonu yapılan hastanın kosta defektleri için 20x10 cm boyutunda titanyum mesh yerleştirildi. Hasta Göğüs Cerrahisi ekibinden devir alınarak, yerleştirilmiş olan titanyum mesh çevresinde ölü boşluk oluşması ve yumuşak doku desteği gerekmesi nedeniyle defekt eş zamanlı latissimus dorsi kas flebi ile onarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Tam kat göğüs duvarı defektlerinin rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu zorlu bir cerrahidir. Osteoradyonekroz sadece kemikleri değil, çevredeki geniş yumuşak dokuları da ilgilendiren bir hastalık olduğundan radikal eksizyonu takiben uygun rekonstrüksiyon ile tedavi edilmelidir. 3 veya 4 kostadan fazla eksizyon yapıldığında kostal stabilizasyon ve rekonstrüksiyon paradoksal solunum oluşmaması için gerekli görülmektedir. Olgumuzda kostal stabilizasyon ve rekonstrüksiyon sternal plak ve titanyum mesh ile yapılmıştır. Bir bölgede rekonstrüksiyon planlanmasında olası başarısızlıkların ve komplikasyonların göz önünde bulundurulması ve yedek bir planlama daha yapılması çok önemlidir. Bu olguda hem klinik hem de radyolojik olarak kostal osteoradyonekrozun yayılımını öngörmek güç olduğundan geniş bir kas flebi gereksinimi olabileceği düşünülerek latissimus dorsi flebi meme rekonstrüksiyonu için kullanılmamıştır. Hasta takiplerinde

gelişen detaşman ve detaşman yerinden akıntı sonrası yapılan geniş debridman ve sternal titanyum plak + sternal titanyum mesh ile kostal rekonstrüksiyonu takiben ikincil rekonstrüksiyonda latissimus dorsi kas flebi kullanılmıştır. Bu sayede hem meme rekonstrüksiyonu, hem göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonu yapılabilmiştir. Hastanın erken postoperatif dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmemiş, fonksiyonel ve estetik sonuçları iyi düzeyde olmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Göğüs Duvarı Defekti, Kostal Osteoradyonekroz, Meme Rekonstrüksiyonu*

Latissimus dorsi flebi ile onarım sonrası intraoperatif görünüm

P-140
Sağ El 3. Parmakta Sirkumferansiyel Tutulumlu Skuamöz Hücreli Karsinom Tedavisi

Cem Öz[1], Burak Özkan[2], Nilgün Ertaş[2], Ahmet Çağrı Uysal[2]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom üst ekstremitede sık görülen primer maliginitelerden biridir. Tedavisi çeşitlilik göstermekle birlikte amputasyon belirli durumlarda gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışmamızda sağ el 3. parmakta sirkumferansiyel tutulum gösteren, 2. ve 4. parmaklarda da tutulum gösteren skuamöz hücreli karsinom olgusunun tedavisi sunulacaktır.

Hasta ve Metod: 88 yaşında kadın hastanın sağ el 3. parmağında 2 yıl önce ortaya çıkan ülsere lezyon zaman içerisinde giderek büyüme göstererek DIP eklem ile MP eklem arasında sirkumferansiyel olarak 3. parmağı ve 2.,3. web aralıklarına yayılarak 2. ve 4. parmaklar proksimal falanks volar kısımlarında da yayılım göstermiş. Hastadan yapılan insizyonel biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom keratinize tip, iyi diferansiye olarak raporlanmıştı. Onkoloji kliniği değerlendirilmesi sonrasında sağ aksillaya yönelik USG ve PET incelemelerinde en büyüğü 30x20 mm ebatlarında metastaz şüpheli lenf nodları tespit edildi. Hastanın 3. parmağı ray amputasyon ile 3. metakarp ortası seviyesinden ampute edildi, 2. ve 3. web aralıklarına uzanım gösteren tümör dokuları dijital nörovasküler yapılar korunarak eksize edildi. Oluşan doku defekti kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Sağ aksillada lenf bezi diseksiyonu yapıldı. Hastanın patoloji sonucunda skuamöz hücreli karsinom keratinize tip, iyi diferansiye, cerrahi sınırlar tümör negatif, 18 adet reaktif lenf nodları ve kemik dokuda tümör izlenmedi şeklinde raporlandı. Hastanın yara iyileşmesi takip edilmektedir. El fonksiyonları iyi durumdadır.

Tartışma ve Sonuç: Melanom dışı cilt kanserleri, cilt kanserlerinin %90 'lık bir kısmını oluşturmaktadır. Skuamöz hücreli karsinom ise bunların yaklaşık %20 'lik kısmını oluşturmaktadır. Anatomik dağılıma bakıldığında ise skuamöz hücreli karsinom %9-35 oranında üst ekstremitede görülmektedir. İnvazif skuamöz hücreli karsinomun 5 yıllık rekürrens ve metastaz oranı sırasıyla %8 ve %5 'tir. Birçok çalışmada elin dorsalinden ve web aralıklarından kaynaklanan skuamöz hücreli karsinomun yüksek rekürrens ve metastaz riskinin olduğu gösterilmiştir. Üst ekstremite skuamöz hücreli karsinomlarının tedavisi küçük lezyonlar için shave eksizyon, küretaj, koterizasyon, kriyoterapi, Mohs mikrografik cerrahisi, geniş lokal eksizyon ve son olarak amputasyona kadar varan çeşitliliktedir. Kemik nekrozuna neden olabileceği için radyoterapi eldeki skuamöz hücreli karsinomlarda tercih edilmemektedir, ancak cerrahi eksizyon için uygun olmayan hastalara uygulanabilir. Parmakların, uzuvların ve fonksiyonlarının korunması önemli olmakla birlikte nüksün ve metastazların önlenmesi için gerekli vakalarda amputasyonların son çare olarak uygulanması gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *skuamöz hücreli karsinom, el, parmak*

Resim 1

Sağ el 3. parmakta sirkumferansiyel tutulum gösteren, 2. ve 4. parmakta da tutulum gösteren skuamöz hücreli karsinomun preoperatif ve 3. parmak amputasyonu ve kısmi kalınlıkta deri greftleme sonrası intraoperatif görüntüleri.(1) Hastanın postoperatif direk grafi görüntüsü.(2) Postoperatif sağ el fonksiyonlarının görüntüsü.(3,4)

P-141
Post-bariyatrik cerrahide vertikal planda uyluk konturunun insizyonsuz sağlanması

Özer Özmut, Adem Ademoğulları
Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi, Lefkoşa

Giriş: Post-bariyatrik cerrahi sonrası; önemli sorunlardan birisi olarak karşılaşılan vertikal ve horizontal uyluk pitozu, geniş uzun insizyon alanları ile opere edilerek çözülmeye çalışılan bir problemdir. Bir çok cerrahi teknikte diz eklemi seviyesine kadar devam eden vertikal insizyonlar hem estetik açıdan hem de komplikasyon açısından cerrahı zorlayan bir konudur.

Vaka: 28 yaşında erkek hasta post-bariyatrik cerrahi sonrasında kaybettiği kilolara bağlı olarak meydana gelene vücut kontür deformitelerinin çözümü için plastik cerrahi servisine başvurmuştur. Jinekomasti ile birlikte planlanan mediyal uyluk kontürü düzeltme operasyonu horizontal ve vertikal planda tasarlanmış olup genç hasta olması nedeniyle vertikal insizyon kısa tutulmuştur ancak distal uyluk pitozis sorununun aşılabilmesi için insizyonsuz cildi asma ve yapıştırma yönetimi düşünülmüştür.

Teknik: Çizim tekniğinde planlanan horizontal ve kısa vertikal insizyon şekildeki gibi ortaya konulmuştur. (şekil-1 sol) Operasyon esnasında çizimdeki gibi insizyon önce horizontal sonra vertikal rezeksiyon şeklinde yapılmıştır. Uyluk pitozisin nüksünü önlemek amacıyla 4/0 emilebilir ip ile colles fasiyasına kapama dikişleri atılmıştır. Şekil 2 sağda yara hatlarının olduğu pitozis alanlarına önce suction kanülü ile infiltrasyon sıvısı verilip sonra liposuction yapılmıştır. Daha sonra beşer adet olmak üzere 4/0 prolen cilt dikişleri ile alttaki derin fasiaya asma tekniği ile cilt sabitlenmiştir. Korse eşliğinde pasuman yapılmıştır. Son olarak dikişler 5 ile 7 gün içinde tamamen alınmıştır.

Sonuç: Post bariyatrik cerrahi sonrasında uyluk bölgesinde vertikal planda meydana gelen pitozis hastalar açısından önemli bir kontür sorunudur. Ayrıca operasyon sonrası uzun insizyon skarları önemli bir estetik sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Uygulanan bu teknik ile insizyon skar deformitesi minimalize edilmiş olup hasta memnuniyeti sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *mediyal uyluk germe, post-Bariyatrik cerrahi, uyluk pitozu*

Operasyon Öncesi Çizim - Operasyon Sonrası 3.Hafta

Şekil 1 Sol

Şekil 2 Sağ

P-142
Steril Cerrahi Eldiven ile Parmakta Turnike Yöntemi

Fatih Doğan, Fatma Nilay Tutak
Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı

Giriş: El cerrahisinde özellikle parmaklara yapılacak cerrahi işlemler için hemostaz çok önemlidir. Cerrahi sahanın temiz ve kansız olması yapılan cerrahi işlemin daha hızlı ve güvenli olmasını sağlar. Cerrahi işlem sırasında parmakların her iki yanına basınç uygulayarak hemostaz sağlanabilir. Çok sayıda turnike yöntemi bu amaçla tarif edilmiştir. Sıklıkla penröz dren düz şerit şeklinde kesilip proksimal falanks çevresine sarılabilir, cerrahi eldiveninin bir parmağı kesilip parmağa turnike uygulanabilir, pnömatik yada digital turnike kullanılabilir. Biz kliniğimizde parmak bölgesinin cerrahisi için steril cerrahi eldiven kullanılarak parmaklara turnike ile birlikte bölgesel anestezi yapmaktayız. El cerrahisinde parmaklara yapılacak cerrahi işlemlerde kullanılabilecek basit güvenilir ve ucuz bir turnike yöntemi bu bildiride paylaşımak istenmiştir.

Yöntem ve Gereçler: Parmak üzerinde yapılacak cerrahi işlemlerde, hastada cerrahi alan temizliği yapıldıktan sonra sağ ya da sol steril cerrahi eldiven operasyon planlanan ele giydirilir. Ardından cerrahi işlem uygulanacak parmakların üzerindeki eldivenin parmak ucunda 4-8 mm uzunluğunda eliptik alan kesilir. Çıkarılan eldiven parçasının büyüklüğü parmak büyüklüğüne göre ayarlanır. Ardından eldivenin çıkarılan alanından itibaren eldiven ucu üzerine katlanarak proksimale kadar kesik alan ilerletilir. Bu şekilde parmağın arteryel ve venöz dolaşımı geriye doğru boşaltılır. Ardından parmakta proksimal palanksin her iki yanına anestezik ajan uygulayarak hem turnike hem de bölgesel anestezi sağlanmış olunur. Cerrahi işlemin ardından eldiven kesilerek turnike sonlandırılır.

Tartışma: Parmakla sınırlı ameliyatlar için parmak turnike kullanımı genellikle bir kol turnikesine tercih edilir. Çünkü gereksiz doku iskemisini önler. Cerrahi işlemler tek başına dijital sinir bloğu altında yapıldığı için hasta tarafından daha uzun süre tolere edilebilir. Ticari olarak parmak turnikeler üretilmiştir. Ancak bunların maliyeti daha yüksektir. Bu nedenle çoğu cerrah penröz dren ya da eldiven parmağı ile turnike yöntemi kullanılarak cerrahi işlemlerini yaparlar. Bu malzemeler ameliyathanede kolay ulaşılabilen malzemelerdir. Bizim kullandığımız teknikte cerrahi alanı boyandıktan sonra ya da eldiven ile parmağı aşamalı boğarak uygulanan turnikeden sonra anestezik ajan uygulanmaktadır. Bu hem hemostazı istenilen şekilde sağlamış olmakta hem de bölgesel anestezi uygulayarak işlemi hasta ve cerrah açısından daha konforlu hale getirmektedir. Hemostazın kontrolündeki üstünlük ve gerektiğindeki küçük serbest bırakabilme, tekniği diğer parmak turnike yöntemlerine göre daha üstün kılmaktadır. Ayrıca maliyeti pnömatik ve penröz dren kullanımına göre daha uygundur. Eldivenin kesilen parmak ucu yerine eldivenin kendisinin bütün olarak turnike işlemi için kullanımı, turnikenin parmakta unutularak iskemi ve nekroza yol açmasını önlemektedir.

Anahtar Kelimeler: *parmak, turnike, anestezi, eldiven*

Resim 1.

Steril eldiveni turnike olarak kullanımı

P-143
İlginç bir tendon yaralanmasının yönetimi

İlker Uyar[1], Serhat Yarar[2],
Mehmet Emin Cem Yıldırım[3]
[1]Tokat Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Tokat
[2]Konya Numune Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya
[3]Bilecik Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bilecik

Giriş: El yaralanmaları günlük yaşamda sık görülebilen yaralanmalardır. Bu yaralanmaların büyük bir kısmını yumuşak doku zedelenmeleri oluşturmaktadır(1). Elin tendon yaralanmaları, yumuşak doku yaralanmaları arasında önemli bir paya sahiptir. Bu çalışmada ilginç bir tendon yaralanması ile başvuran hastanın sunumu amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: 38 yaşında erkek hasta elektrikli testere ile yaralanma sonrası tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ el bileği ventralinden başlayan ve 1. parmak distal falanks radial yan tarafında sonlanan derin kesisi mevcuttu. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Turnike altında yapılan eksplorasyonda elektrikli testerenin ilgili alandaki tüm yapıları periostla beraber kaldırdığı, tenar kasların ve 1. parmak nörovasküler pedikülün sağlam olduğu ancak fleksör pollicis longus tendonunun distal falanks bazisinde yapıştığı yerden yapıştığı kemik parçası ile beraber koptuğu gözlendi. Tendon, pull-out yöntemiyle tırnak üzerine yerleştirilen silikon blok kullanılarak onarıldı. Hastaya ertesi gün kleinert atel uygulaması gerçekleştirilerek erken kontrollü egzersiz başlandı. 3. haftanın sonunda atel çıkarılıp hasta fizik tedavi ve rehabilitasyona yönlendirildi. 6. haftanın sonunda tırnak üzerine yerleştirilen silikon blok çıkarıldı. Takiplerde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Fleksör tendon yaralanmasının tedavisi, cerrahi onarımdır. Cerrahisi, ekstensör tendonlara kıyasla daha net çizgilerle çerçevelenmiştir(2). Akut ya da kronik ayrımı yapılmaksızın uygun onarım için ilk şart, yeterli görüş alanının sağlanmasıdır. Bunun için akut vakalarda cilt kesisi proksimal ve distale doğru Z kesilerle genişletilmeli, kronik vakalarda ise Bruner zigzag kesileri kullanılmalıdır. Eklemi longitudinal kat eden kesiler, sonrasında kontraktür oluşturabileceği için kullanılmamalıdır. Tendon onarımı esnasında pulleyler korunmaya çalışılmalı, özellikle A2 ve A4 pulleyin korunması için maksimum çaba gösterilmelidir. Süturasyonda çekirdek dikiş ve çevresel dikiş esastır. Dikiş materyali olarak emilmeyen sütur materyali tercih edilmelidir(3). Tamamen iyileşme ve günlük aktivitelere dönüş, 6 ayı bulabilir. Kemikle beraber olan yaralanmalarda pull-out tekniği ya da kemik tespiti için materyaller kullanılabilir. Takiplerde en sık görülen komplikasyonlar, tendon sineşisi ve kontraktürlerdir. Rehabilitasyonla desteklenmeyen onarımlar, çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlanır(4). Bunun önüne geçmek için tedavide geç kalınmamalı ve onarım tüm hastalar rehabilitasyon programına dahil edilmelidir.

Sonuç: Sonuç olarak fleksör tendon yaralanmaları, tedavi edilmezlerse ciddi morbidite oluşturan yaralanmalardır. Bu yaralanmalar, sıklıkla izole tendon kesisi şeklinde olmakla beraber nadiren de olsa bu tarz komplike tedavi ve takip gerektiren durumlarla karşılaşılabilmektedir.

Kaynaklar
1. Barton N. Sports injuries of the hand and wrist. Br J Sports Med 1997;31:191-6
2. Boyer MI, Strickland JW, Engles DR, Sachar K, Leversedge FJ. Flexor tendon repair and rehabilitation: state of the art in 2002. J Bone Joint Surg [Am] 2002;84:1684-706.
3. Elliot D. Primary flexor tendon repair-operative repair, pulley management and rehabilitation. J Hand Surg Br 2002;27:507-13.
4. BayrıO,PolatkanO,PolatkanS. Fleksörtendonyaralanmaları rehabilitasyonunda modifiye Duran yöntemi. El Cerrahisi ve Mikrocerrahi Dergisi 1993;1:22-5

Anahtar Kelimeler: *fleksör tendon, el yaralanması, pull-out*

figür

hastanın preoperatif-intraoperatif-postoperatif görünümü

P-144
Başparmağın Travmatik Amputasyonu Sonrasında İliak Kemik Flebi İle Kombine Edilmiş Kompozit Groin Flep İle Rekonstruksiyon

Barış Çin, Hikmet Can Doğruel, Yunus Emre Yılmazer, Mahmut Kılıç, Kıvanç Emre Davun, Nesibe Sinem Çiloğlu
SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Başparmak, genel el fonksiyonunun %40'ından sorumludur[1]. Bu yüzden başparmağın travmatik amputasyonu sonrasında yeterli uzunluk, stabilizasyon, güç, duyarlılık, estetik görünüm ve yumuşak doku desteği

sağlanacak şekilde rekonstrüksiyonun planlanması çok önemlidir[2]. Başparmağın optimal fonksiyonu için kabul edilebilir minimal uzunluk interfalangeal eklem seviyesidir. İnterfalangeal eklem seviyesinin distalindeki kompleks yaralanmalarda geniş rekonstrüksiyonların planlanması gerekli değildir. Başparmak rekonstrüksiyonunda birçok seçenek mevcuttur[3]. İnterfalangeal eklem seviyesi distalindeki yaralanmalarda lokal flepler tercih edilirken yaralanma seviyesi trapeziometakarpal eklem seviyesine ilerledikçe osteoplastik rekonstruksiyon, pollisizasyon, ayak parmağının ele transferi gibi kompleks cerrahi girişimler tercih edilebilmektedir[4-5-6-7]. Rekonstrüktif teknik planlanırken öncelikle hastadan detaylı medikal öykü alınmalı, sigara kullanımı, ek hastalıkları, hastanın mesleği özellikle sorgulanmalıdır. Hasta yapılacak rekonstrüktif işlemin eline kazandıracağı fonksiyon, postoperatif tedavi protokolleri, ortalama iyileşme süresi, donör saha morbiditeleri ve başparmakta elde edilebilecek estetik görüntü konusunda detaylıca bilgilendirilmelidir. Bu olgu sunumunda travmatik başparmak amputasyonu sonrası iliak kemik flebi ile kombine edilmiş kompozit groin flep ile rekonstrüksiyon yaptığımız bir olguyu bildirmekteyiz.

Olgu: 57 yaşında dominant eli sağ el olan marangoz, erkek hasta acil servisimize iş kazası sonucu 1.parmakta interfalangeal eklem seviyesinden, 5.parmakta proksimal falanks seviyesinden amputasyon ile başvurdu. Aktif sigara içicisi olan hastanın KOAH ve diyabetes mellitus hastalıkları mevcuttu. Hastaya onamları alınarak acil ameliyathanede replantasyon işlemi uygulandı. Hasta postoperif 5 gün servisimizde takip edildi, ardından poliklinik kontrollerine alındı. Hastanın poliklinik kontrollerinde 1.parmak ve 5.parmakta nekroz izlenmesi üzerine hastaya 1.parmağa yönelik iliak kemik flebi ile kombine edilmiş kompozit groin flep ile rekonstrüksiyon, 5.parmağa yönelik güdük onarımı işlemleri uygulandı. Ardından 4 hafta sonra flep ayrılması işlemi uygulanan hastanın poliklinik kontrollerinde flepte ve donör sahada akıntı ve dehisans izlenmesi üzerine hasta servisimize interne edildi. Hastanın yara kültüründe Pseudomonas aurigunosa üremesi izlendi. Hastanın donör sahasına tekrarlayan debridmanlar ve VAK tedavileri uygulandı, ardından primer sütüre edildi. Parmaktaki nekrotik flep dokusu debride edildi. Hastanın parmağındaki açık yaranın takibi sürmektedir. Hastaya transferi yapılan vaskülarize kemik greftinde union gelişmiş; ancak kemiğin distalinde nekroz gelişmiş ve üzeri yumuşak dokuyla örtülememiştir. Hastaya 3. bir rekonstrüktif cerrahi veya kemiğin kısaltılarak güdük onarımı yapılması opsiyonları detaylıca anlatılmıştır. Hastanın talebi üzerine güdük onarımı işlemi planlanmıştır.

Sonuç: Başparmak, el fonksiyonundaki kritik önemi dolayısıyla travmatik amputasyonlarında rekonstrüktif tekniğin doğru planlanması kritik önem arz etmektedir. Hastalar mesleklerine devam edebilmek için radikal cerrahi girişimler talep etmekte; ancak riskleri anlayamamaktadır. Rekonstrüktif teknik planlanırken hastanın talepleri kadar komorbiditelerinin de göz önüne alınması gerekmektedir.

Kaynakça
1-Moran SI., Berger RA. Biomechanics and hand traum: what you need. Hand Clin. 2003;19(1):17-31.
2-Lister G. The choice of procedure following thumb amputation. Clin Orthop Rel Res. 1985;195;45-51
3- Pet MA, Ko JH, Vedder NB. Reconstruction of the traumatized thumb. Plast Reconstr Surg. 2014;134/6):1235-1245
4-Woon CY, Lee JY, Teoh LC. Recurfacing hemipulp losses of the thumb: the cross finger flap revisited. Ann Plast Surg. 2008;61(4):385-391
5-Cheema TA, Miller S. One-stage osteoplastic reconstruction of the thumb. Tech Hand Upper Ectrem Surg. 2009;13(3):130-133
6-Parmaksizoglu F, Beyzadeoglu T. Composite osteocutaneous groin flap combined with neurovascular island flap for thumb reconstruction. J Hand Surg Eur Vol. 2003;28B(5):399-404
7-Sabapathy SR, Venkatramani H, Bhardwaj P. Reconstruction of the thumb amputation at the carpometacarpal joint level by groin flap and second toe transfer. İnjury. 2013;44(3):370-375

Anahtar Kelimeler: Başparmak rekonstrüksiyonu, iliak kemik grefti, osteoplastik rekonstrüksiyon

Resim1

1.fotoğraf rekonstruktif cerrahi sonrası fotoğrafıdır. 2.fotoğraf debridman sonrası fotoğrafıdır.

P-145
İleri Evre Jinekomasti›de Konvansiyonel Liposuction›ın Etkinliği

Cemal Fırat, Semih Özçınar
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Jinekomasti erkek meme dokusunun benign büyümesi şeklinde tanımlanabilir ve yapılan son çalışmalara göre insidansı %32-36 şeklindedir.(1) Türkiye'de Neyzi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ülkemizdeki jinekomasti sıklığı 9-17 yaş arasında %7 olarak tespit edilmiştir.(2) Jinekomasti ileri yaş ve bebeklik döneminde de görülebilmekle birlikte en sık pubertal dönemde tanı alır. Tedavisinde çok farklı cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Açık yaklaşımla cerrahi eksizyon, liposuction veya ikisinin birlikte kullanılması ve artoskopik traşlama yapan cihazların kullanılması gibi birçok teknik mevcuttur. Açık teknikle gland ve cilt eksizyonu sadece ileri evre jinekomastilerde kullanılmaktadır. Açık cerrahi vazgeçilmez bir tedavi seçeneği haline gelmiştireksizyonun uzun, belirgin bir skar dokusu ve ölü boşluk oluşturabilme gibi sonuçları vardır. Bu yüzden liposuction ve ultrason destekli liposuctionın jinekomasti tedavisinde kullanımı vazgeçilmez bir tedavi seçeneği haline gelmiştir.

Olgu Sunumu: 55 yaşında erkek hasta 5 yıldır jinekomasti öyküsü mevcut. Hasta kliniğimize başvurduktan sonra fizik muayenesi yapıldı. Simon evrelemesine göre evre 3 olarak değerlendirildi. (Resim 1-2) jinekomasti etyolojik nedenlerine yönelik rutin hormon ve biyokimya testleri yapıldı. jinekomasti etyoljisi ile ilgili herhangi neden bulunamayınca idiyopatik olarak değerlendirildi. Hastaya operasyon planlandı. Preop USG taraması yapıldı. Hastaya genel anestezi altında her iki ön aksiller hizasında 1 cmlik insizyon ile suction asisted liposuction uygulaması yapıldı. Her iki meme palpasyon ve pinch ile kontrol edilerek simetri sağlandı. İntraop elastik bandajları sarıldı. Postop 6 hafta jinekomasti korsesi kullanıldı. (Resim 3-4)

Tartışma: Jinekomasti Yunanca'dan gynec(feminen) ve mastos (meme) kelimelerinden türetilmiştir. (3) Jinekomasti erkeklerdeki benign meme büyümesinin en sık nedenidir ve östrojen ile androjen arasındaki dengesizliğin sonucu olarak ortaya çıkar. Spontan regresyon çok olası değildir. Periduktal fibrozis ve hiyalinizasyon mevcudiyetinde regresyon görülmez. Bu yüzden cerrahi seçenek elzem hale gelir. Cerrahi planlamada karar verilmesi gereken bir diğer konu cilt eksizyonunun yapılıp yapılmayacağıdır.Simon evre 1 ve 2a hastalarda cerrahi eksizyon ve lezyon glandüler, yağlı ise liposuction ile kombine edilebilir. Cerrahi eksizyon yapılması planlanıyorsa periareolar insizyon kullanılabilir. Evre 2b hastalarının başlangıç tedavisi evre 1 ve 2a nınki gibidir. Deri eksizyonu genellikle gerekmez. Fibröz bir paterne sahip ise açık teknik tercih edilir. Konansiyonel liposuction sonrası gelişen sunkutanöz firotik ortam, cilt fazlalığı olan ileri evre hastalarda cilt eksizyonu gerektirmeden, cilt kontaksiyonu ve uygun meme konturu ile sonuçlanabilir. Simon evre 3 hastalarda deri eksizyonu genellikle gereklidir. Literatürde Simon evre 3 hastalarda hastalarda cilt eksizyonunun hemen her zaman gerekliliği konusundan bahsedilse de (4), kliniğimizde sadece liposuction ile tedavi ettiğimiz evre 3 olan ve preop USG'sinde yağlı, glandüler bir paterne sahip bu hastada, cilt eksizyonu ihtiyacı doğmadan iyi kontur ve yeterli rezeksiyon ile birlikte hasta memnuniyetinin iyi olduğu bir sonuç elde ettik.

Sonuç: Jinekomasti tedavisinde hasta memnuniyeti ile birlikte minimal skar ve kabul edilebilir doku bırakmak en önemli hedefler arasında olmalıdır. Planlanan cerrahi tekniğin skar dokusu bırakmadan veya minimal skar dokusu ile birlikte, yeterli glandular ve yağ doku eksizyonu yaparak iyi bir estetik sonuç elde etmesi gerekir. Liposuctionın diğer cerrahi tekniklere skar dokusu bırakmadan ya da minimal skar dokusu ile sonuç elde etme gibi üstünlüğü vardır. Simon evre 2a, 2b ve 3 evrelerde açık cerrahiye gerek kalmadan sadece liposuction ile başarılı bir şekilde düzeltilebilir.

Kaynakça:
1. Ruth E, Johnson MD, Murad MH. Gynecomastia: Pathophysiology,
evaluation and management. Mayo Clin Proc 2009; 84(1): 1010-1015.
2. O Neyzi, H Alp, A Yalcindağ, S Yakacıklı. A Orphon. Sexual maturation in Turkish boys. Annals of Human Biology1975; 2:251.
3. Vacuum-assisted minimally invasive surgerydAn innovative method
for the operative treatment of gynecomastia
*Yu Yao, MD, Yi Yang, MD, Jiawei Liu, MD, Yue Wang, MD, Yi Zhao, MD, PhD**
4. The round-the-clock technique for correction of gynecomastia
Mauro Tarallo, Giuseppe Di Taranto, Nefer Fallico, Diego Ribuffo
Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Sapienza University, Rome, Italy

Anahtar Kelimeler: *İleri evre, Jinekomasti, Liposuction*

Resim 1-2 preop, Resim 3-4 postop

P-146
Nazal Kanatta Bcc Eksizyonu Sonrası Nazolabiyal Ada Flebi İle Rekonstrüksiyon Olgu Sunumu

Adnan Menderes, Merve Terzi, Can Karaca, Alper Geyik, Merve Özger, Tahir Babahan
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Bazal hücreli karsinoma en yaygın deri kanseri tipidir. Genellikle güneş ışınına maruz kalan baş boyun bölgesinde sık görülür. İmmunsupresyon, PUVA tedavisi, açık ten rengi, arsenik maruziyeti gibi çeşitli risk faktörleri BCC etyolojisinde yer alırken sendromlara da eşlik edebilir. Klinik olarak nodüler, morfeaform, yüzeyel yayılan gibi pek çok formda görülebilirken histolojik olarak pek çok alt tipi bulunur. Klinikte en yaygın nodüler tip izlenir. Lokal invazyon gösterir ve çoğunlukla yavaş büyüme gösterirken agresif seyreden formları da bulunur. Tedavide en çok tercih edilen yöntem eksizyon iken kriyoterapi, radyoterapi, imiquimob, 5-Flourouracil gibi alternatif tedavi yöntemleri seçili hastalarda kullanılmaktadır.

Olgu Sunumu: Sol nazal kanatta kurutlu lezyon nedeni ile dermatoloji kliniğine başvuran ve yapılan insizyonel biyopsi sonucu BCC olarak raporlanan 42 yaşındaki kadın hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı bulunmayan, 25 paket/yıl sigara kullanımı olan hastanın kolesistektomi ve abdominoplasti operasyon öyküsü mevcuttur. Soygeçmişinde babası lenfoma nedeniyle ex olup ailede bilinen deri kanseri öyküsü yoktur. Hastanın yapılan tetkiklerinde laboratuvar sonuçları normal değerlerde olduğu görülmüştür. Fizik muayenede sol alar grove ve nazolabial bölgenin kesişiminde üç mm çapında, önceki yapılan biyopsiye sekonder olduğu düşünülen kurutlu, sınırları düzensiz lezyon saptandı. Baş boyun bölgesinde ele gelen lenfadenopati saptanmadı. Lezyona sınır koyularak oluşacak defekt için nazolabial inferolateral bazlı flep tasarlanarak çizildi. Lezyon dört mm sınır koyularak eksize edildi ve kanama kontrolü sağlanması ardından nazolabial bölgeden subkutan pediküllü ada flep, oluşan defekte ilerletilerek defekte adapte edildi ve 5.0 poliglecaprone-25 sütür ile cilt sütüre edildi. Donör

alanı primer sütüre edildi. Hastanın poliklinik takiplerinde postoperatif birinci ayda sütürleri toplandı ve patoloji sonucu bazal hücreli karsinom, çevre ve taban sınırlar salim olarak raporlandı. Poliklinik takiplerinde flepte nekroz, yara dehissansı, enfeksiyon saptanmadı.

Tartışma: Bazal hücreli karsinom tüm deri kanserlerinin yaklaşık %80inin oluşturan lokal invazyon gösteren, yavaş seyirli bir tümördür. En sık güneşe fazla maruz kalan baş boyun bölgesinde saptanmaktadır. Alar rimde görülen BCC eksizyonu sonrası oluşan defekti kapatmak için çeşitli cerrahi yöntemler mevcuttur. En sık kullanılan flepler nazolabial ve frontoglabellar bölgeden tasarlanır. Nazolabial fleplerin dezavantajı yüzün estetik subunitlerinden biri olan nazolabial foldda düzensizliğe yol açabilmesidir. Olgumuzda bu subuniti korumak ve daha iyi bir estetik görünüm elde etmek amaçlı nazolabial alandan subkutan pediküllü ada şeklinde ilerletme flebi tasarlanmıştır. Bu sayede hem estetik subunit olan nazolabial foldu daha çok korunmuş hem de tek basamakta rekonstrüksiyon sağlanmıştır.

Sonuç: Estetiksel olarak değerlendirildiğinde, postoperatif dönemde daha iyi sonuçlar elde edilmesi nedenli alar rim tümör eksizyonu sonrası oluşacak defektlerde subkutan pediküllü nazolabial fleplerin kullanılması, oluşan skarın azaltılmasında ve hastanın skar açısından memnuniyetinde artma sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: *Alar, Bazal, Flep, Karsinom, Nazolabiyal*

P-147
Parmak Dorsum Defektlerinde "Adipofasyal Flep" Uygulaması, Olgu Sunumu

Tevfik Balıkçı, Caner Gelbal, Ayla Metin, Fahri Sabancıoğullarından, Mehmet Erdem
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Elde meydana gelmiş kemik ya da tendonların ekpoze olduğu cilt ve doku defektleri rekonstrüksiyon açısından aşılması zor problemlerdir;çünkü ekspoze olan vital yapıların fonksiyonlarını devam ettirebilmeleri için erken dönemde yapılan cerrahiler büyük önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda parmak dorsumundaki komplike cilt defektinin aynı parmaktaki adipofasyal flep ile rekonstrükte edilmesi anlatılmıştır.

Materyal & Metod: Kliniğimizin acil bölümüne ayaktan başvuran 16 yaşındaki erkek hasta sağ el 3. ve 4.parmak dorsumunda meydana gelen yaralanma açısından incelenmiştir. 4. Parmakta yüzeyel(pansuman ile takip edildi), ancak 3. parmakta dorsal zon 1- tırnak yatağı hattı boyunca uzanan edc tendonu total ekspoze edecek şekilde derin yaralanması bulunan hastaya lokal anestez ve turnike altında müdahele edilmiştir. Defektten başlayarak parmak proksimalinde dorsal zon 1-2 hattı z plasti ile insize edilip adipofasyal flep paratenona dek disseke edilmiştir. Takiben defekt proksimaline dek eleve edilen flep transpoze edilerek defekt üstüne dikkatlice örtülmüştür. Turnike açılarak flepte dolaşım olduğu teyit edilmiştir. Son olarak adipofasyal flep üstüne tam kalınlıkta deri grefti adapte edilmiş, insizyonel saha ise primer suturasyon ile kapatılmıştır.

Bulgular: Operasyon sonrasında erken dönemde 3 gün aralıklarla kontrole çağrılan hastada deri greftinin flep üstüne adapte olmayarak eridiği görülmüş ancak adipofasyal flebin viabilitesini yitirmediği izlenmiştir. Yaklaşık bir hafta kadar düzenli pansuman ile takip edilen hastada yeterli granülasyon dokusu oluştuktan sonra flep üstü tekrar TKDG ile örtülmüştür. Takip eden kontrol periyotlarında ikinci deri grefti uygulamasının başarılı olduğu izlenip hastanın rutin kontrolleri devam etmiştir. Bir ayın sonunda defektin totale yakın kapanmasının ardından hasta parmak motor fonksiyonlarını geri kazanılması açısından fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın parmak motor fonksiyonlarında kalıcı hasar oluşmazken hasta ağrı, hassasiyet, soğuk-sıcak intoleransı gibi şikayetlerden yakınmamıştır. Bu dönemde yara bölgesinde hafif deskuamasyon oluşsa da hasta sonuçtan memnun olduğunu belirtmiştir.

Tartışma & Sonuç: Elde meydana gelen dorsal deri defektlerinin rekonstrüksiyonunda çok çeşitli flepler kullanılmış ve günümüzde hala kullanılmaktadır. Bunlar güzel seçenekler olsalar da bu fleplerin donör sahada bıraktıkları geniş skar dokusu dezavantajları olarak sayılabilir. Dorsum defektlerinin anatomiksel olarak komplike bir bölgede, kapatılması zor defektler olduğu düşünülürse sağladığı doku yastığı desteği, vital yapıları kolayca kapatabilmesi, disseksiyon kolaylığı, görece kısa operasyon süresi ve homodigital –heterodigital arter flebi gibi digital arter sakrifikasyonunu gerektirmemesi adipofasyal flebi bu tarz yaralanmalarda alternatif haline getirebilir. Bu bakımdan adipofasyal flebin eldeki dorsal ve derin doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılmak üzere seçkin bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: *adipofastal flep, el, tendon, rekonstrüksiyon*

postop adipofasyal transpoze flep görünümü

P-148
Kondom Katater Kullanımına Bağlı Total Penis Gangreni

Fatih Doğan[1], Fatma Nilay Tutak[1], Dicle Aksöyler[2]
[1]Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adıyaman
[2]2, Yuh-Der Road, Taichung City Taiwan 40447

Yatalak ve idrar kaçıran olgularda kondom katater idrarın boşaltılması için sıklıkla kullanılmaktadır. Kondom katater kullanımına bağlı penis gangreni nadir görülmektedir. Bu komplikasyonu engellemek için kataterin düzgün takılması önemlidir. Kondom katater takılırken temiz ve kuru olması gereklidir. Aynı zamanda kataterle temas edecek penil bölgenin etrafındaki kıllar temizlenmelidir. Uygun boyutta katater seçilmelidir. Bizim olgumuzda 75 yaşında serev-brovaskuler hastalık nedeniyle hemiparazi ve üriner inkontinansı mevcutmuş,tedavisi tamamlandıktan sonra olguya kondom katater takılarak taburcu edilmiş. Olgu yaklaşık 2 hafta sonra penis bölgesinde renk değişikliği ve ödem gelişmesi şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Olgunun muayenesinde kondom kataterin yapışkan bandı penis proksimaline bası yaptığı görüldü. Olgunun penisinde demarkasyon hattı mevcuttu (fotoğraf 1).Olgunun katateri ivedilikle çıkarılarak penil doppler yapıldı ve arteryel dolum olmadığı saptandı.Olguya penektomi ve sistostomi yapıldı. Olgu iyilik haliyle taburcu edilirken, Üroloji polikliniğine perineal sistostomi için yönlendirildi. Kondom katater uygulanan hastaların kataterleri çok sıkı sabitlenmemelidir,uygulamadan sonra 1-2 saat gözlemlenmesinin faydalığı olduğunu düşünmekteyiz. Aynı zamanda kondom katater 48 saatte bir değiştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *kondom katater, penil nekroz, penektomi*

Fotoğraf 1

Total Penis Gangreni

P-149
Alt ekstremitedeki geniş çaplı defektin keystone flep ile rekonstruksiyonu

Göktekin Tenekeci, M Baver Acaban,
Atakan Meriç Kahraman, Erkan Pinegöz,
Ali Cem Oktay
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Alt ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonunda serbest flep ve perforatör flep gibi komplike tekniklerin yanısıra lokal flepler ile rekonstrüksiyon seçeneği de mevcuttur. Tüm defektlerde olduğu gibi ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanacak olan teknikte basit, kolayca uygulanabilir olmalı ve kısa bir sürede gerçekleştirilmelidir. Keystone flebi özellikle alt ekstremite defektlerinin kapatılmasında basit, hızlı uygulanabilir olması ve güvenli olması ile iyi bir seçenektir.

Gereç-Yöntem: Ateşli silah yaralanması sonrasında sağ uyluk anteromedialinde distal 1/3'te 15x10 cm'lik ve fermoral arterin destürkte olduğu defekt mevcuttu. Femoral arter safen ven grefti ile KVC kliniği tarafından onarıldı.Cilt defektinin ve vasküler yapılarının üzerinin kapatılması amacıyla defektin lateralinden keystone flebi uygulandı.

Sonuç: Vakamızda defekt komşuluğunda bulunan ALT flebinin perforatörleri yüksek enerjili travma nedeniyle güvenli bulunmadığından, bölgenin rekonstrüksiyonu lokal flep seçeneklerinden biriyle onarılması gerekmiştir. Bu seçenekler arasında bulunan keystone flep hem büyük hacimde tasarlanabilmesi hem de çok sayıda perforatör tarafından vasküler destek sağlaması nedeniyle tercih edildi. Keystone flebi büyük boyutlardaki vasküler yaralanmanın eşlik ettiği uyluk medial yüz defektlerinin kapatılmasında hem vasküler yapıya baskı yapmayacak şekilde hem de cilt flebinde gerginlik olmayacak şekilde rekonstrüksiyona izin verdiğinden iyi bir seçenek oluşturmaktadır.

Tartışma-Sonuç: Keystone flebi alt ekstremite defektlerinde başarılı bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. Diğer lokal flep seçeneklerinden biri olan transpozisyon flebinde yeterli vasküler destek olmadığından dolayı kısmi flep nekrozuyla karşılaşılabilmektedir. Keystone flebi defekte paralel tasarlanmasından ve geniş bir alanı içermesinden dolayı çok sayıda perforatöre sahiptir. Bu nedenle flepte kısmi nekroz nadiren görülmektedir. Serbest flep ya da perforatör flep ile rekonstrüksiyon seçeneğinde uzun süren preoperatif bir hazırlık ve uzun süren bir intraoperatif diseksiyon gerekmektedir. Donör alan genellikle greft ile rekonstrükte edilmektedir ve bu durum donör alan morbiditesi yaratmaktadır. Keystone flebinin ise donör alan morbiditesi minumumdur ve ikinci bir rekonstrüksiyon seçeneğine gerek duymamaktadır. Keystone flebi ekspoze olan kemik, vasküler yapıları, tendonları gerilim oluşturmadan ve altındaki yapılara bası oluşturmadan başarılı bir şekilde örtebilmektedir. Keystone flebi alt ekstremite kusurlarını en az morbidite ile güvenli bir şekildi rekonstrükte ederek ileri mikrocerrahi tekniklere duyulan ihtiyacı en az indirmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Alt ekstremite, Defekt, Keystone flep*

P-150
Geniş glabellar defekte modifiye O-T Flep tekniğinin uygulanması

Özer Özmut, Yağmur Bakkaloğlu, Kenan Arifoğlu
Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi, Lefkoşa

Giriş: Geniş glabellar defekt eksizyonu gerek frontal bölgenin ortasında bulunması gerekse de orbital ve nasal komşuluklarının olması açısından hem estetik açıdan hem de komplikasyon açısından zor ve dikkatli düşünülüp planlanması gereken bir operasyondur.

Vaka: 25 yaşında erkek hastada doğumdan beri devam eden ve gittikçe büyüyen defektin gerek kozmetik gerekse de patolojik yönden eksizyonuna karar verilmiştir. Ayrıca öncesinde yapılan iğne biyopsi ile beign patolojik lezyon tanısı konulmuştur. Lokalizasyon açısından glabellar bölgede sağ koregatör kasın medialine lateralize olmuş ve kaşları da içine alan 18 * 20 mm çapındaki defektin en iyi estetik ve komplikasyonsuz sonucu için literatür taraması ile birlikte O - T insizyonel eksizyonu düşünülmüştür.

Teknik: Çizim tekniğinde her iki kaş superior hattı sınırına flap kaydırma alanı oluşturabilmek için orta hattan 3 cm giderek çizildikten sonra yuvarlak olarak lezyonun geniş çaplı eksizyonel sınırları çizilmiştir. (şekil-1 üst) Daha sonra defekt eksiyonu ve kaş superior hattı sınırı insizyonu özellikle supraorbital sinir ve supratrochlear sinir korunarak yapılmıştır. Ortaya çıkan O-T flep frontal bölümleri dekole edilerek flep serbestleştirmesi sağlanmıştır. Şekil 2 alt sağ da belirtilen A, B ve C noktaları öncelikli olarak 4/0 emilebilir ip ile karşılıklı getirildi. Daha sonra kaş simetriside sağlanacak şekilde fleplar kendi arasında 4/0 emilebilir ip ile cilt altı 5/0 ve 6/0 prolen ipler ile dikilerek şekil 2 alt sol daki gibi defekt alanı kapatıldı.

Sonuç: Geniş glabellar defekt eksizyonu için planlama yapılırken gerek iyi estetik sonuç gerekse de cilt gerginliğinin getirdiği komplikasyonları minimalize etmek açısından O-T flep tekniğinin ilk tercihler arasında olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Glabellar Defekt, Geniş Eksizyon, O-T Flep*

Şekil 1 üst, Şekil 2 alt sağ, Şekil 2 alt sol

Şekil 1 üst: Çizim Tekniği, Şekil 2 alt sağ: Flap sütur noktaları, Şekil 2 alt sol: Erken postop. görünüm

P-151
Pandemi Döneminde Kişisel Koruma için Giyilen Maskelerin Kepçe Kulak Cerrahisi Geçiren Hastalarda Posterior Auriküler İnsizyonlarını Koruması için Tasarlanan Düğmeli Kafa Bandı

Burak Özkan, Çağrı Ahmet Uysal, Nilgün Markal Ertaş
Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Dünya Sağlık Örgütü yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) için küresel salgın ilan ettiğinden beri, hastalığın bulaşmasını sınırlandırmak için küresel halka kendini koruma ve sosyal mesafe koyma şiddetle tavsiye edilmektedir. Koruyucu maskeler, kontaminasyon riskini azaltan kanıtlanmış ürünlerden biridir. Küresel pazarda yüksek koruyucu N95 maskelerden basit cerrahi maskelere kadar çeşitli maskeler satılmaktadır. Yüksek koruyucu maskeler genellikle sağlık çalışanları için tercih edilirken, halk nispeten daha ucuz basit cerrahi maskeleri veya hükümetler tarafından ücretsiz sağlanan basit maskeleri tercih etmektedir. Gözlemlerimize göre hastalarımızın çoğu basit cerrahi maske takmaktadır. Tek bantlı cerrahi maskeler desteğini iki taraflı arka kulak kepçesinden sağlar ve aşırı kullanım sonrası arka kulak kepçesinde rahatsız edici ağrı ve hiperemiye neden olur. Şeritin sıkışması, kepçe kulak ameliyatı gibi arka sulkus ile ilişkili ameliyatlar geçirecek hastalar için ağrı ve yara açılması gibi bir sorun olabilir. Bu senaryoda tek şeritli daha ucuz maskelerden kaçınılmalı ve hastalara çift askılı yüksek koruyucu maskeler önerilmelidir. Ancak çift bantlı yüksek koruyucu maskelerin uygun fiyatta olması pandemide sorun teşkil etmektedir. Böylece kepçe kulak ameliyatı geçiren hastalarda, saç bantlarına düğmeler eklenerek arka kulak sulkusu kesisinin maske kayışının sıkışmasından korunmasını amaçladık.

Düğme Kafa Bandı Hazırlanması

Kafa bandı başa takılır ve kulak kepçesinin konkal bölgesi üzerindeki yeri işaretlenir. Sağ ve sol işaretli alana 0,7 veya 1 inç düğmeler dikilir. Düğmeli kafa bandı, tek kullanımlık tek şerit koruyucu maske veya birden fazla kullanılabilir maske ile kullanılabilir. (Figür 3)

Tartışma: Kepçe kulak ameliyatı sıklıkla uygulanan estetik işlemlerden biridir. Kepçe kulak için yaygın olarak kabul edilen yaklaşım posterior yaklaşım iken, bazı yazarlar kepçe kulak deformitesini düzeltmek için anterior yaklaşım kullanmaktadır. Bu durumda bile, arka kulak sulkusundan geçen tek askılı maskelerin takılmasını hala önermiyoruz. Kulak kepçesinin ödemi, kordonun ağrısını gölgeleyebilir ve saç-turnike sendromunda benzer bir patofizyoloji gibi şişmiş deride daha derin yırtıklara yol açabilir. Pandemide çoğu departman elektif vakaları ertelese de maskeli kendini koruma ve sosyal mesafenin daha uzun süre devam edeceği görmektedir. Pandemide kepçe kulak ameliyatı sonrası hastaların temin etmekte zorlanabilecekleri çift bantlı maskelere göre düğmeli kafa bandımızın kolay hazırlanabilen ve alternatif bir çözüm olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: *covid-19, kepçe kulak, pandemi, kafa bandı, cerrahi maske, düğmeli kafa bandı*

Resim 1

Kepçe kulak cerrahisi sonrası önerilen konvansiyonel kafa bandına düğme dikildikten sonra, halkın en cok tercih ettiği maske modelleri üzerindeki görünümü ve maske ipinin kulaktan geçmesinin engellenmesi