TÜRK PLASTİK
REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK
CERRAHİ DERNEĞİ
1961

BÜYÜK TAARUZ'UN 100.YILI

44. Ulusal Kurultayı

2-6 KASIM 2022

Gloria Otel ve Kongre Merkezi / **ANTALYA**

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

Değerli Meslektaşlarım,

Camiamızı bir araya getiren en büyük organizasyonlarımızdan birisi olan Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği ulusal kurultayımızı bu yıl 2-6 Kasım 2022 tarihlerinde Antalya'da gerçekleştirecek olmanın heyecanını taşıyoruz.

Büyük taarruzun 100. Yılında Cumhuriyetimizin ilanına giden o muhteşem günleri anacak ve bir kez daha bize bu güzel vatanı emanet eden Mustafa Kemal Atatürk ve silah arkadaşlarını rahmet ve minnetle yâd edeceğiz.

Paneller, Deneyim Aktarım Sınıfları ve Sözlü Bildiri oturumları ile tam bir bilgi ve tecrübe paylaşımı şöleni yaşayacağımız bu özel günler sizlerin katılımı ve katkıları ile anlamlı hale gelecektir.

44. Kurultayımızda Antalya'da buluşmak üzere, sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Zekeriya TOSUN
TPRECD YK Adına

TPRECD Yönetim Kurulu

Başkan
Dr. İbrahim Vargel

Başkan Yardımcısı
Dr. Cenk Demirdöver

Genel Sekreter
Dr. Bülent Saçak

Bilimsel İşler Sorumlusu
Dr. Zekeriya Tosun

İnternet ve Bülten/e-Dergi Sorumlusu/Sayman
Dr. Uğur Anıl Bingöl

TTB-Tarihçe ve Üyelik Sorumlusu
Dr. Ömer Buhşem

Üye
Dr. Eksal Kargı

Bilimsel Kurul

Abbas Albayati
Abdulkerim Olğun
Adnan Menderes
Ahmet Biçer
Ahmet Demir
Ahmet Demir
Ahmet Hamdi Sakarya
Alper Aksoy
Alper Sarı
Andaç Aykan
Anıl Demiröz
Atilla Çoruh
Berrak Karatan
Billur Sezgin Kızılok
Bora Edim Akalin
Bülent Saçak
Burak Kaya
Burak Özkan
Burak Sercan Erçin
Burak Yaşar
Cafer Tayyar Selçuk
Çağla Çiçek
Çağrı Uysal
Canser Yılmaz Demir
Dağhan Dağdelen
Dicle Aksöyler
Elif Şanlı
Emir Burak Yüksel
Enver Aydın
Erol Kesiktaş
Erol Kozanoğlu
Ersin Gür
Fatih Tekin
Fatma Bilgen
Fethiye Damla Menkü Özdemir
Figen Özgür
Galip Gencay Üstün
Gökçe Yıldıran
Gökhan Sert
Gökhan Tunçbilek
Göktekin Tenekeci
Haldun Kamburoğlu
Haluk Duman
Hasan Murat Ergani
Hasan Utkan Aydın
İbrahim Barış Çağlar
İbrahim Tabakan
İbrahim Vargel
İlker Uyar
Işıl Akgün Demir
İsmail Küçüker
Kamuran Zeynep Sevim
Kemal Uğurlu
Kemalettin Yıldız
Mehmet Altıparmak
Mehmet Emin Cem Yıldırım
Merdan Serin
Mert Çalış
Metin Görgü
Mustafa Keskin
Mustafa Sütçü
Necmettin Karasu
Nihal Durmuş Kocaaslan
Nuh Evin
Onur Çukurluoğlu
Osman Akdağ
Perçin Karakol
Ramazan Erkin Ünlü
Rana Kapukaya
Şakir Ünal
Sebat Karamürsel
Serdar Tuncer
Serhan Tuncer
Serhat Şibar
Şeyda Güray Evin
Sinan Öksüz
Soysal Baş
Süleyman Çeçen
Tekin Şimşek
Tuğba Gün Koplay
Yağmur Aydın
Yağmur Yaprak Bali
Yakup Karabağlı
Yasin Canbaz
Zekeriya Tosun
Zeynep Deniz Akdeniz Doğan

Asistan Bildiri Yarışması Kurulu

Dr. Ahmet DEMİR
Dr. Şakir ÜNAL
Dr. Ali Rıza ERÇÖÇEN
Dr. Ömer BERKÖZ

Ön Eleme Kurulu Üyeleri

Deneysel Juri
Dr. Ali Emre AKSU
Dr. Kemal FINDIKÇIOĞLU
Dr. Eyüphan GENCEL
Dr. Derya ÖZÇELİK
Dr. Ayşin Karasoy YEŞİLADA

Klinik Juri
Dr. Erol BENLİER
Dr. Gaye FİLİNTE
Dr. Ethem GÜNEREN
Dr. Murat LİVAOĞLU
Dr. Tekin ŞİMŞEK

Uzman Araştırma Yarışması Kurulu

Dr. Zekeriya TOSUN
Dr. Erol BENLİER
Dr. Hakan UZUN

Uzman Araştırma Yarışması Değerlendirme Jürisi

Deneysel
Dr. Semih BAĞHAKİ
Dr. Mehmet BOZKURT
Dr. Koray COŞKUNFIRAT
Dr. Eyüphan GENCEL
Dr. Tonguç İŞKEN
Dr. Zekeriya TOSUN (Yönetim Kurulu adına)
Dr. Gökhan TUNÇBİLEK

Kliniği
Dr. Ömer BERKÖZ
Dr. Yavuz DEMİR
Dr. Murat Sinan ENGİN
Dr. Kemal FINDIKÇIOĞLU
Dr. Burak KAYA
Dr. Zekeriya TOSUN (Yönetim Kurulu adına)
Dr. Muhammet URALOĞLU

UZMAN BİLDİRİ YARIŞMASI

DENEYSEL DAL

Meme Kanseri Tedavisinde Meme Koruyucu Cerrahinin Planlamasında Kullanılmak Üzere Yeni Biyobelirteçlerin Araştırılması

Özlenen Özkan, Ömer ÖZKAN, Gamze TANRIÖVER, Mustafa Gökhan ERTOSUN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET

Giriş: Kadınlarda en sık görülen kanserlerin başında gelen meme kanserinin tedavisi günümüzdeki sağlık harcamalarının büyük kısımlarından birini oluşturmaktadır. Görülme sıklığının artması ile doğru orantılı olarak artan sağlık harcamaları nedeniyle meme kanseriyle gerek farmasötik gerekse cerrahi açıdan savaş günümüzde oldukça önem kazanmıştır.Genetik ile ilişkilendirilen bu kanserin yeni hedeflerinin ve genetik yatkınlığının araştırılması kanserin progresyonunu ve tedavisinin planlanması açısından oldukça önemlidir.Literatürde meme kanseri tedavisinde kullanılan meme koruyucu cerrahinin planlanmasında BRCA mutasyonu haricinde spesifik herhangi bir biyobelirtecin olmadığı bilinmektedir.

Meme kanseri ile daha önce ilişkisi gösterilen E2F1 faktörünün, fizyolojik koşullarda görülen PKA aracılı fosforilasyonunun kanser progresyonu üzerine olan etkilerinden literaratürde daha önce hiç bahsedilmemiştir. Bu bilgiler doğrultusunda hücre fizyolojisinde ve birçok kanser türünde etkili olan E2F1 transkripsiyon faktörünün, fizyolojik koşullarda görülen post-transşasyonel modifiksyonlarından olan PKA aracılı fosforilasyonun meme kanseri progresyonu ve metastatik özellikleri üzerindeki etkilerinin araştırılması ve elde edilen veriler doğrultusunda meme koruyucu cerahinin planlanması için yeni biyobelirteçlerin belirlenmesi projemizde hedeflenmiştir.

Yöntem ve Araç: Fare metastatik meme hücre hattı 4T1'den RNA izolasyonu yapılarak cDNA ve hücresel genomik E2F1 geni elde edildi. Elde edilen 4T1 genomik E2F1 geni pcDNA3.1 plasmidine klonlandıktan sonra PKA fosforilasyon bölgeleri Bölge-Spesifik Mutasyon yöntemi ile fosforilasyonu taklit eden Glutamik Asit ve fosforilasyonu imkânsız hale getiren Alanin aminoasidine çevirildi. Bu mutant plasmidler ile transfekte edilen 4T1 hücreleri -fosforilasyon değişimlerinin proliferasyona etkisinin araştırılması için-MTT analizine;metastaza etkisinin araştırılması amacı ile migrasyon analizine tabii tutuldu. İn vivo deneyler için de elde edilen mutant hücre hatları farelere ortotopik olarak enjekte edilerek meme kanseri modeli oluşturuldu.Tümör gelişimi ve büyümesi takip edildi. Deney sonunda tümör patolojisi ve metastatik özelliklerinin analizi için histolojik deneyler yapıldı.

Bulgular: Yapılan proliferasyon deneyinde 4T1 hücrelerinin E2F1'in PKA-aracılı fosforilasyonlarının inhibe edilen formlarının (Alanin) hücre proliferasyonunu istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemediği, PKA-aracılı fosforilasyonlarının taklit edildiği (Glutamik Asit) durumda ise hücre proliferasyonu azalttığı görülmüştür. Migrasyon analizi sonucunda ise fosforilasyonun engellendiği mutasyonlarda hücresel migrasyonun arttığı görülmüştür. İn vivo deneylerde E2F1 proteininin S364 bölgenin fosforilasyonunun engellenmesinin tümörün büyümesini ve tümörün metastatik özelliğini -karaciğer metastazını- arttırdığı görülmüştür.

Sonuçlar: E2F1 transkripsiyon faktörünün PKA aracılı fosforilasyonunun meme kanseri patofizyolojisinde etkili olduğu literatürde ilk defa projemiz verileri ile gösterilmiştir. Meme kanseri tedavisinde alınan biyopsi örneğinde E2F1 proteininin 364. bölgesinin fosforilasyonunun araştırılması ve bu bölgedeki fosforilasyon paternine göre rekonstrüksiyon planlamasının yapılması ve lenf nodu disseksiyonunun yapılması gerekliliği proje verilerimiz sonucunda görülmektedir.

Düz silikon, pürtüklü silikon ve poliüretan implant yüzeylerinde, lokal antibiyotik uygulamasının etkinlik ve süre açısından invivo karşılaştırılması

Ebubekir KARAKAŞ, M. Sühan AYHAN, Oğuzhan KARASU, Ceren ÖZKUL, Meltem YALINAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET

Kapsül kontraktürü silikon implantlarla yapılan meme büyütme ve meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarından sonra en sık görülen komplikasyonlardandır. Bu duruma yol açan bilinen en sık neden biyofilm oluşumu ve yarattığı subklinik enfeksiyondur. Biyofilm ve subklinik enfeksiyon "Meme implantı ilişkili Anaplastik Large Cell Lenfoma (BIA-ALCL) gelişiminde de suçlanmaktadır.

Bu çalışmada kapsül kontraktürü etiyolojisinde en önemli neden olan biyofilmi ve subklinik enfeksiyonu önleyecek olan lokal antibiyoterapi uygulamasının farklı yüzey özelliklerine sahip implantlardaki etkinlik gücü ve süresi araştırılmıştır.

Çalışmada 36 adet wistar albino türü sıçanlar kullanıldı. Sıçanlar her bir grupta 6 adet olacak şekilde 6 ana gruba ayrıldı. Her sıçanın sırt bölgesine 3 adet cep oluşturularak düz, poliüretan ve pürtüklü yüzeyler randomize şekilde yerleştirildi. Tüm gruplardaki örneklere uygulama öncesi 10^7 Staphylococcus epidermidis ekildi. Grup 1-2-3'teki sıçanlara sadece bakteri inokülasyonu yapılmış örnekler yerleştirilirken, grup 4-5-6'daki sıçanlara ilaveten rifampisin uygulanmış örnekler yerleştirildi.

Grup 1-4'teki örnekler 1.saatte, grup 2-5'teki örnekler 6.saatte, grup 3-6'daki örnekler 24.saatte çıkarıldı. Çıkarılan örneklerde bakteri koloni sayımı yapıldı.

Grup 1-2-3'te bakteri yükü düz yüzeyde tüm saatlerde standart değerin altında ölçüldü. Düz ve poliüretan yüzeyler arasında tüm saatlerde, düz ve pürtüklü yüzeyler arasında 6. ve 24. saatlerde düz yüzey lehine anlamlı fark gözlendi.

Grup 4-5-6'da tüm yüzeylerde bakteri yükü standart değerin altında ölçüldü. Poliüretan ve pürtüklü yüzey arasında tüm saatlerde poliüretan lehine anlamlı fark gözlendi. Poliüretan ve düz yüzey arasında anlamlı fark gözlenmedi. Düz ve pürtüklü yüzey arasında 6. ve 24.saatlerde düz yüzey lehine anlamlı fark gözlendi.

Grup 1-2-3 ile grup 4-5-6 karşılaştırıldığında düz yüzey 1.saat ve pürtüklü yüzey 1.saat sonuçları hariç tüm saat dilimlerinde grup 4-5-6 lehine anlamlı fark gözlendi.

Sonuçlar lokal antibiyoterapinin bakteriyel yük azalışını sağlayarak biyofilm oluşumunu önleme noktasında etkili olduğunu düşündürdü. Ayrıca poliüretan yüzeyde etkinliğin dikkate değer ölçüde 1.saatten itibaren güçlü bir şekilde başlayıp 24.saate kadar artarak devam etmesi poliüretan yüzeyde lokal antibiyoterapinin etki gücünün yüksek, etkinlik süresinin uzun olduğunu düşündürdü.

KLİNİK DAL

Onkolojik Rezeksiyon Gerektiren Mandibula Rekonstrüksiyonlarında Sanal Planlamada Yeni Yaklaşım: Multisegment Sanal Cerrahi Planlama

Majid ISMAYİLZADA, Kemalettin YILDIZ, Halil İbrahim CANTER

Liv Hospital Vadistanbul

ÖZET

Amaç: Maksillofasiyal bölge cerrahilerinde son dönemlerde sık başvurulan üç boyutlu sanal cerrahi planlamanın (SCP) onkolojik kraniyofasiyal rekonstrüksiyon açısından kısıtlılıkları bulunmaktadır. Cerrahi sırasında olumsuz durumlara karşı hazırlıklı olabilmek ve en önemlisi de tümörün ikinci ve üçüncü rezeksiyon planlarına doğru ilerleyebilmek için yeni bir yaklaşım olan multisegment SCP ile ideal rekonstrüksiyonu sağlamayı hedefledik.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya 2014- 2022 yılları arasında mandibulanın primer maligniteleri nedeniyle multisegment SCP uygulanan 4 hasta dahil edildi. SCP ile ilk rezeksiyon sınırı A planı olarak belirlendi ve intraoperatif frozen histopatolojik inceleme ile cerrahi sınırda tümör devamlılığı göz önünde bulundurularak B ve C kesi planları hazırlandı. Tümörün tipi, operasyon sırasında tercih edilen kesi planı (A,B, ve C), fibula flebi osteotomi sayısı, operasyon sonrası ağız açıklığı, ve komplikasyon parametreleri kaydedilerek değerlendirildi. Multisegment SCP ve postoperatif 3.ay tomografi görüntülerinin örtüşmesi sağlanarak histogram karşılaştırılması yapıldı.

Bulgular: Tümör rezeksiyon sonrasında yapılan frozen inceleme neticesinde hastaların ikisinde B planına doğru, birinde ise C planına doğru sınır genişletme ihtiyacı olduğu görüldü. Buna uygun olarak hastaların birinde fibula flebine dört, diğerinde ise beş osteotomi gerçekleştirildi. Sanal cerrahi plan ile postoperatif tomografi görüntüleri arasında fibula ve mandibula osteotomilerinin lokalizasyonları ve implantın fibula ve mandibula üzerindeki yerleşimi açısından uyumlu sonuç elde edildiği görüldü.

Sonuç: Mandibula tümörlerinin nüksünü önlemede lokal kontrolün çok önemli yere sahip olduğu bilinmekte ve kemik tümör devamlılığı durumunda reeksizyon gerçekleştirilmesi şarttır. Multisegment sanal cerrahi planlama, mandibula tümörlerinde kontrolsüz cerrahi sınır genişletme riskini ortadan kaldırarak hem tümörsüz rezeksiyondan emin olmayı hem de ideal rekonstrüksiyona ulaşmayı sağlamış görünmektedir.

Sakral Basınç Ülserlerinin Kapatılması İçin Matematiksel Olarak Standardize Edilmiş İki Loblu Perforatör Flep Tasarımı

Burak ÖZKAN, Çağrı UYSAL

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET

Giriş: Sakral bası yarası rekonstrüksiyonu plastik cerrahide sıklıkla uygulanmaktadır. Perforatör flepler birçok anlamda avantajlı olsa da paraplejik hastalarda rekürrens nadir değildir. Bu nedenle rekonstrüksiyon sırasında mümkün olduğu kadar az alanın kullanılması büyük önem taşımaktadır. Geniş defektlerde gluteal bölgenin tek tarafına zarar vermemek amacıyla, flebin kolları arasında belirli bir oran ve açı ilişkisi olan, matematiksel olarak standardize edilmiş iki loblu perforatör flep tasarımını tanımlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu rapora 3. ve 4. Derece sakral basınç ülseri olan 17 hasta (5 kadın/12 erkek) dahil edildi. Hastalarda derece 1-2 sakral ülser veya diğer basınç ülseri alanları hariç tutuldu. Yaş ortalaması hasta 50,4 yıldı (32- 79 yıl). Defektlerin boyutları 8x14 cm ile 5x16 cm arasında değişmekteydi. Bu flebin ilk ayağının uzunluğu 90 derece dikey olarak planlandı. İlk flebin genişliği defektin uzunluğuna eşit tutuldu. İkinci kolun oryantasyonu birinci flebe göre yatay olarak 90 derece olarak tasarlandı. Bu nedenle ikinci flep uzunluğu, birinci kolun genişliğinin yarısı, ikinci flebin eni ise birinci flebin eninin ¾ olarak hesaplandı.

Bulgular: 10 flep Superior gluteal arter perforatörleri bölgesinden kaldırıldı. 7 flep inferior gluteal arter perforatörleri alanından beslendi. Fleplerin ilk kolunun ortalama boyutu 14,7 x 7,2 cm (8 ila 20 x 6 ila 13 cm arasında değişen) idi. İkinci kolunun ortalama boyutu flepler 6.7 x 5.3 cm (5 ila 12 x 4 ila 8 cm arasında değişen) idi. Ortalama defekt boyutu 10.5 x 7,3 cm (8 ila 14 x 5 ila 16 arasında değişen). Ortalama dönüş açısı 91,7 dereceydi (90'dan 100'e kadar aralıkta). Ameliyat sonrası erken dönemde üç hastada hematom tespit edildi ve bir hastada boşaltılması sonrasında yara ayrılmasına gelişti. Bir hastada flep uç nekrozu görüldü yara bakımı ile iyileşti. Total flep kaybına rastlanmadı. Geç dönem nüks olmadı. Ortalama takip süresi 13.1 aydı (4 ile 24 ay arasında)

Sonuç: Tek taraflı matematiksel standardize edilmiş iki loblu perforatör flepler, orta ila geniş sakral basınç ülseri defektlerinde güvenilir bir şekilde tercih edilebilir.

ASİSTAN BİLDİRİ YARIŞMASI

ABY-D-001

İnsan kaynaklı adipoz kök hücreden elde edilen eksozomların yara iyileşmesindeki en etkin dozu

Ece Nur Dursun[1], Cemal Alper Kemaloğlu[1], Arzu Hanım Yay[3], Nur Seda Gökdemir[2], Özge Cengiz Mat[3], Zeynep Burçin Gönen[2]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi, Genom ve Kök Hücre Merkezi, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji ABD, Kayseri

Giriş-Amaç: Kutanöz yara iyileşmesi; hücre, hücre dışı matriks ve çözülebilir moleküllerin katıldığı karmaşık bir süreçtir. Bu sürecin sonunda yara ya fibrozisle (skarla) ya da orijinal doku ile (rejeneratif) iyileşir. Her iki durumdan rejenerasyon, fonksiyonel ve estetik olarak en iyi sonuçları verdiğinden klinikte en çok arzu edilendir. Mezenkimal kök hücreler (MKH'ler) rejenerasyonda anahtar rol oynamaktadırlar. MKH"lar biyolojik etkilerini salgıladıkları eksozomlar ve sitokinler aracılığıyla gerçekleştirirler. Eksozomlar, 30-150 nm boyutlarında, endositik kökenli, hücresel arası haberleşmeden sorumlu veziküllerdir. Yapısal içeriklerinde proteinler, lipitler, DNA, mRNA ve miRNA gibi çeşitli biyomoleküller bulunur. Günümüzde MKH eksozomlarının yara iyileşmesindeki etkisini değerlendiren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Çalışmaların sonuçlarına göre eksozomlar yara iyileşmesini rejeneratif yönde etkileyen ideal hücresiz hücresel tedavi ajanlarıdır. Öte yandan literatürdeki eksiklik, her yayında farklı dozların (eksozom miktarı) kullanılması ve bu dozları karşılaştıran herhangi bir çalışma olmamasıdır. Bu bağlamda çalışmamızın amacı yara iyileşmesinde en etkin eksozom dozunu bulmak ve böylece eksozomların klinik ürün haline getirilmesi için gerekli pre-klinik deney aşamalarından birini tamamlamaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada kullanılacak eksozomların üretimi için; insan adipoz kaynaklı mezenkimal kök hücreler (MKH), 37oC su banyosunda çözdürülerek DMEM-Low besiyeri, %1 antibiyotik (Biological Industries, ABD), %1 stabil L-glutamin ve %10 fötal sığır serumu içerisinde kültüre alındı. Hücreler %90 yoğunluğa ulaştığında serum içermeyen besiyeri eklenerek 24 saat sonunda sekretomları toplandı. Toplanan sekretomlardan standart kit yardımı ile (ExoQuick-TC, System Bio sciences) eksozom izolasyonu gerçekleştirildi. Adipoz dokudan üretilen eksozomların boyutu Nanopartikül İzleme Analiz sistemi (NTA, Malvern Instrument Nanosight NS300, UK) ve taramalı elektron mikroskobu (SEM, Zeiss GEMINI 500) ile belirlendi. Hayvan çalışması için istenilen protein dozlarına konsantratörde (Eppendorf Concentrator Plus) yoğunlaştırılarak ulaşıldı. Örneklerin protein miktarı Bradford yöntemi kullanılarak yapıldı ve bu işlem için Quick Start Bradford Protein Test kiti (Bio-Rad, ABD) kullanıldı. Yoğunlaştırılmış olan örneklerin dozları 400 µg/ml, 200 µg/ml, 100 µg/ml ve 10 µg/ml olacak şekilde gruplara uygulama yapıldı. Eksozomları dokuda takip edebilme amacı ile membranları floresan ile işaretlendi (ExoGlow™Membrane EV Labeling kit). 35 adet erkek Wistar Albino rat, her grupta yedi hayvan olacak şekilde 5 gruba ayrıldı. Tüm gruplarda ratların sırt derisinde 2 adet 1 cm çaplı dairesel cilt defekti oluşturuldu. Her iki cilt defektine kontrol grubunda serum fizyolojik, 2. grupta 10 µg eksozom, 3. grupta 100 µg eksozom, 4. grupta 200 µg eksozom ve 5. grupta 400 µg eksozom subkutan olarak enjekte edildi. Yara kapanma oranlarının makroskobik olarak değerlendirilmesi için 0., 5., 7., 10. ve 14. günlerde fotoğraflar çekildi. Cilt biyopsisi yarada ek travma oluşturup çalışma sonuçlarını etkilemesin diye, 3. gün üstteki yaradan, 14. gün ise alttaki yaradan biyopsi örnekleri alındı. 14. gün biyopsi sonrası hayvanlar sakrifiye edildi. Farklı deney gruplarında, yara oluşumunun 3. ve 14. günlerinde Hematoksilen-Eozin ve Masson's trichrome boyama yöntemleri kullanılarak histopatolojik ve histomorfometrik analizler yapıldı. Ayrıca, immunohistokimyasal yöntemler kullanılarak eksozomların kollajen oluşumu, onarım, rejenerasyon ve anjiyogenez üzerindeki etkileri incelendi. Gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalar ANOVA testi kullanılarak ve post-hoc Tukey testi ile belirlendi. Değerler ortalama ± standart sapma olarak verildi ve <0,05'in altındaki P değerleri anlamlı kabul edildi.

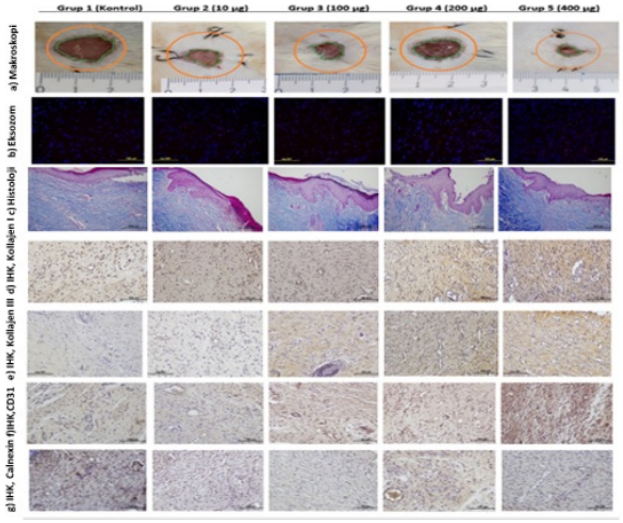
Bulgular: İzole edilen eksozomların çapları 113.8±46.0 nm ve SEM ortalaması 91.3±8.9 nm olarak bulundu. Mikroskobik analizler yara iyileşmesinin 3. gününde gruplar arasında belirgin bir farklılığın olmadığını gösterirken, 14. günde eksozom uygulanan gruplarda reepitelizasyon, anjiyogenez, granülasyon dokusu oluşumu ve fibrozis bakımından gruplar arasında anlamlı farklılıkların olduğunu belirlendi ($p<0,05$). Epitelyal dil uzunluğu ve epitelyal dilin alanı kontrole göre tüm gruplarda artmış iken, doza bağlı olarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdi ($p<0,05$). Eksozom uygulaması, eksozom dozuna bağlı olarak yara kapanmasını hızlandırdı ve yara yatağının granülasyon/iyileşen dokusunda kollajen I, kollajen III ve CD 31 ekspresyonlarını arttırdı, kalneksin ekspresyonu ise azaldı (Şekil 1, $p<0,05$). Eksozomların 14. Günün sonunda yara bölgesinde hücre içinde varlığını sürdürdüğü tespit edildi (Şekil 1).

Tartışma ve Sonuç: Kök hücrelerin raf ömrünün 48 saat olması, kliniğe transferinde yaşanan zorluklar sebebi ile hücresiz hücre tedavileri konusunda eksozomlar klinik öneme sahiptir. Eksozomlar, lipid iki tabakalı membran ile çevrili küresel yapılar olup içeriklerinde proteinler, lipitler, DNA, mRNA ve miRNA gibi çeşitli biyomoleküller taşırlar. Eksozomlar bu kargo içerikleriyle hedef hücrede birçok hücre içi sinyal yolaklarını etkiler ve birtakım hedef biyolojik sonuçlar oluştururlar. Eksozomlar yara iyileşmesinde hemostaz, tromboz, inflamasyon, immünite ve anjiyogenez gibi çeşitli fizyolojik süreçlere aktif olarak katılırlar. Araştırmamızın sonuçlarına göre terapötik olarak dozun arttırılması ile hem yeni damar sayısında hem de CD31 ekspresyonunda artışa yol açması sebebi ile anjiyogenezi destekler. Doz arttıkça kollajen I ve kollajen III ekspresyonu artarken kalneksin ekpsresyonunun azalması yara yatağında granülasyon doku aktivitenin de arttığını göstermektedir.

Sonuçta; insan adipoz doku kaynaklı kök hücrelerin eksozomlarının yara iyileşmesi amacı ile uygulanması, eksozom dozuna bağlı olarak reepitelizasyonu arttırarak yara kapanmasını hızlandırır ve yara yatağındaki granülasyon dokusunda kollajen I, kollajen III ve CD 31 ekspresyonlarını arttırarak daha iyi bir yara tamiri sağlar.

Anahtar Kelimeler: hücresel tedavi, kök hücre, kök hücre eksozomları, yara iyileşmesi

Sonuçlar



Şekil1. a) 14. Günün sonunda gruplar arası makroskobik değerlendirmeler b) Kırmızı Eksozom membran boyaması ve Mavi DAPI hücre çekirdeği boyaması c) Konnektif doku ve epitelizasyonun gruplar arası değişimi, Masson's trikrom, 20x d) Kollajen I ekspresyonu gösteren kollajen lifler, Immunohistokimya 20x e) Kollajen III ekspresyonu gösteren kollajen lifler, Immunohistokimya 20x f) CD31 ekspresyonu gösteren damar endoteli, Immunohistokimya 20x e) Kalneksin ekspresyonu, Immunohistokimya 20x

ABY-D-002

Mandibula Defekt Onarımında Mezenkimal Kök Hücre Eksozomlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Elif Koçak[1], Cemal Alper Kemaloğlu[1], Zeynep Burçin Gönen[2], Nur Seda Gökdemir[2], Emrah Soylu[3], Demet Bolat[4], Arzu Yay[4]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi, Genom ve Kök Hücre Araştırma Merkezi (Gen-Kök), Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kayseri
[4]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Maksillofasiyal bölgede kemik rekonstrüksiyonlarının estetik ve fonksiyonel sonuçları, hastalar açısından kritik öneme sahiptir. Kemik doku onarımında, otogreftler altın standart olarak kabul edilse de olası donör saha morbiditesi; ksenogreftlerin ve sentetik materyallerin kullanımını gün geçtikçe yaygın hale getirmektedir. Kemik matriks içeren ksenogreftler osteokondüktif ve osteoindüktif kapasitelerinin yüksek olmasından dolayı tercih edilir, ancak halen osteojenik potansiyellerini arttırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Literatürde ksenogreftlerin mezenkimal kök hücreler (MKH) ile beraber kullanımlarını irdeleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Mezenkimal kök hücrelerin osteogenez sürecinde önemli rol oynadıkları bilinmektedir ve etki mekanizmalarının salgıladıkları veziküller aracılığıyla parakrin sinyal mekanizmasına dayandığı ortaya konmuştur. MKH'lerin klinikte kullanımı hücre yaşamının kısa olması, hücrelerin saklanmasının zor olması ve mikro tromboz risklerinin olması sebebiyle kısıtlıdır. Eksozomlar, köken aldıkları hücrelerin salgısal özelliklerini taşıyan; lipid, protein, nükleik asit, sitokin, büyüme faktörleri gibi molekülleri barındıran, büyüklüğü 50-150 um arasında olan veziküllerdir. Kök hücrelerle kıyaslandığında eksozomların daha uzun süre ve daha kolay muhafaza edilebilme gibi avantajları bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, yüksek osteojenik farklılaşma kapasitesi olan ve maksillofasiyal bölgeden kolay elde edilen bir MKH kaynağı olan Dental pulpa kaynaklı kök hücre (DPKH) eksozomlarının, ksenogreftler ile birlikte kullanılmasının kemik rejenerasyonu üzerine etkisini tavşan mandibula defekt modelinde değerlendirmektir.

Yöntem ve Gereç: DPKH'ler... dan temin edildi. Hücreler 37°C su banyosunda eritildi ve %1 antibiyotik, %1 stabil L-glutamin, %10 fetal sığır serumu ve 100 uM L-askorbik asit 2-fosfat içeren a-Modified Eagle's Medium'da kültüre alındı. DPKH'lerin akım sitometri (Beckman Coulter Novios, ABD) ile tanımlanması için, CD34, CD 11b, CD45'i içeren negatif kokteyl ve CD44, CD73, CD90, CD105 yüzey belirteçleri ayrı ayrı çalışıldı. Eksozom izolasyonu için hücre kültür besiyeri 24 saat süre ile serumsuz bırakıldı. Serumsuz sekretom toplanarak, standart bir eksozom izolasyon kiti (ExoQuick-TC) aracılığı ile izolasyon gerçekleştirildi. Eksozomların yapısal karakterizasyonu için, eksozom morfolojisi, taramalı elektron mikroskobu (Zeiss GEMINI 500) altında görüntülendi. Eksozomların çapları, ImageJ Programı ile farklı alanlardan yapılan 10 tekrarlı ölçümler aracılığı ile hesaplandı. DPKH kaynaklı eksozomların boyutu, Nanopartikül İzleme Analiz sistemi (NTA, Malvern Instrument Nanosight NS300, UK) ile belirlendi. 21/232 numaralı etik kurul kararı sonucu çalışmada 10 adet Yeni Zelanda Beyaz tavşanı kullanılmış olup, her bir hayvanın sağ hemimandibulası kontrol (ksenogreft, Medpark Bone D), sol hemimandibulası deney (ksenogreft+eksozom) grubu olarak belirlendi. Bilateral mandibula angulusuna trefin ile 10mm çapında, oral kavite ile bağlantılı tam kat defektler açıldı. Defekt onarımları sonrası bölge primer kapatılıp, hayvanlar 28 gün sonra sakrifiye edildi. Histolojik ve histomorfometrik değerlendirme 5µm kalınlığında dekalsifiye parafin kesitlerde hematoksilen eozin ve Masson trikrom boyama yapılarak yeni oluşmuş kemik doku incelendi. Tüm kesitler bağımsız iki ayrı histolog tarafından kemik iyileşmesi derecelendirme sistemi kullanılarak değerlendirildi (Derece 1-6). Mikro-Bilgisayarlı Tomografi (Mikro-BT; Skyscan 1272, Bruker, Belçika) ile kemik mineral yoğunluğu, yeni kemik hacmi, yeni kemik yüzey alanı, trabekül kalınlığı, trabeküler seperasyon sayısı hesaplandı. Çalışmanın istatistiksel analizleri t-testi kullanıldı (Graphpad Prism 8.0.2). Değerler ortalama ± standart sapma olarak verildi ve <0,05'in altındaki P değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: DPKH'ler CD34, CD 11b ve CD45'i (%0, 17) eksprese etmez iken CD44 (%99,87), CD73 (99,82), CD90 (%99,74) ve CD105 (%99,95) pozitif mezenkimal kök hücre özelliği göstermekteydi. Elde edilen DPKH-eksozomların çapları 91.2± 10.1 nm, NTA analizinde 129.6 ± 47.4 nm boyutunda olduğu tespit edildi. Histolojik değerlendirmelerde her iki grupta da enflamasyon veya infiltrasyona rastlanmadı. Greftlerin her iki grupta da degrade olup yeni kemikle yer değiştirdiği gözlendi. İstatistiksel olarak, eksozom grubunda (4,87 ± 0,78), kontrol grubuna (2,87 ± 0,41) göre anlamlı, daha fazla yeni kemik oluştuğu ve daha az konnektif doku içerdiği belirlendi (Şekil 1; p=0,00). MikroBT analizlerinde oluşan yeni kemik hacimlerinde (BV), ve kemik yüzey analizinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamış iken kemik mineral yoğunluğu ve oluşan trabekül kalınlığı ve seperasyonunun deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 1; p<0,05).

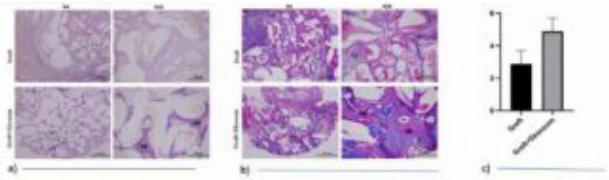
Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, ksenogreftler ile DPKH-kökenli eksozomların beraber kullanımının mandibula gibi fonksiyonel ve estetik açıdan özellikli bir yassı kemiğin

kritik büyüklükteki defektlerinde kemik rejenerasyonuna katkısının araştırıldığı literatürde bilgimiz dahilindeki ilk çalışmadır. In vivo deney sonucunda, kontrol grubuna kıyasla deney grubunda histolojik olarak daha az fibröz bağ doku varlığı ile daha yüksek yeni kemik oluştuğu tespit edildi. Ayrıca yapılan mikro-BT analizlerinde kemik mineral yoğunluğu ve kemik trabekül kalınlığı ve seperasyonu deney grubunda daha yüksek bulunmuştur. Greft ile birlikte eksozom kullanımı spongiöz kemik oluşumunu indükleyip kemik maturasyonunu arttırmaktadır. Oluşan yeni kemik hacim ve yüzey alanında ise deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır, bu durumun ksenogreft kullanımı her iki grupta da volüm açısından benzer katkı sağlayabilir. Ksenogreftler eksozomlar için adhezif bir yüzey sağlarken aynı zamanda içerdiği kemik matriks ile osteoindüktif ve osteokondüktif özelliklere de sahiptir. Böylelikle rejeneratif hücre adhezyonu, anjiyogenez, osteogenez, kemik formasyonu, matriks sentezi süreçlerinde eksozomların ksenogreftlerle kullanımının mandibula rekonstrüksiyonunda daha iyi sonuçlar elde etmemizin sebebi olabilir. Eksozomların özellikle osteogenezde gerekli olduğu gösterilen BMP2, BMP9, TGFβ1, Runx2, Osterix, β-catenin, ALP, VEGF gibi genlerin upregülasyonu; kalsiyum ve fosfor birikimini artırarak osteoid matriks sentezi; inflamasyon modülasyonu ve makrofaj polarizasyonu ile kemik rejenerasyonunda immün süreçlerin denetimi gibi birçok önemli rolü bulunmaktadır. Sonuç olarak, mandibula kemik defektlerinin onarımı; intramembranöz kemikleşmeyi içermesi, kemiğin çiğneme kaslarının farklı yönlerde uyguladığı fiziksel kuvvetlere maruz kalması, yüzün estetik şekline katkıda bulunması gibi sebeplerden ötürü uzun kemiklerdeki endokondral kemikleşme araştırmalarından ayrı değerlendirilmesi gerekir. Mandibulada kritik büyüklükteki defektler genelde ciddi travma, enfeksiyonlar, tümör cerrahisi sonrası veya konjenital malformasyonlar sonucu oluşur. İnsanda cerrahi gerektiren travmatik yüz kemiği kırığı en sık mandibulada görülmekte olup, mandibulanın da en sık olarak angulusunda meydana gelmektedir. Postoperatif komplikasyonlar ise yine en sık olarak angulus bölgesindeki kırıklarda görülmektedir.

Sonuçta, DPKH-kökenli eksozomların ksenogreftlerle beraber kullanılması; mandibula kemik defekti onarımında çalışmamızın histolojik ve mikro-BT sonuçlarına göre, kemik rejenerasyonunu artırır; kemik mineral yoğunluğu ve trabekül kalınlığını arttırarak, kemik maturasyonuna katkı sağlar. Klinik çıkarım olarak, kemik iyileşme süreçlerinde sorun yaşanabilecek (yaş, kemik metabolizmasını etkileyen ilave hastalık veya ilaç kullanımı gibi) hastalarda eksozomların, greft başarısını artırabiliceği yönündedir.

Anahtar Kelimeler: kök hücre, kemik defekti, eksozom, kemik rejenerasyonu

Greft (kontrol) ve greft ile birlikte eksozom (çalışma) gruplarına ait histolojik görüntüler



Şekil 1. Greft (kontrol) ve greft ile birlikte eksozom (çalışma) gruplarına ait histolojik görüntüler

A: Greftlenmiş kemik bölgesinde rezidüel greft varlığı (Greft, 20x), aktif yeni kemik formasyonu (eksozom 20x) **B:** Gruplara göre Yeni kemik formasyonu (NB) ve konnektif doku (CT) **C:** Gruplar arası yeni kemik formasyonu karşılaştırılması

A: Greftlenmiş kemik bölgesinde rezidüel greft varlığı (Greft, 20x), aktif yeni kemik formasyonu (eksozom 20x) B: Gruplara göre Yeni kemik formasyonu (NB) ve konnektif doku (CT) C: Gruplar arası yeni kemik formasyonu karşılaştırılması

Tablo 1: Mikro-BT'de ölçülen kemik mineral densitesi (KMD), Yeni kemik hacmi (KH), Trabekül sayısı (Tb.s), Trabekül seperasyonu (Tb.Sp) ve Yeni kemik yüzeyi (KY) gruplar arası karşılaştırılması

Mikro-BT	Greft Ort±SS (n=10)	Greft+Eksozom Ort±SS (n=10)	p değeri
KMD (g/cm³)	0,13 ± 0,05	0,25 ± 0,11	0,0075*
KH (mm³)	9,14 ± 2,52	11,88 ± 3,88	0,0940
Tb-s (1/mm)	1,037 ± 0,26	1,51 ± 0,36	0,0053*
Tb-Sp (mm)	0,56 ± 0,04	0,97 ± 0,28	0,0229*
KY (mm²)	1122 ± 558,9	1144 ± 362,3	0,9209

** p < 0,05*

ABY-D-003

Kalsiyum Dobesilatın Tek Başına veya Vaskülarize Lenf Nodu Transferi ile Birlikte Kullanımının Lenfödem Tedavisindeki Etkinliği

Ahsen Öncü[1], İbrahim Seyhan Çenetoğlu[1], Mehmet Sühan Ayhan[1], İlknur Akbulut[1], Hüseyin Bora[2], Muhammed Ertuğrul Şentürk[2], Ümit Özgür Akdemir[3], Duygu Dayanır[4]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Lenfödem; yönetimi ve tedavisi zor, kronik, progresif bir hastalıktır. Henüz küratif bir tedavisi olmamasına rağmen; farmakolojik araştırmaların ve mikrocerrahi tekniklerinin gelişmesi ile tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Vaskülarize lenf nodu transferi göreceli olarak daha yeni bir yöntem olup transfer edilen lenf nodları ile alıcı alan lenfatikleri arasındaki bağlantıların nasıl oluştuğu net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Kalsiyum dobesilat anjiyoprotektif ve antioksidan etkili bir ilaçtır. Arter, ven ve lenfatik damarların tümü üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu çalışma kalsiyum dobesilatın lenfödem tedavisinde tek başına kullanımı ile vaskülarize lenf nodu transferi ile birlikte kullanımının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada 24 adet Wistar albino ırkı sıçan kullanıldı. Her grupta 6 hayvan olacak şekilde sıçanlar 4 gruba ayrıldı. Sol inguinal, popliteal lenf nodu eksizyonu yapılarak ve 1 hafta sonra inguinal bölgeye tek doz radyoterapi verilerek arka ekstremitede lenfödem modeli oluşturuldu. 4 hafta sonra (35. gün) ayak bileği çevresi ölçümü ve lenfosintigrafi ile lenfödem oluştuğu doğrulandı. Lenfosintigrafik değerlendirmeler için 2, 15, 30, 60, 90 ve 120. dakikalarda enjeksiyon yerinde kalan radyoaktivite sayımı yapıldı. Grup 1'de lenfödem tedavisi için herhangi bir işlem yapılmadı. Grup 2'de tek başına kalsiyum dobesilat verildi. Grup 3'te tek başına vaskülarize lenf nodu transferi yapıldı. Grup 4'te vaskülarize lenf nodu transferi ile birlikte kalsiyum dobesilat verildi. 4 hafta sonra (63. gün) tüm sıçanlarda ayak bileği çevresi ölçümü ve lenfosintigrafi tekrar yapılarak tedavi etkinlikleri karşılaştırıldı. Aynı gün hayvanlar sakrifiye edildi ve alınan doku örnekleri histolojik ve immünhistokimyasal olarak değerlendirildi. Histolojik olarak subkutanöz yağ doku kalınlığı ve subkutanöz fibrozis, immünhistokimyasal

olarak subkutanöz inflamasyon ve lenfatik damarlardaki yapısal değişiklikler incelendi.

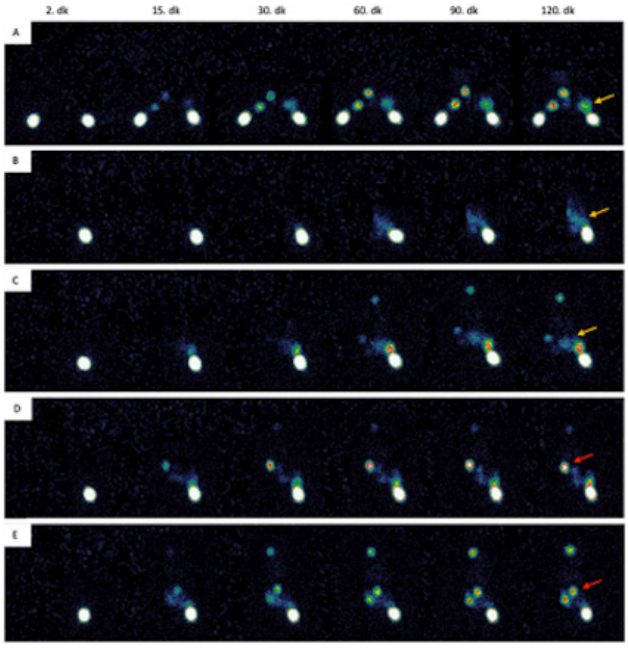
Bulgular: 35. gün sağlıklı ile lenfödemli ekstremite ayak bileği çevresi ve lenfosintigrafi analizleri her grubun kendi içinde karşılaştırıldığında; tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Tüm gruplarda lenfödemli ekstremite değerleri, sağlıklı ekstremiteden daha yüksekti. 35. gün lenfödemli ekstremite ayak bileği çevresi ve lenfosintigrafi analizleri gruplar arasında karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Lenfödemli ekstremite ayak bileği çevresi ve lenfosintigrafi 35 ve 63. gün analizleri her grubun kendi içinde karşılaştırıldığında; tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Grup 2, 3 ve 4'te değerler azalırken, Grup 1'de arttı. 63. gün lenfödemli ekstremite ayak bileği çevresi ve lenfosintigrafi analizleri gruplar arasında karşılaştırıldığında; Grup 1 ile Grup 2, 3, 4 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ayak bileği çevresi ölçümleri en az Grup 4'te (22,02 ± 0,53 mm), en fazla Grup 1'de (25,85 ± 0,68 mm) izlenirken; lenfosintigrafi analizlerinde de tüm dakikalarda en düşük değerler Grup 4'te, en yüksek değerler Grup 1'de görüldü. Histolojik ve immünhistokimyasal değerlendirmelerde ise subkutanöz yağ doku kalınlığı ve inflamasyon bulguları gruplar arasında karşılaştırıldığında; Grup 1 ve Grup 4'ün diğer gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Subkutanöz yağ doku kalınlığı en az Grup 4'te (0,97 ± 0,20 µm), en fazla Grup 1'de (5,66 ± 0,16 µm); inflamatuar hücre sayısı da en az Grup 4'te (6,33 ± 1,75), en fazla Grup 1'de (23,33 ± 2,25) görüldü.

Tartışma: 35. gün değerlendirmeleri lenfödem oluşup oluşmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Tüm gruplarda lenfödem modeli oluşturulan ekstremite ile sağlıklı ekstremite arasında ayak bileği çevresi ölçümleri ve lenfosintigrafik analizlerde anlamlı fark vardır. Bu sonuç, lenfödem modelinin başarılı olduğunu ortaya koymaktadır. 35. günde lenfödem modeli oluşturulan ekstremitenin gruplar arası analizlerinde anlamlı fark yoktur, bu da tüm deneklerde benzer derecede lenfödem oluştuğunu göstermektedir. 63. gün değerlendirmeleri ise kalsiyum dobesilatın, lenfödem tedavisinde tek başına veya vaskülarize lenf nodu transferi ile birlikte kullanımının etkinliğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Tüm gruplarda lenfödemli ekstremitenin tedavi öncesi (35. gün) ve sonrası (63. gün) değerleri arasında ayak bileği çevresi ölçümleri ve lenfosintigrafik analizlerde anlamlı fark vardır. Tedavi uygulanmayan Grup 1'de değerler kötüleşirken, tedavi verilen Grup 2, 3 ve 4'te değerler iyileşmiştir. 63. günde tedavi etkinlikleri açısından gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında; tedavi uygulanmayan Grup 1 ile Grup 2, 3, 4 arasında anlamlı fark vardır. Ancak bu üç grubun birbirleri arasında fark yoktur. Histolojik ve immünhistokimyasal değerlendirmelerde subkutanöz yağ doku kalınlaşması, fibrozis, inflamasyon ve lenfatik damarlarda yapısal değişiklikler; lenfödem patofizyolojisiyle de uyumlu olarak, en fazla tedavi uygulanmayan Grup 1'de görülmüştür. Yağ doku kalınlaşması ve inflamasyon açısından Grup 1 ve Grup 4 ile diğer gruplar arasında anlamlı fark vardır. Grup 4 ile Grup 2 ve 3 arasında histomorfolojik olarak anlamlı fark olup makroskopik ve lenfosintigrafik olarak fark olmaması; doku düzeyinde değişikliklerin başladığını ancak fonksiyonel olarak değişiklik görülebilmesi için 4 haftanın kısa bir süre olduğu fikrini akla getirmektedir. Grup 4 ile Grup 2 ve 3 arasında histomorfolojik olarak anlamlı fark olması; kombine tedavinin, tek başına kalsiyum dobesilat veya tek başına vaskülarize lenf nodu transferinden daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu çalışma ile lenfödem tedavisinde kalsiyum dobesilatın vaskülarize lenf nodu transferi ile birlikte kullanımının, lenfatik sistemin yapısal ve fonksiyonel iyileşmesinde tek başına kullanılan yöntemlere göre daha etkili olduğu ekstremite çevresi, lenfosintigrafi ve histolojik analizler ile gösterildi. Klinik çalışmalarla da desteklenerek lenfödem tedavisinde, vaskülarize lenf nodu transferinin etkinliğini arttırmak için tedavi protokolüne kalsiyum dobesilat eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: kalsiyum dobesilat, lenfödem, vaskülarize lenf nodu transferi

Şekil 1



Lenfosintigrafi görüntüleri A) 35. gün sağlıklı ve lenfödemli ekstremite B) 63. Gün Grup 1 C) 63. Gün Grup 2 D) 63. Gün Grup 3 E) 63. Gün Grup 4 (sarı oklar; dermal geri akım, kırmızı oklar; lenf nodu aktivitesi)

ABY-D-004

Sinir onarımında ulaşılabilecek üst limitin tanımlanması ve "Sleeve Neurorrhaphy" (uç-içe onarım) için yeni modifikasyonun etkinliğinin gösterilmesi

Yunus Sağlam[1], Necdet Urhan[1], Bilal Hamad[1], Hüseyin Şahin[1], Ahmet Ayar[2], İsmail Saygın[3], Muhammet Uraloğlu[1], Ümit Naci Karaçal[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Fizyoloji Anabilim Dalı, Trabzon
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Periferik sinir onarımında altın standart olarak kabul gören ve en sık kullanılan teknik epinöral onarımdır(1) deneysel mikrocerrahinin çok önemli bir konusu da epinöral onarıma alternatif yöntemler bulmaktır.

Teknik açıdan bazı zorluklar içermekle birlikte, bir epinöryumun diğerinin içine geçirildiği sleeve neurorrhaphy (uç-içe onarım) bunlardan biridir ve epinöral onarımdan daha iyi sonuçların olduğu bulgular mevcuttur(2,3,4).

Sinir onarım teknikleri değerlendirilirken konvansiyonel epinöral onarımın ve sham ile kıyaslanır.

Epinöral onarım, yeni tekniğin daha iyi olması gereken alt sınırı belirlerken; elde edilebilecek en iyi sonucu belirleyen bir üst limit tanımlanmamıştır. Bu amaçla intakt bırakılan sinirin olduğu Sham grubunu kullanmak ise kesilen bir sinirin iyileşme potansiyeli açısından gerçekçi bir hedef olmamaktadır.

Çalışmanın temel amacı; deneysel mikrocerrahide bir onarım tekniği ile ulaşılabilecek en iyi sonucu belirlemek üzere mükemmel ve ideal onarımı modelleyerek, onarım tekniklerinin değerlendirilmesine yeni bir bakış açısı katmak ve epinöral onarıma üstünlüğü kanıtlanan sleeve neurorrhaphy için uygulanabilirliğini artıracak modifikasyon tanımlamaktır.

Gereç-Yöntem: Her grupta 7 adet olmak uzere 28 adet sıçan; sham grubu, epinöral onarım grubu, modifiye sleeve neurorrhaphy grubu ve ideal onarım modeli grubu olarak 4'e ayrılmıştır.

Sleeve Neurorrhaphy modifikasyonu

Adım-1: 10-0 iğne ile distal sinir ucunun 2 mm distalinden girildikten sonra iğne epinöryuma paralel olarak ilerletilir (resim-a1). İlk olarak distalden 2 mm'lik sinir dokusu rezeke etmek yerine, önce iğne distal sinirden geçilmiştir. Distalden sinir rezeksiyonu önce yapıldığında, epinöryum desteğini kaybederek kollabe olur, iğnenin geçebileceği lümen benzeri yapısı olmadığı için dikişi izole olarak epinöryumdan geçmek zorlaşır.

Adım-2: 2. iğne kullanılarak; 1. Adım, 180° karşısında tekrarlanır (resim-a2).

Adım-3: 1. iğne ile proksimal sinir kesi ucunda epinöryumdan kesiye paralel olarak geçilir (resim-a3).

Adım-4. 1. iğne ile distal sinire girilen rotadan geri dönülür. 1. adımda distal sinire 2 mm uzaktan giren ip manipüle edilerek, iğnenin geri dönüş rotası kolayca sağlanır (resim-a4). Manipülasyonlar esnasında distal sinir dokusu, üzerindeki epinöryumun altında dışarı doğru kayarak ekspoze olur.

Adım-5 ve 6: 2. iğne ile (1. İğnenin 180° karşısında) 3 ve 4. adım tekrarlanarak simetri sağlanır (resim-5ve6).

Eğer 1. iğne ile tüm rota tek seferde tamamlanırsa, iğnenin geri dönüşü esnasındaki manipülasyonlar sonucu epinöryum altındaki doku ekskürsiyon ile dışa doğru kayar ve 2. iğne ile distal sinire 2 mm distalden girildiğinde, iğne epinöryumdan 2mm uzaktan geçmesine rağmen subepinöral dokularda daha uzak bir mesafeden geçer. 2. iğnenin epinöryum ve subepinöral dokularda katettiği mesafedeki uyumsuzluk, 1. iğnenin distal sinirde geri dönüşü esnasında manipülasyonlar sonucu, dışarı ekskürsiye olan sinir dokusundan kaynaklanır. Bu da sonraki basamakta bahsedilecek olan, "sleeve" yapısı için distalde oluşturulacak boşlukta (lümen benzeri yapı) oblik yapıya sebep olarak asimetriye neden olur.

Adım-7. Distal sinir dokusu dışarı ekspoze edilir. 1. ve 2. iğnenin subepinöral dokuya giriş ve çıkış noktaları belirteç olarak kullanılarak, rezeke edilecek 2 mm'lik doku belirlenir (resim-a7).

Adım-8: Subepinöral dokuda iğnenin giriş ve çıkış noktaları, distal sinirde rezeke edilecek 2 mm'lik sinir dokusu için kılavuz görevi görür. Sinirin epinöryum altında dışarı ekspozisyonu sonrası ortaya çıkan ipler, geçmiş olduğu subepinöral dokulardan diseke edilerek serbestlenir. İplerin subepinöral dokuya giriş ve çıkış noktaları sınır kabul edilerek, iplere zarar vermeden dokular rezeke edilir. Bu sayede kesi hattına paralel, düzgün sınırlı ve tam 2 mm'lik boşluk elde edilir (resim-a8).

Adım-9. 1. ve 2. ipler bağladığında proksimal sinir, distalde 2mm'lik epinöral "sleeve" yapısının içine girmiş olur (resim-a9).

Adım-10: Epinöral dikişler eklenir ve ilk aşamada 1. ve 2. iğneyle atılan onarım hattındaki dikişler çıkartılır (resim-a10). Böylelikle fibrozise neden olabilecek dikişler; onarım hattının dışında, proksimal sinir kesisinden 2 mm uzakta konumlandırılır.

Ideal onarim grubunda ise ideal sinir onarımında olması gereken doğru oryantasyon, onarım hattında minimum ve eşit dağılan gerginlik, filizlenen aksonların ve kesilen sinirden salınan nörotrofik faktörlerin onarım hattından sinir dışına çıkmasını engelleyecek epinöral devamlılık gibi özellikler göz önünde bulundurularak ideal onarım modellemesi yapıldı(5,6,7). Bu doğrultuda sinire yaklaşık 1-2 mm'lik longitudinal epinöryum insizyonu yapıldı (resim-b1).

Epinöryum aralandıktan sonra subepinoral sinir lifleri transvers olarak kesildi (Resim-b2).

Hemen sonrasında ilk aşamada yapılan longitudinal epinöryum insizyonu için 1 adet epinöral sütür konuldu. Sinir lifi kesisi seviyesinde epinöryumun bütünlüğü korunarak ideal onarım şartları sağlandı.

3 ayın sonunda yürüme analizi değerlendirildi ve SFI(siyatik fonksiyon indeksi) hesaplandı. EMG ile MNCV (motor sinir ileti hızı) ölçüldü, histopatolojik olarak sinir lifi ve akson çapı oranı hesaplandı.

Bulgular: Yürüme analizi sonucunda SFI degerleri sham grubunda -8,8±0, epinöral onarım grubunda -67,16±11,41; Sleeve neurorrhaphy grubunda -43,96±12,92; ideal onarım modeli grubunda -26,8±2,61 olarak bulundu. Bütün grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

EMG ile motor sinir ileti hızı ölçümlerinde sham grubunun, diğer gruplar olan epinoral, sleeve ve ideal onarım modeli ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0.05$). Diğer grupların arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Onarımın distalinde sinir lifi ve akson çap oranı ölçüldüğünde Sham, sleeve ve ideal onarım modeli gruplarının epinöral onarıma kıyasla anlamlı olarak üstünlüğü gözlendi ($p<0.05$). Bu grupların kendi aralarında ise anlamlı fark gözlenmedi.

Sonuç: Epinöral onarım her yeni tekniğin sonuçlarının değerlendirilmesinde karşılaştırma unsurudur; geçilmesi gereken bir alt limit olarak değerlendirilir. Bu amaçla son zamanlarda gündeme gelen ancak uygulanabilirlik açısından teknik zorluklar içeren sleeve neurorrhaphy tekniğinin epinöral onarımdan iyi sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(2,3,4). Bu çalışmalarda konvansiyonel gruplar geçilmesi gereken alt sınır olarak düşünülür ancak bir üst sınır yani bir onarımın en ideal şartlarda hangi seviyeye varacağı bilinmemektedir. Bu amaçla sham grubunu kullanmak, kesik bir sinirden intakt bir sinir şeklinde iyileşmesini beklemektir ve gerçekçilikten uzaktır. Bu çalışmada ideal sinir onarımında olması gereken özellikler düşünülerek, ideal iyileşme modeli oluşturulmuştur. Bu modelde sinir lifleri oryantasyonu hiç bozulmamıştır. İyileşmeyi olumsuz etkileyecek fazla veya dengesiz dağılan gerginlik olmayacaktır. Çünkü sadece longitudinal uygulanan ve 1 dikişle onarılan epinöral kesi ile epinöryumun yapısal bütünlüğü neredeyse korunmuştur. Bu bütünlük filizlenen aksonlarin ve nörotrofik faktörler içeren aksoplazmik sıvının dışarı kaçmasını engeleyecektir.

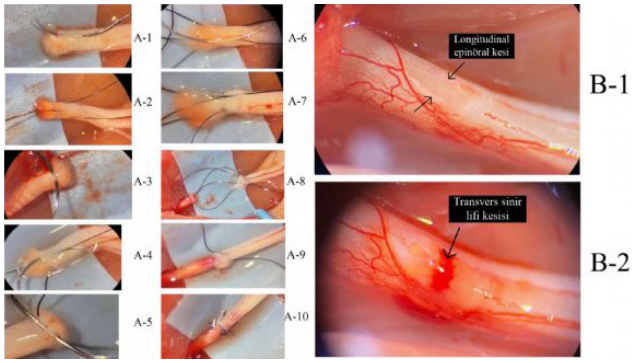
Sham, epinöral onarım, sleeve neurorrhaphy ve ideal onarım modelleri karşılaştırıldığında MNCV açısından sham diğer gruplara üstün olarak bulunurken, histopatolojik olarak ise diğer gruplar epinöral onarıma üstün bulunmuştur.

Siyatik sinirin değerlendirilmesinde altın standart kabul edilen(8) yürüme analizinde anlamlı sonuçlar mevcuttur.

Çalışmamızda epinöral onarıma üstün sonuçları gösterilen sleeve neurorrhaphy tekniğinin uygulanabilirliğini artırmaya yönelik modifikasyon tanımlanmıştır. Ayrıca onarım tekniklerinin değerlendirilmesinde daha rasyonel bir kıyaslama yapmak icin geçilmesi gereken epinöral onarım konseptine ilaveten; gerçekçi olarak ulaşılabilecek en üst hedef tanımlanmıştır. Bu bakış açısı ile tekniklerin daha kapsamlı bir düzlemde değerlendirilmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: ideal sinir onarımı, kontrol grubu, sham, sleeve neurorrhaphy

Resim a ve b



a. "Sleeve neurorrhaphy" için tanımlanan modifikasyon b. İdeal sinir onarım modelinin uygulanması

ABY-D-005

Tavşan Kulağında Oluşturulan Modellerde Hyalüronik Asit Dolgusuna Bağlı İskemi Tedavisinde Hyalüronidaz ve Sildenafil Sitratın Birlikte Etkinliğinin Gösterilmesi ve Karşılaştırılması

Hüseyin Emre Ulukaya[1], Adnan Menderes[1], Banu Lebe[2], Mustafa Yılmaz[1], Cenk Demirdöver[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Plastik Cerrahi alanında hyalüronik asit dolguları sıkça uygulanmaktadır. Yüz bölgesinde uygulanan bu prosedürlerde istenmeden uygulanan intravasküler enjeksiyonlar sonucu retrograd olarak ilerleyen hyalüronik asit, retinal arteri emboli şeklinde tıkayarak ya da perivasküler uygulamada eksternal kompresyon uygulayarak iskemi oluşturmakta bunun sonucunda ise ana kaynak arter iskemisine bağlı end organ nekrozu(körlük ya da cilt nekrozu) gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu tür komplikasyonlar literatür incelendiğinde nadir değildir. İntravenöz ve lokal hyalüronidaz enjeksiyonunun etkinliği gösteren çalışmalar mevcut ise de bu komplikasyonlara yönelik acil tedavi algoritması oluşturmaya, tedavi modalitelelerinin etkinliklerini göstermeye, birbiri ile karşılaştırmaya yönelik klinik ve deneysel çalışma literatürde yetersizdir. Literatür incelendiğinde bu gibi iskemi durumlarında uygulanacak tedavi daha çok otör tavsiyesi şeklindedir. Retinal arterin iskemisi, retinanın iskemiye dayanma süresi kısa olması, end-arter olması nedenli acil müdahale edilmesi gereken, müdahale için zamanın çok değerli olduğu bir komplikasyondur. Yine yüz cildini besleyen kaynak arterlerde gelişen bu komplikasyonda ciltte ve burun bölgesinde olduğu gibi kompozit dokularda nekroz gelişebilmekte; önleme ve korumada, erken ve etkin tedavi elzem olmaktadır. Estetik amaçlarla uygulanan hyalüronik asit enjeksiyonuna bağlı böyle bir arter iskemisi komplikasyonun gelişmesi oldukça dramatiktir.

Bu çalışmada, tavşanda kulağında hyalüronik asit dolgusunun enjeksiyonuna bağlı intravasküler embolizasyon ve eksternal vasküler kompresyonla oluşturulan iskemi modeli oluşturulması, hyalüronidaz ile hyalüronidaz ve sildenafil sitrat kombine tedavisinin iki farklı iskemi modelinde etkinliğinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Böylece fizyopatoloji mekanizmaya göre tedavi protokolünün oluşturulmasına yardımcı olunması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Deney grupları oluşturulurken varyans dağılımını sağlamak için ve denek sayısının minimalize edilmesi amacı ile tüm gruplar 7'şer denek içerecek şekilde 4 denek grubu oluşturuldu. Her gruptaki deneklerin 2 kulağı da deneyde kullanıldı. Tüm kulaklarda santral auriküler arter bazlı standart boyutlarda cilt ve kıkırdağı içeren kompozit flep hazırlandı. 28 denekteki toplam 56 kulaktan 7' şerli olacak şekilde 8 grup elde edildi. Tüm deneklerin sağ kulaklarındaki kompozit fleplerin santral arterleri hyalüronik asit dolgusunun intrarteriyel uygulanmasıyla oluşan embolizasyon ile, sol kulaklarındaki kompozit fleplerin santral arterine perivasküler hyalüronik asit dolgu uygulanmasına bağlı eksternal kompresyon ile iskemi modeli oluşturuldu. Böylece 2 farklı iskemi deney modeli, 1 denekte oluşturulmuş olundu. Denek grubu 1deki hayvanlara herhangi bir tedavi uygulanmadı. Ardından sağ kulaklarındaki (deney grubu 1E) ve sol kulaklarındaki (deney grubu 1 K) etkiler incelendi. Denek grubu 2'ye hyalüronidaz tedavisi uygulandı. Ardından sağ kulaklarındaki (deney grubu 2E) ve sol kulaklarındaki (deney grubu 2K) etkiler incelendi. Denek grubu 3'e sadece sildenafil sitrat tedavisi uygulandı. Ardından sağ kulaklarındaki (deney grubu 3E) ve sol kulaklarındaki (deney grubu 3K) etkiler incelendi. Denek grubu 4'e hyalüronidaz ve sildenafil sitrat tedavisi uygulandı. Ardından sağ kulaklarındaki (deney grubu 4E) ve sol kulaklarındaki (deney grubu 4K) etkiler incelendi (Şekil1). Denekler standart şartlarda izlendi. 2 haftalık gözlem sonrası fleplere indosiyanin yeşili bazlı floresan ajiografi ile görüntüleme yapıldı. Flep kanlanmaları ölçüldü. Ötenazi ile deney sonlandırıldıktan sonra kulaklar ampute edildi ve histopatolojik incelemeye tabi tutuldu. Elde edilen veriler parametrik ve non parametrik skalalarda istatiksel analiz uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda herhangi bir denek kaybı yaşanmadı. Deneklerin cerrahi sahalarında herhangi bir enfeksiyon bulgusu rastlanmadı. Deney modeli oluşturulduğu sırada fleplerin iskemiye bağlı soluk renkli olduğu görüldü. Ancak takiplerde kontrol grubundaki fleplerde herhangi bir nekroz görülmedi. Bunula birlikte yapılan floresan anjiografide belirgin kanlanma azalması ve flep boyutlarında da küçülme olduğu görüldü. Deney başındaki fleplerin boyutu ile deney sonrası boyutları ölçüldü ve not edildi. Histopatoloji incelemede inflamasyon, fibroplazi ve ödem değerlendirildi ve ölçeklendirildi. Anjiografik verilere göre bakıldığında sildenafil sitratın, hyalüronidazın etkisini her iki deney modelinde de arttırdığını ve iskemiyi azalttığı göstermektedir. Tek başına bakıldığında sildenafil sitrat intravenöz uygulanan hyalüronidaz kadar iskemiyi azaltmasada kontrol grubuna göre sildenafil sitratın her iki modelde de kanlanmayı arttırmıştır. Etki gücü bakımında her hyalüronidaz ve sildefil emboli modelinde daha etkindi. Kontrol grubunda flep kontraksiyonu daha

fazla görüldü. Tedavi uygulanan gruplarda kontraksiyon daha az görüldü.

Tartışma: Vasküler komplikasyonlar kuşkusuz dolgu enjeksiyonunun en çok korkulan yan etkileridir. Hyalüronik asit enjeksiyona bağlı gelişen vasküler komplikasyonların neden olduğu hasarı önlemek veya en aza indirmek için çeşitli acil tedavi yöntemleri önerilmiştir. Ancak çoğu etkinliği ispatlanmamış sadece otör tavsiyesinde olan uygulamalardır. Hyalüronidazın lokal ve sistemik uygulama ile bu komplikasyonların getirdiği hasarı azalttığı çeşitli çalışmalarla ispatlanmıştır. Ancak tamamen bu hasarı ortadan kaldırmadığından dolayı ek tedavi uygulamaları gerekmektedir. Yine literatür incelendiğinde ürokinaz gibi trombolitik uygulamasının hyalüronidazla birlikte bu hasarı anlamlı şekilde azalttığı görülmüştür. Çünkü embolizasyon ile oluşan iskemide hyalüronik asidin etrafında kuagülasyon ve agregasyona bağlı trombosit ve fibrinden oluşan tıkaç da oluşmaktadır. Ancak süreç karışık ve kompleks bir süreç olduğu için ek tedavi de gereklidir. Ayrıca bu uygulama eksternal kompresyon ile oluşan iskemiyi azaltmada benzer etkiyi göstermeyeceğini düşünmekteyiz. Patofizyolojiye eşlik eden bir diğer mekanizmada vazokonstrüksiyondur. Yapılan çalışmalar sildenafil sitratın deride, orbitada ve retinada kanlanmayı arttırdığı gösterilmiştir. Vazodiladatör bir ajan olmasının yanında neovaskülerizan bir ajandır. Bu sebeple vazodiladatör etkinin yanındaki etkilerinden dolayı sildenafil sitrat çalışmamızda kullanılmıştır. Çalışmamızda her iki iskemi modelinde de hyalüronidazın etkisini, sildenafil sitratın arttıracağı sonucu varılmıştır.

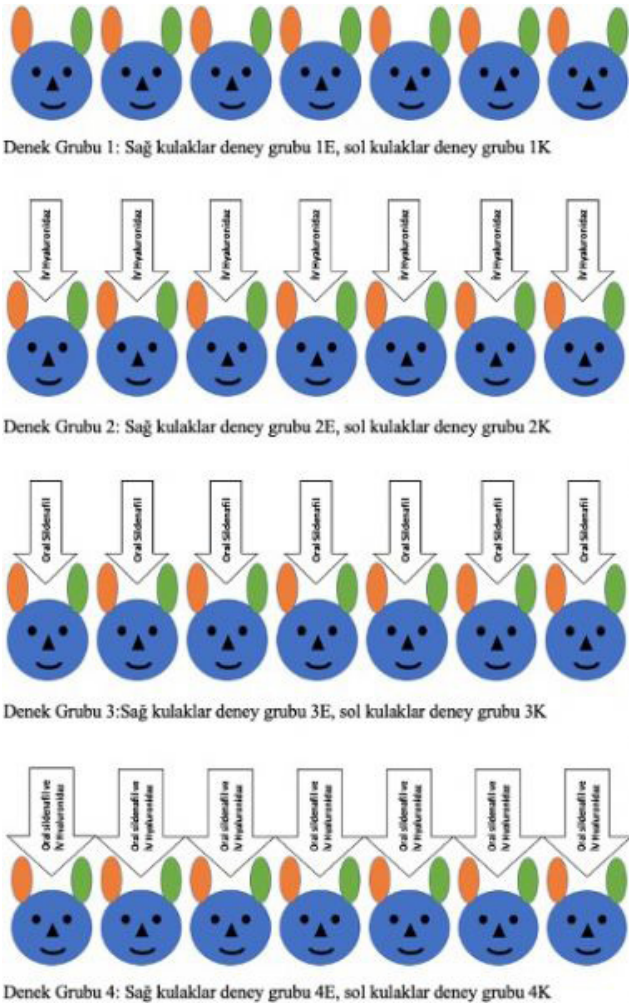
Sonuç: Hyalüronik asit dolgu uygulamalarına bağlı gelişen emboli ve eksternal kompresyona bağlı vasküler komplikasyonların tedavisinde hyalüronidaz ana tedaviyi oluşturmaktadır. Ama tek başına yetersiz kalmaktadır. Çünkü süreç kompleks ve karmaşık yolaklar içermektedir. İskemiyi tedavi etmek için hyalüronidazla birlikte idame tedavide sildenafil sitrat kullanılabilir. Çalışmamızın verileri, dolgu uygulamasına bağlı gelişen iskemi komplikasyonlarının tedavisinde, bir tedavi algoritması oluşturmaya yardımcı olacaktır.

Kaynaklar:

1. Cavallini, M., Gazzola, R., Metalla, M., & Vaienti, L. (2013). The role of hyaluronidase in the treatment of complications from hyaluronic acid dermal fillers. Aesthetic Surgery Journal, 33(8), 1167–1174.
2. Li, J., Xu, Y., Wang, Y., Hsu, Y., Wang, P., & Li, J. (2019). The Role of Hyaluronidase for the Skin Necrosis Caused by Hyaluronic Acid Injection-Induced Embolism: A Rabbit Auricular Model Study. Aesthetic Plastic Surgery, 43(5), 1362–1370.
3. Lee, W., Oh, W., Oh, S. M., & Yang, E. J. (2020). Comparative Effectiveness of Different Interventions of Perivascular Hyaluronidase. Plastic and Reconstructive Surgery, 957–964.
4. Chiang C, Zhou S, Liu K.(2016) Intravenous Hyaluronidase with Urokinase as Treatment for Arterial Hyaluronic Acid Embolism. Plast Reconstr Surg. Jan;137(1):114-121.
5. Urdiales-Gálvez, F., Delgado, N. E., Figueiredo, V., Lajo-Plaza, J. V., Mira, M., Moreno, A., Ortíz-Martí, F., del Rio-Reyes, R., Romero-Álvarez, N., del Cueto, S. R., Segurado, M. A., & Rebenaque, C. V. (2018). Treatment of Soft Tissue Filler Complications: Expert Consensus Recommendations. Aesthetic Plastic Surgery, 42(2), 498–510.

Anahtar Kelimeler: Hyalüronik asit, iskemi modeli, komplikasyon, sildenafil nitrat, hyalüronidaz

Şekil 1



Deneklerin ve deneyin planlamasının şematik görünümü

ABY-D-006

Ratlarda Gastrokinemius Kasini Uyaran Tibial Sinir Hasarında Primer Nörorafi, Direkt Nörotizasyon Ve Sinir-Kas Son Plak Grefti (NMEG) Transferi Seçeneklerinin Karşılaştırılması

Barış Kanık[1], Çağla Çiçek[1], Gaye Filinte[1], Deniz Filinte[2]

[1]İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Periferik sinirlerdeki yaralanmaları potansiyel olarak yıkıcı yaralanmalardır. Sinir yaralanmalarının tedavisi, ampütasyondan tendon transferlerine, sinir onarımına, sinir greftlerine ve sinir transferlerine kadar ilerlemiştir. Sinir onarımlarında primer nörorafi olarak adlandırılan epinöral onarımın yanısıra, direkt nörotizasyon ve sinir-kas son plak grefti (NMEG) transferi ile kaslarda motor yanıt elde edilmesi, son yıllarda araştırılan yeni tedavi seçenekleridir. Çalışmamız, sıçanlarda gastrokinemius kasının medial ve lateral başlarının motor innervasyonunu sağlayan tibial sinir motor dallarının deneysel olarak hasarlandırılması

sonrasında bu onarım şekillerinin fizyohistopatolojik olarak karşılaştırılarak değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Materyal-Method: Çalışmamızda 18 adet, erkek, 10 haftalık Sprague-Dawley cinsi sıçan kullanılmıştır. Deney hayvanları, önce 6'şarlı şekilde A, B ve C olmak üzere 3 gruba rastgele ayrıldıktan sonra her grup 3'erli A1, A2, B1, B2, C1, C2 olmak üzere alt gruplara ayrılmıştır. Çalışmamızın 0. gününde sıçanların tamamına sağ uyluk posteriordan yaklaşımla gluteus maximus ve biceps femoris kasları arasından ve biceps femoris posterolateralinden disseksiyonlarla kas flepleri eleve edildi. Gastroknemius kası medial başının anteromedialinde siyatik sinir ve nervus peroneus, nervus tibialis ve nervus suralis dalları identifiye edildi. Bütün sıçanlarda nervus peroneus ve nervus suralis dalları korundu. Sıçanların medial ve lateral gastrokinemius kaslarını innerve eden nervus tibialis motor dalları, karşı uylukta stimulus izolatörü yardımıyla identifiye edildi.

A1 ve A2 grubundaki sıçanların sağ gastroknemius medial ve lateral başlarına giden nervus tibialis motor dalları, proksimalde 3 mm'lik sinir ucu bırakılacak şeklide kesilerek 10/0 naylon sütur ile epinöral teknikle onarıldı. B1 ve B2 grubundaki sıçanların sağ gastroknemius medial ve lateral başlarına giden nervus tibialis motor dalları, proksimalde 3 mm'lik sinir ucu bırakılacak şeklide kesildi. Gastrokinemius kasları üzerinde 6x6 mm çapında epimisyum eksizyonunu takiben sinir proksimalleri 10/0 naylon sütur ile kasa epinöral sütunlarla nörotize edildi. C1 ve C2 grubundaki sıçanların sağ gastroknemius medial ve lateral başlarına giden nervus tibialis motor dalları, kasa girdikleri kısımlara dek disseke edildi. Gastroknemius kasları üzerinde sinirin kasa girdiği kısımda stimulus izolatörü ile identifiye edilen 6x6x2 mm çapında NMEG, eksizyonunu takiben transfer edildi.Sonrasında sıçanlar çalışmanın 90. gününe kadar takip edildi. 90. Günde A, B ve C grubundaki sıçanlara yürüyüş testi yapılarak sağ arka ve kontrol amaçlı takip edilen sol arka pençe yüzeylerinde topuk-3. parmak, 2-4. parmak ve 1-5. parmak mesafeleri ölçülerek alt grupların ortalamaları alındı ve 'de Medinaceli' kuramına uygun sabitlerle tibial fonksiyon indeksleri değerlendirildi. Yürüme testlerini takiben sıçanlar CO2 tankına alınarak yüksek doz CO2 verildi ve servikal dislokasyonla sakrifiye edildi. Sıçanların sağ gastrokinemius kasları uygun disseksiyonlarla eksize edilerek, yaş ağırlıkları tartıldı. Ağırlık ölçümleri sonrasında gerim makinesi tarafından bütün kaslara standart mesafelerden ve saniye başına standart miktarlarda gerim uygulandı ve maksimum gerim kuvvetleri, bilgisayar yazılımıyla Newton cinsinden ölçüldü. A, B ve C gruplarındaki deney hayvanlarından alınan gastrokinemius kas dokusu örnekleri, hematoksilen&eozin ve 'gold klorid' boyalarıyla boyanarak ışık mikroskopu altında incelendi ve elde edilen kas-sinir bileşkesi görüntüleri 50-100-200 µm boyutlarında fotoğraflandı. Mikroskop altında 200 µm'de toplam kas lifi sayıları sayıldı. Çalışma sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek bütün parametreler istatistiksel olarak tablo haline getirildi. Tablodaki verilerde istatistiksel anlamlılık belirteci olarak p-değerleri vurgulandı. P-değeri<0,05 olması durumunda veriler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Aradaki farklar için non-parametrik Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: A, B ve C grubundaki hayvanların gastrokinemius kaslarının histopatolojik preparatlarından elde edilen kesitlerinde, ışık mikroskobu altında her bir büyütme alanında rastgele sayılan gastrokinemius kas lifi ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında kas lifi sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. B grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama Tibial Fonksiyon İndeksi(TFI) değeri, A ve C grubundaki hayvanların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde büyüktür. A grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama TFI değeri, C grubundaki hayvanların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı değildir.C grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama kas ağırlığı, A ve B grubundaki hayvanların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde küçüktür. B grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama kas ağırlığı, A grubundaki hayvanların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde küçüktür. B grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama yük, A grubundaki hayvanların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde küçüktür. B grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama yük, C grubundaki hayvanların ortalamasına göre daha küçük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. A grubundaki hayvanlarda ölçülen ortalama yük, C grubu ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı değildir.

Tartışma: Histolojik olarak çekirdek sayıları ve yerleşimleri ile poligonal kas fiberlerinin renkleri ve hacimleri değerlendirildi. Bu parametreler incelendiğinde preparatlar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptandı. Tüm grupların histolojik preparatlarındaki interstisyel ödem, sinir iyileşme sürecinde reinnerve edilen kasların kısmi denervasyonuna bağlı atrofiyle ilişkilendirildi. Her 3 gruptaki kas lifi sayıları ve ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Bunun, sinir hasarına bağlı erken dönemde oluşan kas atrofisinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Sinir onarımı sonrası kaslarda rejenerasyon kapasitesinin sınırlı olmasıyla açıklanabilir.

Sıçanların yürüme testleri ve arka pençe izlerinden ölçülen ayak izlerinden elde edilen TFI ölçümlerinde; B grubunda, A ve C gruplarına kıyasla TFI'nin anlamlı ölçüde yüksek çıktığı tespit edilmiştir. A ve C grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. TFI'nin yüksekliği, tibial sinirin reinnervasyonu sonucunda motor fonksiyonların ne ölçüde korunduğu noktasında bize fikir oluşturmaktadır. Çalışmamız, direkt motor nörotizasyon ile onarım yapıldığında sinirin innerve ettiği kas grubundaki motor fonksiyonun epinöral onarıma göre daha iyi sonuçlar verebileceğini göstermektedir. Gastrokinemius kaslarının yaş ağırlıklarının değerlendirilmesinde; A grubundaki kasların yaş ağırlıkları, B ve C gruplarına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde B grubundaki kasların yaş ağırlıkları, C grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir. Sinir hasarlarına bağlı kas denervasyonlarında, kas kütlesi azalır ve atrofi görülür. Çalışmamızda; kas kütlesinin korunumu açısından en verimli tedavi seçeneği epinöral onarım gibi görünse de, NMEG transferi ile kıyaslandığında direkt motor nörotizasyon ile onarımda daha yüksek kas kütlesi elde edilebilmektedir.

Gastrokinemius kaslarına uygulanan gerim kuvvetlerine karşı dayanıklılıkları incelendiğinde; B grubundaki maksimal yük değeri, A ve C gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük görülmüştür. Ancak C grubundaki kasların dayanabildikleri yük değeri ile A grubundaki kasların dayanabildikleri yük değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. B grubunun uygulanan yüke karşı dayanıklılığı azalmış olsa da, C grubunun uygulanan yüke dayanıklılığı epinöral onarım ile benzerdir.

Sonuç: Epinöral onarımın mümkün olamayabileceği travmatik yaralanmalarda; farklı parametrelerde NMEG transferine ve epinöral onarıma karşı üstünlüğü olduğu görülen direkt motor nörotizasyonun bir tedavi alternatifi olarak umut vaad ettiğini; NMEG transferinin ise kapsamlı araştırmalara açık olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Epinöral onarım, nörotizasyon, NMEG transferi

Ratlarda disseke edilen siyatik sinir ve dallarının görünümü

ABY-K-001

Velofarengeal Disfonksiyon Tedavisinde Uygulanan Superior Bazlı Posterior Farengeal Flep Cerrahisi Sonrası Flep Patensisinin, Konuşma Sonuçlarının ve Obstrüktif Uyku Apne Riskinin Değerlendirilmesi

Etkin Boynuyoğun[1], Alaz Çırak[1], Fırat Atak[2], Tuğçe Karahan Tığrak[4], Mert Çalış[1], Rıza Önder Günaydın[3], Ayça Karaosmanoğlu[2], Ahmet Emre Süslü[3], Maviş Emel Kulak Kayıkçı[4], Figen Özgür[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı
[4]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü

Giriş: Damak onarımının temel amacı, maksiller büyüme potansiyelini kısıtlamaksızın, normal konuşma ve beslenme fonksiyonlarını yerine getirebilen, fonksiyonel ve anatomik olarak intakt bir damak sağlayabilmektir. Konuşmanın doğru ve anlaşılır olması için, oral ve nazal kaviteleri birbirinden ayıran, kompleks ve dinamik bir yapı olan velofarenksin, fonksiyonel ve yapısal olarak bir bütünlük göstermesi gerekmektedir. Velofarengeal disfonksiyon (VFD), bu dinamik yapının, konuşma sırasında yetersiz fonksiyon göstermesi sonucunda, patolojik olarak oral kaviteden nazal kaviteye hava kaçışı ile karakterize durumu tanımlamaktadır. VFD, hipernazalite, nazal kaçak (emisyon), artikülasyon bozukluklarına yol açmakta ve bunların sonucu olarak konuşma anlaşılırlığında azalma ve sosyal entegrasyon problemleri görülebilmektedir.

Velofarengeal Yetmezlik (VFY), VFD'nin bir alt tipi olmakla birlikte, yarık damaklı hastalarda konuşma bozukluklarının en sık nedeni olarak gösterilmekte, yarık damak onarımı yapılan hastaların yaklaşık %30'unda VFY nedeniyle sekonder cerrahi ihtiyacı doğmaktadır.

VFY için temel tedavi yaklaşımı cerrahi olmakla birlikte, posterior farengeal flep (PFF), sfinkter palatoplasti, posterior farengeal duvar augmentasyonu ve Furlow çift Z plasti onarımı gibi seçenekler bulunmaktadır. Tüm bu yaklaşımların temel amacı, üst hava yolu obstrüksiyonuna neden olmadan, velofarengeal kompetansı sağlayabilmektir.

Bu amaç doğrultusunda, en sık kullanılan yöntemlerden bir tanesi PFF'dir. Literatürde konuşma sonuçları bakımından yüksek başarı oranları sağlamakla birlikte, obstrüktif uyku apne (OUA) gelişimi, PFF cerrahisi sonrası en korkulan komplikasyonlardan biri olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca PFF sonrası flepte ve velofarengeal bölgede meydana gelen değişimler tartışma konusu olmakla birlikte, objektif parametreler kullanarak bu değişimleri ortaya koyan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Hipotezimiz, damak yarığı onarımı sonrası meydana gelen VFD tedavisinde uygulanan farengeal flebin, geç dönemde bir bölümünün atrofiye gitmesi nedeniyle, hastalarda OUA'ye neden olmadan, velumu superiora ve posteriora doğru konumlandırarak ve velofarengeal port alanını daraltarak, konuşma sonuçlarını iyileştireceği yönündedir.

Yöntem-Gereçler: Çalışma kapsamında, daha önce damak yarığı nedeniyle opere olmuş ve VFY tanısı düşünülen hastalar değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, hastaların algısal konuşma ve nazometre değerlendirmeleri Üniversitemiz Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde, volumetrik ve dinamik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve değerlendirilmesi Üniversitemiz Radyoloji Ana bilim dalında gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, OUA ya da ilgili risk faktörlerinin değerlendirmesi Üniversitemiz Kulak-Burun-Boğaz Ana bilim dalında gerçekleştirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda, primer palatoplasti onarım yeri ve zamanından bağımsız olarak, algısal konuşma değerlendirmesinde VFY'ye ait karakteristik özellikleri taşıyan, nazometre kayıtlarında ilgili hecelerde 30 ve üzeri nazalans skorları olan ve volümetrik ve dinamik MRG ile velofarengeal bölgede tam kapanma sağlayamadığı görülen bireyler VFY tanısı almışlardır. Daha sonra hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalık, Veau sınıflamasına göre damak yarığı tipi, primer palatoplasti yaşı ve onarım yeri açısından sorgulanmıştır. Dört yaşından küçük, submuköz damak yarıklı, sendromik tanısı olan, OUA açısından risk faktörü bulunduran ve ortognatik cerrahi sonrası VFD gelişen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. 2 hastada OUA açısından yüksek risk saptanarak opere edilmemiştir. Bu kriterlere uyan, 01.11.2020 ve 01.11.2021 tarihleri arasında... kliniğinde VFY nedeniyle PFF cerrahisi geçiren 72 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

PFF ve velofarengeal bölgedeki değişimleri ortaya koymak adına hastalarımıza ameliyat öncesine ek olarak, ameliyat sonrası erken dönem (5. gün) ve ameliyat sonrası geç dönemde (6. ay) MRG, konuşma sonuçlarını gösterebilmek adına ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası geç dönemde (6. ay) algısal konuşma ve nazometre değerlendirilmesi, OUA değerlendirmesi için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası geç dönemde (6. ay) uyku anketi ve ameliyat sonrası geç dönemde Polisomnografi (PSG) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 72 hastanın 33'ü kadın, 39'u erkek hastadır. 7 hasta Veau 1, 31 hasta Veau 2,

24 hasta Veau 3 ve 10 hasta Veau 4 damak yarığıdır. 35 hastada Two-Flap Palatoplasti, 32 hasta Furlow Palatoplasti yöntemiyle damak onarımı gerçekleştirilmiştir. 60 hasta pediatrik yaş grubunda, 12 hasta yetişkin yaş grubundadır. Hastaların median primer palatoplasti yaşı 12 ay, median PFF uygulanma zamanı 7 yaştır. Hastaların 37'si dış merkezde opere olmuştur. Hastaların üçünde ek hastalık bulunmaktadır. Dört hastada ise post-operatif komplikasyon gözlenmiştir.

Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hem algısal konuşma hem nazometrik değerlendirme sonuçlarına göre, konuşmada istatiksel olarak anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir ($p<0.001$).

Hastaların dinamik MR değerlendirmesiyle ameliyat öncesi ölçülen velofarengeal port alanları 172.09 mm2, ameliyat sonrası 17.39 mm2 olarak ölçülmüş olup, hastaların port alanlarında 154.71 mm2 küçülme sağlanmıştır. Bu küçülme istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Velum ucunun posterior farengeal duvara uzaklığı ameliyat öncesi 8.78 mm, ameliyat sonrası 1.71 mm olarak ölçülmüş olup, ortaya çıkan 7.08 mm'lik fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların ölçülen velar açıları ameliyat öncesi ortalama 43.84°, ameliyat sonrası 32.3° ölçülmüş olup, aradaki 11.55° fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Volumetrik MR değerlendirmesinde, hastaların ameliyat sonrası 5. gün ölçülen ortalama flep hacimleri 3262.14 mm3, ameliyat sonrası geç dönemde ise 697.67 mm3 ölçülmüş olup flebin ortalama 2564.47mm3'nün atrofiye gittiği gözlenmiş, bu sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

PSG değerlendirilmesi sonucu 60 pediatrik hastanın 5'inde OUA saptanırken, 12 yetişkin hastanın hiçbirinde OUA saptanmamıştır.

Tartışma: VFD cerrahisinin temel hedefi, minimal morbidite ile tam velofarengeal kapanmayı sağlamaktır. Çeşitli cerrahi teknikler tanımlanmış olmakla birlikte PFF, VFD tedavisinde primer tedavi yöntemidir.

Çalışmamız, ameliyat öncesi ve sonrası MRG ile PFF hacminde, velofarengeal port alanında, velar açıda ve damağın posterior farengeal duvara olan mesafesinde meydana gelen değişimleri objektif parametrelerle ortaya koyan literatürdeki ilk çalışma özelliğini taşımaktadır.

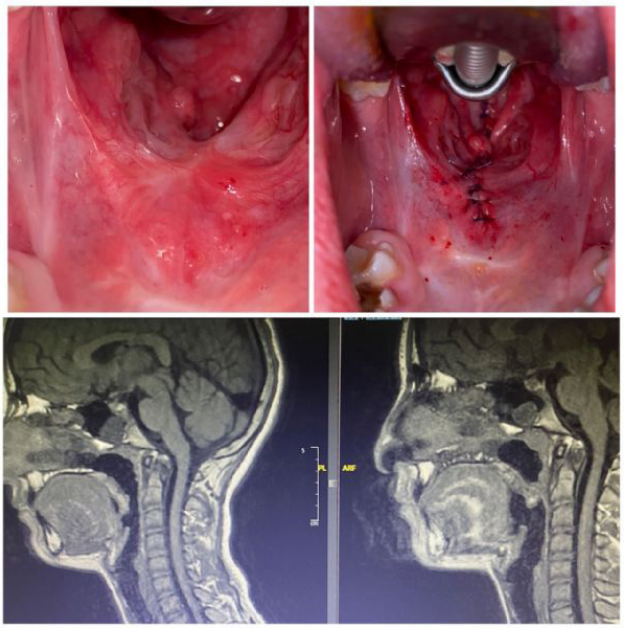
Gerek algısal konuşma gerekse nazometre sonuçları değerlendirildiğinde, PFF sonrası hipernazalitenin ve tüm hecelerde nazalans skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olması, faringeal flep ameliyatı ile VFD'nin etkin bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermektedir.

PFF sonrası OUA en korkulan komplikasyonlardan bir tanesidir. Literatürde bu konuyla ilgili çeşitli çalışmalar olmakla birlikte, tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Çalışma kapsamında tüm hastalar ameliyat öncesi intraoral muayene ve uyku anketleri ile değerlendirilerek OUA dışlanmıştır. Opere olan tüm hastalar ameliyat sonrası semptom ve uyku anketi skorlarından bağımsız olarak PSG'ye tabi tutulmuşlardır. Çalışmamızda literatüre kıyasla daha düşük OUA saptanmış olup, bu durumun PFF'nin hacimsel kaybı nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç: VFD tedavisinde kullanılan farengeal flep, post-operatif geç dönemde bir kısmı atrofiye giderek, OUA'ye neden olmadan, velumu superiora ve posteriora doğru konumlandırarak ve velofarengeal port alanını daraltarak, konuşma sonuçlarını hem algısal, hem objektif olarak anlamlı şekilde düzeltmektedir.

Anahtar Kelimeler: Velofarengeal Disfonksiyon, Farengeal Flep, Obstrüktif Uyku Apne, Manyetik Rezonans Görüntüleme, Konuşma Sonuçları

İntraop Farengeal Flep ve MR ile Görüntülenmesi



Üst Satır: Ameliyat öncesi ve sonrası damağın ve farenksin görünümü Alt Satır: Ameliyat öncesi ve sonrası sagital planda flebin ve farenksin görünümü

Pediatrik ve Erişkin Yaş Grubu Demografik ve Peroperatif Veriler

	Total (n=72) Median (Min/ Max)	Pediatrik (n=60) Median (Min/ Max)	Yetişkin (n=12) Median (Min/ Max)
Yaş (Yıl)	7 (4 / 26)	6 (4 / 18)	21 (20 / 26)
Primer Palatoplasti Yaşı (Ay)	12 (7 / 252)	10.5 (7 / 192)	16 (12 / 252)
Farengeal Flep Yaşı (Yıl)	7 (4 / 26)	6 (4 / 17)	21 (20 / 26)
Cinsiyet (Kadın)	33	30	3
Ek Hastalık	3	2	1
OUA Gelişimi	5	5	0
Veau Tipi			
I	7	6	1
II	31	27	4
III	24	19	5
IV	10	8	2
Primer Palatoplasti Yeri			
H	35	32	3
DM	37	28	9
Primer Palatoplasti Tipi			
Two Flap Palatoplasti	35	28	7
Furlow Palatoplasti	32	27	5
Dorrance Palatoplasti	3	3	0
Veau-Wardill-Kilner Palatoplasti	1	1	0
V-Y Pushback Palatoplasti	1	1	0
Post-Operatif Komplikasyon	4	3	1

ABY-K-002

Frontal Kemik ve Sinüs Kırıklarının Yönetiminde Standart Algoritma Ne Kadar Geçerli? 125 Hastanın Uzun Dönem Sonuçlar ve Kraniometrik Ölçümler ile Değerlendirilmesi

Güven Ozan Kaplan[1], Mert Çalış[1], Kutluhan Yusuf Küçük[1], Ahmet Yasir Altunbulak[2], Ayça Akgöz Karaosmanoğlu[2], Ahmet İlkay Işıkay[3], Mehmet Emin Mavili[1], Gökhan Tunçbilek[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Frontal kemik ve sinüs kırıklarının yönetimi için literatürde farklı yaklaşımlar olmakla birlikte tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Geç dönemde; hafif bir kontür bozukluğundan, intrakranial enfeksiyon ve ölüme kadar değişebilen komplikasyonları olabilen bu kırıklarda, uzun dönem sonuçlarla desteklenen bir algoritmanın takip edilmesi önem arz etmektedir. Çalışmanın amacı; kliniğimizde tedavi görmüş 125 hastanın geç dönem sonuçlarının kraniometrik ölçümlerle değerlendirilmesi ve ortaya çıkan sonuçlar ile frontal sinüs kırıklarında güvenle uygulanabilecek tedavi algoritmasının ortaya konulmasıdır.

Yöntem-Gereçler: Bu hastalar kliniğimiz protokolleri uyarınca Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı ile ortak olarak değerlendirilmiş ve tedavileri ortaklaşa planlanmıştır. 2003-2020 yılları arasında kliniğimizde tedavi görmüş ve takipleri yapılan hastalara ait tıbbi bilgiler ve bilgisayarlı tomografi görüntüleri retrospektif olarak incelendi.

Hastaların pre-op bilgisayarlı tomografi görüntüleri; iki radyolog tarafından incelenerek izole anterior tabula non-deplese, izole anterior tabula deplese ve anterior- posterior tabulayı birlikte içeren kırıklar olarak sınıflandırıldı. Parçalanma; birden fazla kırık parçasına sahip olmak olarak, deplesyon ise herhangi bir kırık hattında tabulaların izole veya birlikte olarak duraya doğru çökme hareketi olarak tanımlandı.

Tedavi için seçilen cerrahi yönteme ve non-operatif takibe göre hastalar kategorize edildi. İzole anterior tabula non-deplese kırığı olan hastaların tamamı non-operatif takip edildi. İzole anterior tabula deplese kırığı olan hastalarda; hastanın yaşı, ek hastalıkları, yaralanmaları, deplesyon miktarları, cilt üzerinden görünebilen kontür bozukluğu; kırığın nazofrontal kanala olan uzanımı gibi kriterler göz önünde bulundurularak tedavi planlaması yapıldı. Nazofrontal kanala uzanım gösteren kırıklarda hastalara deplesyon miktarına bakılmaksızın cerrahi önerildi.

İzole anterior tabula deplese kırığı olan grupta; cerrahi geçiren veya izlem yapılan hasta grupları çağırılarak geç dönem kontür deformitesi açısından değerlendirildi. Basamaklanma ve görünür çökme deformiteleri not edildi. İki grubun kraniometrik analizleri iki radyolog tarafından yapıldı. Sinüsün orijinal dış konturu, sağlam taraf sinüsün simetrik takibi ile belirlendi. Deplesyon miktarı; kırığın kesitlerdeki en deplese noktasından dış kontür trasesiyle arasındaki mesafe olarak tanımlandı. Kırığın oluşturduğu maksimum açılanma; frontal sinüs ön duvarının hesaplanan trasesiyle kırık hattı arasında oluşturduğu açı olarak tanımlandı. Hastaların Bilgisayarlı Tomografi görüntüleri üzerinden aşağıdaki ölçümler yapıldı:

- Maksimum deplesyon miktarları (milimetre)
- Kırığın kapladığı yüzey alanı (milimetre2)
- Kırığın maksimum oluşturduğu açılanma (derece)

Değişkenlerin analizinde SPSS 27.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Francia testi ile değerlendirilirken varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirildi. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0.05 ten küçük anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 2003- 2020 yılları arasında frontal sinüs kırığı nedeniyle tedavi ve takipleri yapılan toplam 125 hastaya ait bilgiler tarandı (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması 22,4 yıl, ortalama takip süresi ise 3 yıl 11 ay (1-16 yıl) olarak bulundu. Kraniometrik ölçümleri yapılan izole anterior tabula deplese grupta; non-operatif takip edilen grubun maksimum deplesyon miktarı ortalaması 3,3 mm; maksimum deplesyon açılanması ortalaması 34,9 derece ve kırığın yüzey alanı ortalaması 511 mm2 olarak hesaplanırken, cerrahi uygulanan grupta maksimum deplesyon miktarı ortalaması 5,9 mm, maksimum deplesyon açılanması ortalaması 39,5 derece ve kırığın yüzey alanı ortalaması 897 mm2 olarak hesaplanmıştır. Opere edilen grupta geç dönemde kontür bozukluğu görülmezken, non-operatif takip edilen 33 hastanın 9'unde geç dönemde kontür bozukluğu görüldü. Kontür deformitesine göre yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktu ($p>0.05$). Kontür deformitesi olanların ortalama açılanması (41.10), deformitesi olmayanların ortalamasından (32.20) anlamlı derecede daha yüksek olarak bulundu ($p=0.035$). Benzer şekilde kontür deformitesi olanların deplesyon miktarı ve deplese alan ölçümleri, deformitesi olmayanlara göre daha yüksek olup bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (Sırasıyla p; <0.001, 0.009). Geç dönem kontür bozukluğu olan 9 hastanın; kırığın maksimum deplesyon miktarının ortanca değeri 6,2 mm olarak hesaplanırken hastalarının tamamının maksimum deplesyon miktarı 4,5 mm'den fazla olarak görüldü. Kontür deformitesinin ayırt edilmesinde deplesyon ölçümüne göre elde edilen kestirim değerimiz (4.5mm) için elde edilen sensitivite değerimiz %100, spesifite oranımız %100, eğri altında kalan alanımız (1) hesaplanmış olup bu kestirim değeri kontür deformitesini ayırmada istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). Kontür deformitesinin ayırt edilmesinde ilk açılanmaya göre elde edilen kestirim değerimiz (380) için elde edilen sensitivite değerimiz %55,6, Spesifite oranımız %81 eğri altında kalan alanımız (0.720) olarak hesaplanmış olup bu kestirim değeri kontür deformitesini ayırmada istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0.035$). Kontür deformitesinin ayırt edilmesinde deplese alana göre elde edilen kestirim değerimiz (6.27) için elde edilen sensitivite değerimiz %66,7, Spesifite oranımız %86,4 eğri altında kalan alanımız (0.798) olarak hesaplanmış olup bu kestirim değeri kontür deformitesini ayırmada istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). Non- operatif takip edilen 33 hastanın 12'sinin yaralanmadan en az 1 yıl sonra çekilen bilgisayarlı tomografilerinde kırığın maksimum deplesyon miktarının ortalama 1,8 mm azaldığı görüldü.

Posterior tabula fraktürü olan 51 hastanın 9'u (17,6) BOS kaçağı ve rinore görülürken hastaların 6' sında 10 günden kısa süre BOS kaçağı kendi kendine sonlanmış 3 hastada dura defekti onarımı gerekti.

Geç dönem bulguları olarak; kazadan 10 yıl sonra frontal bölgede abse görülen 1(0,8) hastada abse drenajı ve sinüs obliterasyonu gerçekleştirildi, cerrahi önerilenancak tedaviyi reddeden 1 hastada, yaralanmadan 1 hafta sonra menenjit görüldü,ve 2 yıl sonrasında frontal bölgede orbitaya uzanım gösteren mukopiyosel gelişti.

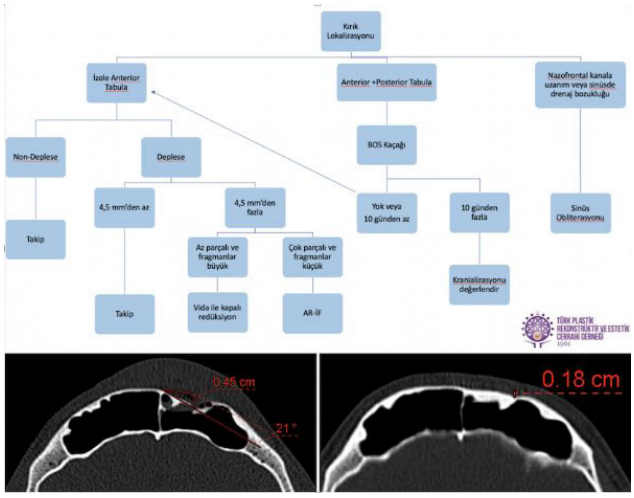
Sonuç: Frontal sinüs kırıklarında kullanılabilecek tedavi algoritması Resim 1'de gösterilmiştir.

Frontal sinüs kırığı olan 125 hastanın ortalama 3 yıl 11 ay takip süresi ve kraniometrik ölçümleri sonucunda;

- Kranializasyon endikasyonu olan (posterior tabulada parçalı ve deplese kırık, BOS kaçağı) hastaların çoğu non-operatif takip edildi ve sadece 1 hastada kranializasyon gerçekleştirildi. Anterior ve posterior tabulası kırık olan ve BOS kaçağı olan 1 hasta haricinde diğer hastaların hiçbirinde intrakranial enfeksiyon ve BOS kaçağı görülmedi. BOS kaçaklarının non-operatif takip ile 10 güne kadar spontan rezolüsyona uğrayabileceği göz önünde bulundurularak tedavi yönetiminde kranializasyon yerine konservatif metodlar lehine tedavi planlanabilir. 10 günden uzun süren BOS kaçaklarında kranializasyon değerlendirilebilir.
- İzole non- deplese anterior tabula kırıkları güvenle takip edilebilir
- Redüksiyon + fiksasyon yapılacak anterior tabula kırıklarında; kırık fragmanlar büyük ve çok parçalı değilse; kemik redüksiyonu perkütan vida yardımıyla, fiksasyon gerektirmeden gerçekleştirilebilir.
- Literatürde genel kanı; izole deplese anterior tabula kırıklarında kozmetik deformiteleri önlemek amacıyla redüksiyon ve internal fiksasyon yapılması yönündedir. Ancak geç dönem kraniometrik ölçümlerle birlikte kırık deplesyonunun kemiğin yeniden şekillenmesi ile ortalama 1,8 mm azaldığı ve 4,5 mm'den az deplesyon derinliği olan hastalarda belirgin kontür deformitesi kalmadığı görüldü. Bu nedenle izole anterior deplese fraktürlerde sınır değer olan 4,5 mm'nin altında deplesyonu olan kırıklarda konservatif yaklaşım uygulanabilir ancak 4,5 mm' den fazla deplesyonu olan kırıklara redüksiyon+ fiksasyon gereklidir.

Anahtar Kelimeler: frontal sinus fraktürleri, kraniometrik analiz, kapalı redüksiyon, tedavi algoritması, kranializasyon

Frontal Sinüs Kırıkları Tedavi Algoritması



Resim 1; Üst: Frontal sinüs kırıklarında tedavi algoritması Sol alt: 18 yaşında erkek hastanın düşme sonrası izole anterior tabula kırığı ve maksimum deplesyon miktarı (4,5mm). Hasta ve ailesi operasyonu istemedi. Hasta ve yakınları gelecekte oluşabilecek kontür bozuklukları açısından bilgilendirildi. Sağ alt: Aynı hastanın yaralanmadan 7 yıl sonraki bilgisayarlı tomografi görüntüsü. Kırık hattının kemiğin yeniden şekillenmesi ile kalın bir kemik hattı oluşturacak şekilde iyileştiğini ve maksimum deplesyon miktarının 2,7 mm azaldığına dikkat ediniz. Hastada geç dönemde görülür kontür deformitesi izlenmemiştir

Frontal Sinus Kırıklarının Lokalizasyonu Ve Uygulanan Tedaviler

Fraktür Lokalizasyonu	n (%)	Konservatif Tedavi n (%)	AR-İF* n (%)	AR-İF*+Sinüs Obliterasyonu n (%)	Perkütanoz Vida Yardımıyla Kapalı Redüksiyon n (%)	Kranializasyon
Non-Deplase İzole Anterior Tabula Kırıkları	23(18.4)	23 (100)	-	-	-	-
Deplase İzole Anterior Tabula Kırıkları	51(40.8)	33(64.7)	10(19.6)	4 (7.8)	4 (7.8)	-
Anterior ve Posterior Tabula Kırıkları	51(40.8)	39 (76.4)	6(11.7)	5 (9.8)	-	1 (1.9)

**AR-İF: açık redüksiyon ve internal fiksasyon*

ABY-K-003

Çok Aşamalı Onarımlara İyi Bir Alternatif: Tek Aşamalı Otolog Mikrotia Rekonstrüksiyonu

Erden Erkut Erkol, Osman Akdağ, Ahmet Rıfat Doğramacı, Mustafa Sütçü, Zekeriya Tosun

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

Giriş: Mikrotia onarımında altın standart yöntem çok aşamalı otolog rekonstrüksiyondur (1). Uzun tedavi süresi, artmış donör alan morbiditesi ve yüksek tedavi maliyeti gibi olumsuz faktörler çok aşamalı tekniklerin klinik pratikte uygulanabilirliğini zorlaştırmaktadır.

Sosyal hayata dönüşün uzun sürmesi, çok sayıda kosta kullanılması ve aynı alanda tekrarlayan cerrahiler gerektirmesi plastik cerrahları yeni arayışlara yönlendirmiş ancak ideal sonuçlara halen ulaşılamamıştır.

Bu çalışmanın amacı çok aşamalı onarımlara alternatif olabilecek tek aşamalı otolog mikrotia rekonstrüksiyonu sonuçlarının; estetik, psikososyal, sensöriyel ve morfometrik olarak iki aşamalı onarımlarla karşılaştırılarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: 2018-2021 yılları arasında opere edilen 24 mikrotia hastası incelendi. İki aşamalı ve tek aşamalı onarım yapılan unilateral mikrotia hastaları çalışmaya dahil edildi. Alloplastik materyal ve otolog dokuyla bilateral onarım yapılan iki hasta çalışma dışı bırakıldı.

Cerrahi Teknik / Gruplar

Tek Aşamalı Cerrahi Teknik (TAT) Grubu

Ameliyat öncesi sağlam kulağın bilgisayarlı tomografi görüntüleri kullanılarak ayna görüntüsü oluşturuldu. 3 boyutlu yazıcıdan kulak modeli elde edildi. Bu model intraoperatif kıkırdak iskelet yapımında referans olarak kullanıldı.

6. 7. ve 8. kostadan elde edilen kıkırdak ile "kıkırdak kulak iskeleti" ve bunun projeksiyonunu sağlamak için iskeletin posterioruna yerleştirilen "kıkırdak blok" oluşturuldu.

Eş zamanlı ikinci cerrahi ekip tarafından alıcı alan saçlı deri sınırından kulağın planlanan izdüşümüne uygun olarak cilt eksize edilip tam kalınlıkta deri grefti haline getirildi. Aynı insizyondan temporopariyetal fasya flebi hazırlandı.

Kıkırdak çatı, açık alıcı alana kontralateral kulakla simetrik konumda mastoid fasyaya sabitlendi ve temporopariyetal

fasya çatının üzerine adapte edildi. Negatif basınçlı dren yerleştirildi.

Alıcı alandan elde edilen tam kalınlıkta deri grefti daha görünür olan kulak lateral yüzeyine; kol veya kasıktan alınan tam kalınlıkta deri grefti post-auriküler sulkusa yerleştirildi. Bohça pansuman yapıldı (Şekil 1).

Çok Aşamalı Cerrahi Teknik (ÇAT) Grubu

Tüm hastalar iki aşamalı klasik Nagata tekniğiyle opere edildi.

Değerlendirme

Ameliyat sonrası 6. ayda:

Soukup Değerlendirme Ölçeğiyle onarılan kulağın genel görünümü, estetik alt üniteleri ve donör alanları (kıkırdak grefti, temporoparietal fasya flebi ve cilt grefti); gruplardan habersiz olan iki plastik cerrah, bir tıp doktoru ve hastanın kendisi tarafından puanlandı.

Akter Değerlendirme Ölçeğiyle psikososyal durumları, onarılan kulağın estetik görünümü ve işitme dışındaki fonksiyonu hastaların yaptığı puanlama üzerinden ölçüldü.

"Glasgow Benefit Inventory" puanlamasıyla hastaların postoperatif hayat kalitesi değerlendirildi.

Morfometrik değerlendirmede her iki kulak projeksiyonu, sefaloauriküler açı, postauriküler sulkus derinliği, kulak uzunluğu, kulak genişliği, kulak aksı dijital açıölçer ve kumpasla ölçüldü.

Sensöriyel değerlendirmede Semmes Weinstein monofilaman testiyle 11 anatomik noktaya, beş farklı basınçta monofilaman uygulanarak onarılan kulakların koruyucu duyusu değerlendirildi. Sıcaklık ayrımı, 5 ve 45 santigrat derecelik test tüpleriyle yapıldı.

Veriler SPSS 21.0 programında bağımsız örneklem T-testi, Mann-Whitney U ve Ki-kare testiyle analiz edildi, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Unilateral mikrotia tanısı alan 22 hasta (14 TAT, 8 ÇAT) opere edildi.

Ortalama operasyon süresi TAT ve ÇAT için sırasıyla 8,5±1 saat (7-11) ve 10,8±1,25 saat; ortalama yatış süresi sırasıyla 2,3±0,5 gün (2-4) ve 8,5±0,8 gün olarak bulundu. Ameliyat ve yatış sürelerinin TAT grubunda kısa olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Soukup ölçeği sonuçlarına göre, plastik cerrahi uzmanları tarafından yapılan puanlamanın ortalaması TAT ve ÇAT için sırasıyla kulağın genel görünüşü için 42,7±2,85 ve 38,9±4,74, estetik alt üniteler için 45,9±3,4 ve 41,5±5, donör alan için 40±3,1 ve 36,3±1,6 olarak bulundu. Ölçeğin her üç alt başlığında iki teknik arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu.

Akter ölçeği psikososyal alt başlığında TAT ve ÇAT grubundaki hastaların puan ortalaması sırasıyla 44,5±2,95 ve 40,1±2,7 idi. İki teknik arasında istatistiksel anlamlı fark vardı.

Morfometrik değerlendirmelerde TAT ve ÇAT için postauriküler sulkus derinliğinin sağlam kulakla farkı sırasıyla ortalama 1,7±1,3 mm ve 5,6±5 mm olarak bulundu. Aks farkı ise sırasıyla 0,2±0,5 derece ve 4,7±6,65 derece olarak bulundu. Bulunan farklar TAT lehine istatistiksel olarak anlamlıydı.

Diğer değerlendirme parametreleri açısından TAT ve ÇAT grupları arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tartışma: Tanzer, Brent ve Nagata tarafından temelleri atılan çok aşamalı otolog mikrotia onarım teknikleri günümüzde en sık kullanılan yöntemlerdir. Ancak çok aşamalı (2-6 seansa kadar) olması, normal yaşama dönüş süresinin uzun olması, çok sayıda kosta kullanılması ve yüksek tedavi maliyetleri; cerrahları yeni teknik arayışına yöneltmiştir.

Brent, kullanılan kosta sayısı arttıkça göğüs duvarı bütünlüğünün bozulma riskinin arttığını vurgulamıştır (2). Klasik Nagata tekniğinde 5 kosta ve literatürdeki modifikasyonda 4 kosta kullanımının aksine bu çalışmada tek aşamada 3 kosta kullanılarak morbidite riski azaltılmıştır (1,3). Az sayıda kosta kullanılmasına rağmen normal kulağın ayna görüntüsü olan 3 boyutlu model ile, kıkırdak iskeletin yapımı kolaylaşmıştır.

Çok aşamalı tekniklerin ilk aşamasında kıkırdak iskeletin küçük bir cepten yerleştirilip konumlandırılmaya çalışılması, kulak aksı simetrisinin sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada alıcı alandaki cildin greft olarak eksize edilmesiyle saha açık hale getirilmiş, böylece kıkırdak iskeletin adaptasyonu ve kulak aksının simetrisi daha iyi sağlanmıştır.

Çok aşamalı teknikte cerrahi alandaki fibrozise sekonder yara ve flep kontraksiyonu, ikinci aşamada kıkırdak greftin istenilen boyut ve konumda yerleştirilmesini, postauriküler sulkus derinliğinin sağlanmasını güçleştirmektedir. Tek aşamalı teknikte kıkırdak blok ve iskeletin birleştirilip, fasyanın kulağın her iki yüzüne de örtülmesiyle postauriküler sulkusun oluşturulması kolaylaşmaktadır. Çalışmamız bu özelliğiyle literatürde tarif edilen tek aşamalı tekniklerden ayrılmaktadır.

Tek aşamalı teknikle tüm kulak cildinin deri greftiyle oluşturulmasına rağmen kulak duyusunun altıncı ayda kulağın koruyucu duyusu kritik değeri olan 4,31 inç'e ulaşması ve sıcaklık ayrımının çok aşamalı teknikteki değerlere benzer olması deri greftiyle kulak cildi onarımının sensöriyel açıdan kabul edilebilir olduğunu göstermiştir.

Soukup ölçeği parametreleri açısından plastik cerrah değerlendirmesinde tek aşamalı teknik üstünken; hasta ve hekim değerlendirmesinde iki grup arasında fark bulunamamış olması kulak anatomisinin teknik detaylarının plastik cerrahlarca bilinmesine bağlanmıştır.

Akter ölçeği sonuçlarında hastaların maske ve gözlük takmakta zorlanmaması; kulağını saklamadan sosyal yaşamına devam edebilmesi tekniğin fonksiyonel ve psikososyal açıdan başarılı olduğunu göstermiştir.

Sonuç olarak mikrotia onarımındaki temel prensipler gözetilerek yapılan tek aşamalı onarımla estetik, psikososyal, sensöriyel ve morfometrik açıdan altın standart kabul edilen çok aşamalı onarımlar kadar başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

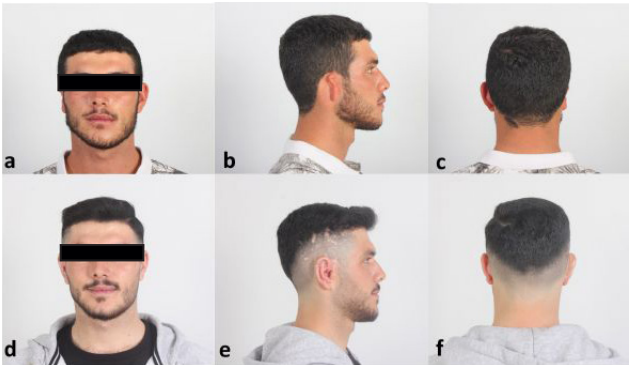
Tek aşamalı otolog mikrotia onarımı daha az sayıda kosta kullanılması, tek seansta yapılması ve kısa yatış süresiyle yeni bir altın standart teknik olmaya adaydır.

Kaynaklar:

1. Li, Q., ve ark. (2018). Auricular reconstruction of congenital microtia by using the modified Nagata Method: Personal 10-Year experience with 1350 cases. JPRAS,71(10),1462-1468.
2. Brent B. Technical advances in ear reconstruction with autogenous rib cartilage grafts: personal experience with 1200 cases. PlastReconstrSurg. 1999;104(2):319-34; discussion 335-8.
3. Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia. PlastReconstrSurg.1993;92(2):187–201.

Anahtar Kelimeler: Tek aşamalı, Otolog, Mikrotia

Şekil 1



Tek Aşamalı Teknik (TAT) grubunda opere edilen 23 yaşında erkek hastanın preoperatif (a,b,c) ve postoperatif 7. ay (d,e,f) görüntüleri

ABY-K-004

Mandibula Angulus Fraktürlerinin Tedavisinde Süperior Yerleşimli Tek Miniplakla Fiksasyonun(Champy Tekniği) Uzun Dönem Sonuçlar ve Kraniometrik Ölçümler Eşliğinde Analizi

Hilal Güneş[1], Mert Çalış[1], Ersoy Konaş[1], Ahmet Yasir Altunbulak[2], Ayça Karaosmanoğlu[2], Münip Gökhan Tunçbilek[1], Mehmet Emin Mavili[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Ankara

Giriş: Fasial iskeletin en güçlü ve rijit kemiği olmasına rağmen yüzdeki prominent yerleşimi mandibulayı travma sonucu en sık kırılan yapılardan biri haline getirmektedir. Mandibulanın anatomik bölgelerine göre fraktürlerinin sıklığı literatürde farklılıklar gösterse de; angulus en sık fraktür görülen bölgeler arasında yer almaktadır. Angulus fraktürlerinde internal fiksasyon definitif tedavi olarak kabul edilmekle birlikte; bu bölgenin ince kesit alanı, kurvartürdeki akut değişiklik, çiğneme kaslarınca uygulanan kuvvetler ve 3. molar dişin varlığını da içeren komplex biyomekaniği ideal fiksasyon tekniğini üzerinde fikir birliğinin kurulamaması ile sonuçlanmıştır. Champy angulus fraktürlerinde; en fazla gerilme kuvvetine maruz kalan eksternal oblik sırtın kranial ve bukkal yönden tek plak ve monokortikal vidalarla fiksasyonunun yeterli olacağını öne sürmüştür. Bu çalışmanın amacı angulus fraktürlerinin yaygın kabul gören, stabil fiksasyon yöntemi olarak tanımlanan; süperior sınırda yerleşimli tek nonkompresyon miniplağı ile fiksasyonunun(Champy tekniği) sonuçlarını ortaya koymaktır.

Materyal, Metod: Çalışmamız için 2014 Ocak-2021 Haziran arasında kliniğimizde maksillofasyal travma nedeniyle değerlendirilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Bilgisayarlı tomografide(BT) mandibula angulusunda fraktür olan, angulus süperioruna tek miniplak ve monokortikal vidalar ile fiksasyon uygulanarak tedavi edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce maksillofasyal fraktür öyküsü, patolojik kemik kırığı öyküsü olan, genel anestezi alması uygun olmayan, kraniyofasyal iskelet ilişkili konjenital anomali tanısı bulunan hastalar çalışmadan dışlandı. Tüm angulus fraktürleri posterior mandibular gingivobukkal insizyondan erişimle mandibular eksternal oblik sırta kranial ve bukkal yönden yerleştirilen monokortikal vidalarla tespitlenen 2.0 mm tek plakla fikse edildi. Cinsiyet, yaş, travma etyolojisi, başvuruya ve operasyona dek geçen süre, angulus fraktürünün lateralitesi, deplese ve parçalı niteliği, 3. molar kökle ilişkisi, eşlik eden mandibular ve mandibula dışı kraniyofasyal fraktür varlığı ve intermaksiller fiksasyon için kullanılan seçenek araştırılarak kaydedildi. Bulgular; hastaların 1.ve 6. aydaki muayene notlarından, oklüzyon fotoğraflarından, panoramik grafilerinden ve BT görüntüleri üzerinden değerlendirildi. Oklüzyon, maksimal interinsizal mesafe, alt dudakta hipoestezi, postoperatif yara komplikasyonu, angulus fraktürü bölgesinde ağrı/hassasiyet, 3. molar dişin durumu, mentum deviasyonu, union durumu kaydedildi.

Mandibula angulusunda travmatik fraktürü olan ve süperiörde tek miniplakla fiksasyon sağlanan hastaları normal popülasyonla karşılaştırmak amacıyla; postoperatif BT görüntülerinden elde edilen bilateral gonional açı, bilateral kondillerin ve mentumun midsagittal plana uzaklığına ilişkin değerler; Ocak 2020-Haziran 2021 arasında kliniğimizce maksillofasyal travma nedeniyle değerlendirilen ve kraniyofasyal fraktürü olmayan(n:29) hastaların BT ölçümleriyle karşılaştırıldı. Angulus biyomekaniğine atfedilen kırık hattının alt riminde redüksiyon sonrası iyileşme sürecinde gelişebilecek muhtemel ayrışmayı araştırmak amacıyla; hastaların preoperatif BTlerinde angulus fraktür hattında kemik segmentler arasındaki açı ölçülerek, postoperatif BTlerindeki ölçümle karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 34 hastanın(36 angulus fraktürü) ortalama başvuru yaşı 26.9, travma başvuru ve travma operasyon arasındaki ortalama süre sırasıyla 1.2 ve 5.2 gündü. En sık etyolojik faktör şiddet(n:12,%35), takiben motorlu taşıt kazaları(n:9,%26), düşme(n:7,%20), spor yaralanmaları(n:6,%17)ydı. Angulus fraktürlerinin 21'i deplese(%58), 7'si minimal deplese(%19.4), 8'i nondeplese(%23.5) fraktürlerdi. Hastaların 27(%79) sinde; parasimfizis(%70), kondil/subkondil(%16.6), korpus(%10) ve simfizis(%3.3)te eşlik eden 30 mandibular fraktür tespit edildi. 7 hastada(%20.6) mandibula dışı ek fraktür mevcuttu. Angulus fraktürünün molar diş ile ilişkisi BT üzerinden değerlendirildiğinde 29 hastanın 23 ünde fraktür hattı 3. Molar diş kökü ile ilişkiliydi, bu hastalardan 2 sinde 3. molar kökte fraktür görüldü, intraoperatif ekstraksiyon uygulandı.

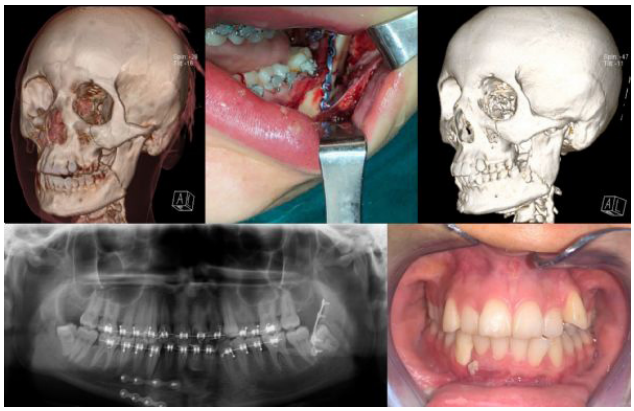
Postoperatif 6. Ay kontrolünde tüm hastalarda oklüzal ilişki normal(%100), maksimal interinsizal mesafe 35mm'nin üzerindeydi(%100, ort:42.94 mm), hastaların tümünde(%100) komplet union sağlandı. Hastaların hiçbirinde mentumda deviasyon, alt dudakta kalıcı hipoestezi gözlenmedi. 6 hastada(%17,6) tedavi gerektiren komplikasyon gözlendi. Operatif tedavi gerektiren komplikasyonlar(%11); angulus plağı ilişkili kronik ağrı(n:1), enfektif olmayan plak ekspozisyonu(n:3)ydu. Operatif tedavi gerektirmeyen komplikasyonlar(%5.8); fizik tedavi gerektiren ağız açıklığında kısıtlılık(No.4, n:1, %2, 6.Ayda 38mm), postoperatif İMF ile kontrol edilen maloklüzyon(No.19, n:1, %2, 6 haftalık İMF sonrası normal oklüzyon)du. Bunun yanında 5 hasta(%14.7) 6. ay takibinde mevcut olmayan geçici hipoestezi bildirdi. 4 yaşında sol angulus sağ parasimfizis fraktürü nedeniyle opere edilip ilk 6 ayda normal oklüzyonla takip edilen bir hasta(No.9), postoperatif 2. yılda minimal crossbite ile başvurdu.

Kraniometrik analiz BT görüntüleri üzerinden gerçekleştirildi. Hastaların postoperatif bilateral gonional açıları, her iki kondilin midsagittal plana uzaklığı, mentumun midsagital plana uzaklığı; normal popülasyonla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı($p>0.05$). Angulus fraktür hattında kemik segmentler arasındaki açının postoperatif BT ölçümlerinin; preoperatif BT değerlerine göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü.

Sonuç: Mandibula angulus fraktürleri sık görülmekle birlikte yönetimi konusunda fikir birliği mevcut değildir. Bu durum bölgenin spesifik biyomekanik ve anatomik özelliklerine atfedilebilir. Mandibula angulusunun bu spesifik özelliklerine dayandırılan, angulusun süperior sınırda tek nonkompresyon miniplağı ile fikse edildiği teknik(Champy) literatürde pek çok çalışmaya konu olmuş ve farklı sonuçlar bildirilmiştir. Konservatif disseksiyonla uygulanabilme, intraoral yaklaşımla marjinal mandibular sinirle ilişkiyi minimalize etme, daha az periostal ayrıştırma, operatif süreyi kısaltma avantajlarına sahip bu teknik düşük komplikasyon oranı ve başarılı postoperatif sonuçları ile güvenilir bir fiksasyon yöntemi olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Angulus fraktürleri, Champy, Fonksiyonel stabil fiksasyon, İnternal fiksasyon, Mandibula kırıkları, Tek miniplak

Sol angulus mandibula fraktüründe süperior yerleşimli tek plakla fiksasyon



Sol angulusta deplese fraktürün preoperatif BT görüntüsü, Redüksiyon sonrası tek plakla fikse edilmiş fraktür hattı, Postoperatif BT, Postoperatif panoramik grafi, Postoperatif 1. ayda oklüzyon

Demografik veriler, Fraktür özellikleri, Postoperatif bulgular

Hasta	C	Yaş	Etyoloji	Yön	Ek mandibula fraktürü	Mandibula dışı fraktür	3. Molare uzanım	3. Molarde fraktür	Oklüzyon	MİM(cm)	Deviasyon	Hassasiyet	Hipoestezi	Yara komplikasyonu	Union
1	K	27	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ PS	İOR, PMB	e	h	N	3.6 CM	-	-	GH	-	Komplet
2	K	34	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ Kor	-	NA	NA	N	4.2 CM	-	-	-	-	Komplet
3	E	25	ŞİDDET	SAĞ	-	-	e	h	N	4.1 CM	-	-	-	-	Komplet
4	K	17	DÜŞME	SOL	S	-	h	h	N	3.8 CM(FTR)	-	-	-	Plak Ekspozisyonu	Komplet
5	E	19	SPOR	BİLATERAL	-	-	e	h	N	4.6 CM	-	-	-	-	Komplet
6	E	22	SPOR	SOL	(KL)SAĞ SubK	-	e	h	N	4.9 cm	-	-	-	-	Komplet
7	E	24	DÜŞME	SOL	-	-	e	e	N	3.8 CM	-	-	GH	-	Komplet
8	E	18	ŞİDDET	SOL	-	-	e	h	N	4.3 CM	-	-	-	-	Komplet
9	E	4	MT	SAĞ	(KL)SOL PS	-	e	h	Min CB(2.yıl)	4.2 CM	-	-	-	-	Komplet
10	E	25	DÜŞME	SOL	(KL)SAĞ PS	-	e	h	N	4.5 CM	-	-	-	-	Komplet
11	E	16	MT	SAĞ	(KL)SAĞ PS	-	e	h	N	4.7 CM	-	-	GH	-	Komplet
12	E	62	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ PS	-	h	h	N	4.3 CM	-	+	GH	-	Komplet
13	E	20	SPOR	SOL	(KL)SAĞ PS	-	e	h	N	4.0 CM	-	-	-	-	Komplet
14	E	16	SPOR	SAĞ	(KL)SOL PS	-	e	h	N	5.2 CM	-	-	-	-	Komplet
15	E	17	SPOR	SOL	-	-	e	h	N	3.6 CM	-	-	-	-	Komplet
16	E	22	ŞİDDET	SOL	-	-	NA^	NA^	N	3.8 CM	-	-	-	-	Komplet
17	E	15	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ PS	-	e	h	N	4.9 CM	-	-	-	-	Komplet
18	E	17	SPOR	SAĞ	(KL)SOL PS	-	e	h	N	5.2 CM	-	-	-	-	Komplet
19	E	17	MT	SAĞ	(KL)SOL PS	Mx sinüs	e	h	N&	4.0 CM	-	-	-	-	Komplet
20	E	20	MT	SAĞ	(İL)SAĞ PS	ZMB*, NMB,F,Mx Alveol,İOR*	e	h	N	4.5 CM	-	-	-	-	Komplet
21	E	17	ŞİDDET	SAĞ	(KL)SOL Ko	-	e	h	N	4.4 CM	-	-	-	-	Komplet
22	E	16	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ PS	-	e	h	N	4.3 CM	-	-	-	-	Komplet
23	E	50	DÜŞME	SAĞ	(KL)SOL PS	PMB	e	h	N	4.5 CM	-	-	-	Plak Ekspozisyonu	Komplet
24	E	14	ŞİDDET	SAĞ	(KL)SOL PS	-	e	h	N	4.5 CM	-	-	-	-	Komplet
25	E	47	DÜŞME	SOL	(KL)SAĞ PS	Orb. taban*	h	h	N	4.4 CM	-	-	-	-	Komplet
26	K	26	MT	BİLATERAL	SOL PS, SOL Kon	-	e	h	N	3.9 CM	-	-	-	-	Komplet
27	E	61	ŞİDDET	SAĞ	(KL)SOL PS, SOL Kon	-	NA	NA	N	4.2 CM	-	-	-	-	Komplet
28	E	16	MT	SOL	(KL)SAĞ PS	-	e	e	N	4.1CM	-	-	-	-	Komplet
29	E	27	ŞİDDET	SOL	(KL)SAĞ PS	-	NA	NA	N	4.7 CM	-	-	GH	-	Komplet
30	E	16	DÜŞME	SOL	(KL)SAĞ PS	-	h	h	N	4.3 CM	-	-	-	-	Komplet
31	E	62	DÜŞME	SAĞ	BL Kon	-	NA	NA	N	4.2 CM	-	-	-	-	Komplet
32	K	44	MT	SAĞ	-	ZMB*, İOR*, Orb taban*	h	h	N	4.2 CM	-	-	-	Plak Ekspozisyonu	Komplet
33	E	14	MT	SAĞ	(KL)SOL Kor	PMB, ZMB,Mx Alveol, Orb. taban, F	e	h	N	4.0 CM	-	-	-	-	Komplet
34	E	15	MT	SOL	(KL)SAĞ PS	-	h	h	N	4.1 CM	-	-	-	-	Komplet

*C: Cinsiyet, MT: Motorlu taşıt, PS: Parasimfizis, S: Simfizis, SubK: Subkondil, İOR: İnfraorbital rim, PMB: Piterigomaksiller butress, Mx: Maksilla, ZMB: Zigomatikomaksiller butress, NMB: Nazomaksiller butress, F: Frontal, Orb: Orbita, *: Fiksasyon uygulanan mandibula dışı fraktür, Ø: Travma öncesi 3. molar diş mevcut değil, Δ: Travma sırasında kayıp, N: Normal oklüzyon, CB: crossbite, &: Postoperatif İMF ile düzelen oklüzyon bozukluğu, MİM: Maksimum interinsizal mesafe*

ABY-K-005

Sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan malign melanom hastalarında tümör kalınlığı ve tümör lokalizasyonunun prognoza etkisi

Uğur Çelik, Can Ege Yalçın, Fatih Çınar, Yağmur Aydın

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

Amaçlar: Malign Melanom nadir olmasına karşın mortalitesi yüksek bir deri malignitesidir. İnsidansı giderek artmakta olan malign melanom hastalarının prognozuna etki eden faktörlerin incelenmesi ve uluslararası literatürle karşılaştırılması önem kazanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2004-Aralık 2019 yılları arasında sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) işlemi yapılmış hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu hastalarda prognoza etkisini değerlendirmek amacıyla demografik özellikleri, tümör yerleşim yeri, kalınlığı ve diğer histopatolojik özellikleri, SLNB'de çıkarılan lenf nodu sayısı ve durumu, SLNB pozitif hastalardaki terapötik lenf nodu diseksiyonu sonuçları, uzak ve lokal metastazlar, mortalite ve takip süreleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 54,25±16,34 yıl arasında değişen, ortalama takip süresi 88,07±56,93 ay olan 96'sı kadın toplam 222 olgu dahil edildi. Tümör kalınlıkları ortalaması 3,65±2,87 mm olup, hastalıksız sağkalım süresi ortalama 78,4±56,79 ay olarak saptandı. Sentinel lenf nodu pozitifliği 65 hastada (%29.2) saptandı. Melanom rekürrensi; lokal, rejyonel veya uzak metastaz olarak tanımlanmış olup %14,4 oranında, mortalite %20,7 ve melanom rekürrensi ve/veya mortalite ise %29,7 oranında saptandı. Cinsiyet, tümör kalınlığı, ek hastalık varlığı, ülserasyon ve sentinel lenf nodu varlığı mortalite üzerine; ülserasyon ve lenfatik invazyon varlığı ise melanom rekürrensi üzerine bağımsız risk faktörleri oldukları saptandı. Tümör lokalizasyonlarına göre hastalıksız sağkalım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Tümör kalınlığı 2 mm üzerinde olanların, altında olanlara göre hastalıksız sağkalım oranı anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü.

Sonuçlar: Malign melanom hastalarında demografik ve histopatolojik parametreler incelendiğinde prognoz açısından rekürrens için ülserasyon ve lenfatik invazyon varlığı; mortalite için ise yaşın artması, tümör kalınlığının artması, erkek cinsiyet, ek hastalık, ülserasyon varlığı, T evresi, sentinel nod pozitifliği ve rekürrens mevcudiyeti risk teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cilt kanserleri, Epidemiyoloji, Malign Melanom, Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

ABY-K-006

Açı kullanmadan yapılan Z-Plasti tasarımı

Yunus Sağlam, Ümit Naci Karaçal

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Z-plasti, plastik cerrahinin en temel tekniklerinden biridir. İki üçgen flebin yer değiştirmesi sonucu bir eksende kısalma, diğer eksende uzama olmaktadır. Bu uzama z-plastinin temel amacını oluşturur. İstenilen uzama oranını elde etmedeki en önemli faktör ise tasarımdır. Klasik bir z-plastide her parçanın uzunluğu ve aralarındaki açıları eşittir; uzama oranı ise bu açılara göre değişir. Bu konuda kolaylık olması açısından belirli açılar (45, 60, 75, 90 derece vb) için yaklaşık uzama oranları tanımlanmıştır(1). Ancak bu uzama oranları teorik olarak kesin değil, yaklaşık değerlerdir ve bu sınırlı sayıdaki açı haricinde yol gösterici olamamaktadır. Açıya göre teorik uzama oranını kesin olarak göstermek için formüller tanımlanmıştır(2):

√(3-2cosα-2cosβ+2cos(α+β)) - 1 = Uzama oranı

Ancak bu formüllerin ameliyat esnasında kullanımı kolay değildir. Tüm bunların ötesinde doğru açı bilinse dahi, bu açıyı tam olarak çizmek zordur.

Bu çalışmada, herhangi bir açı tablosu, formülü vs kullanmadan, istenilen uzama oranını teorik olarak kesin bir şekilde sağlayan, basit ve kullanışlı bir çizim tekniği tanımlanmıştır.

Yöntem: Klasik bir z-plastinin orta parçası (AB) uzatılmak istenen kısmın üstüne çizilir (Şekil1). AB doğru parçasının her iki ucundan başlayan ve eşit açılı AC ve BK doğru parçaları çizilerek Z şekli elde edilir. Böylece eş CAB ve KAB üçgenleri elde edilir. CAB üçgeni X flebine; KAB üçgeni ise Y flebine denk gelmektedir.

Transpozisyon ile X flebinin C ve B köşeleri sabit kalırken, flebin A köşesi K noktası üzerine taşınır. Böylece X flebinin yeni yeri CBK üçgeni olur. Aynı yöntemle Y flebinin yeni yeri KCA üçgeni olur. Transpoziyonlarla AB hattı üzerine taşınan dokular ile uzama elde edilir. O noktası AB hattının orta noktası olmak üzere; bu uzamanın BO hattındaki kısmı X flebinden, AO hattındaki kısmı ise Y flebinden sağlanır (Şekil2).

X flebinde CA kenarı, CK doğru parçasının üzerine yerleşirken; CA kenarının orta noktası da CK doğru parçasının orta noktası olan O noktasına taşınır. B köşesinin sabit kaldığı göz önünde bulundurulduğunda; X flebindeki BD kısmının, BO hattı üzerine gelerek uzamayı sağladığı görülür. Aynı şekilde Y flebinde de AL kısmı AO hattı üzerine getirilerek, AB hattında uzama sağlanır. Sonuç olarak AB hattına BD+AL uzunluğu getirilmiş olur. Üçgenlerde benzerlik özelliğinden dolayı BD+AL=CK eşitliği elde edilir(Şekil1); yani uzatılmak istenen AB hattı üzerine transpoze edilen dokunun uzunluğu CK mesafesine eşittir.

Bu ispat sonrasında temel amaç, transpoziyon ile elde edilmek istenen uzunluğun, Z-plastinin her iki ucu arasındaki mesafeye eşit olmasını sağlamaktır. Örneğin klasik bir z-plasti ile 2X uzunluğunda bir hatta 2Y uzunluğunu elde etmek istiyorsak; her bir kenarı 2X uzunluğunda ve aralarındaki açıları eşit, başlangıç ve bitiş noktaları arasındaki mesafe 2Y olan bir "Z" şekli çizmemiz gerekir. Uzatılmak istenen 2X uzunluğunun çizildiği hattın başlangıç ve bitiş noktalarına A ve B, ortasına ise O noktası diyelim. 2X uzunluğunun başlangıç ve bitiş noktalarını (A ve B) merkez kabul eden 2X yarıçaplı çemberlerin üzerindeki noktalar, z-plastinin başlangıç ve bitiş noktaları olabilecek yerleri gösterir (Şekil3'te kırmızı ve mavi çemberler). Başlangıç ve bitiş noktaları arasında olması gereken mesafe 2Y iken, bu noktaların orta nokta olan O noktası ile arasındaki mesafe Y olacaktır. O noktasını merkez kabul eden Y yarıçaplı çember, O noktasına uzaklığı Y olan noktaları gösterir (Şekil3'te siyah çember). 2X yarıçaplı kırmızı ve mavi çemberler ile Y yarıçaplı siyah çemberlerin kesişim noktaları da z-plastinin başlangıç ve bitiş noktalarının olması gerektiği yeri göstermektedir. Sonuç olarak her kenarı 2X uzunluğunda olan, başlangıç ve bitiş noktaları arasında 2Y mesafe bulunan ve böylelikle 2X'ten 2Y'ye uzama sağlanan z-plasti çizimi tamamlanır.

Örnek:

10 cm'lik bir skarda 4 cm uzama için 14 cm uzunluğunda bir doku taşınması gerektiğinde; bu 10 cm'lik skarın her iki

uç noktalarını merkez kabul eden 10 cm yarıçaplı çemberler ile uzatılmak istenen skarın orta noktasını merkez kabul eden 7 cm yarıçaplı çemberin kesiştiği noktalar, z-plastinin başlangıç ve bitiş noktalarını gösterecektir (Şekil4). Böylelikle son derece pratik biçimde z-plasti çizimi tamamlanacaktır.

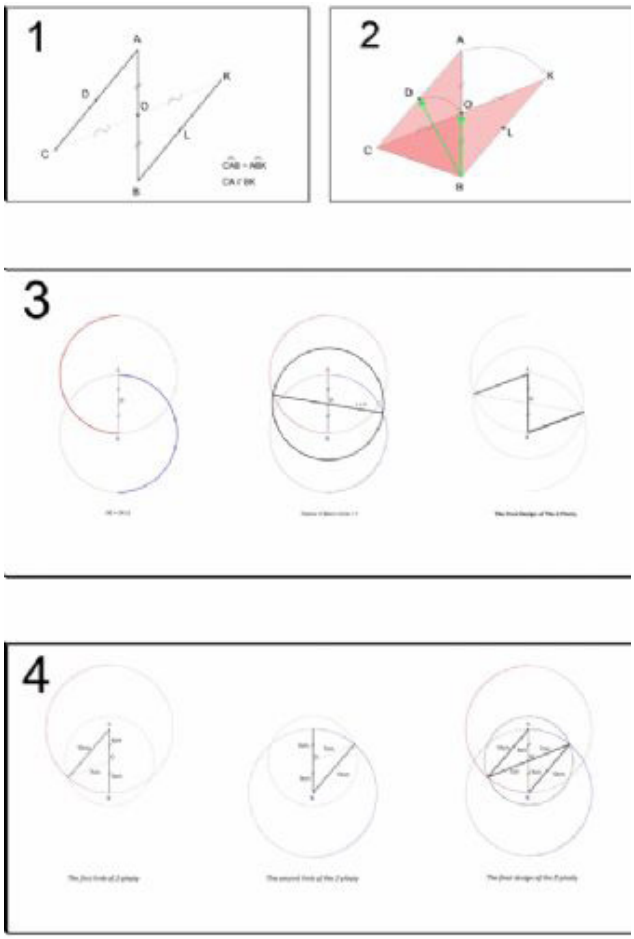
Sonuç: Bir eksende kısalma olurken, diğer eksende uzama sağlanan z-plastide bu değişimi belirleyen esas unsur tasarımdır. Bu durum, dokuya saygının altın bir kural olduğu plastik cerrahide tasarımın önemini göstermektedir. Bugüne kadar z-plasti tasarımı açı ile beraber değerlendirilmiştir. Sınırlı sayıda açı için teorik uzama oranlarını kesinlikten uzak, yaklaşık olarak gösteren kısayol tabloları gösterilmiş, uzama oranına göre kesin açıları gösteren kompleks trigonometrik formüller tanımlanmıştır. Bu karmaşıklığın ötesinde açı kesin olarak bilinse bile, bu açının kesin olarak çizimi ayrıca zorluk teşkil etmektedir. Bu çalışmada z-plasti geometrik olarak incelenmiş; teorik uzama oranını yaklaşık değil kesin olarak sağlayan, herhangi bir açı tablosu, formülü, bilgisi gerektirmeyen, son derece basit ve etkin bir z-plasti tasarım metodu matematiksel olarak ispatlanarak, tanımlanmıştır.

Kaynakça:

1. Rohrich RJ, Zbar RI. A simplified algorithm for the use of Z-plasty. Plast Reconstr Surg. 1999;103(5):1513-1518.
2. Chu DY. Mathematical principle of planar Z-plasty. Plast Reconstr Surg. 2000;105(1):105-108. doi:10.1097/00006534-200001000-00018

Anahtar Kelimeler: açı, tasarım, z-plasti

Şekil



Şekil 1. Z şeklini oluşturan eşit uzunluktaki CA, AB ve BK doğru parçalarının orta noktaları D, O ve L noktalarıdır. CAB ve ABK açıları eşittir ve CA ile BK paraleldir. CK ve AB doğru parçaları O noktasında kesişir ve bu nokta CK›yı iki eşit parçaya böler. CAO, BAD, KBO ve ABL eş üçgenlerdir: CO=BD=KO=AL Şekil2. X flebinin transpozisyonu. Yeşil ok, flepteki BD kısmının BO hattı üzerine taşınmasını gösteriyor. Şekil3. 2X›ten 2Y›ye uzamayı gösteren z-plasti çizimi. Kırmızı ve mavi çemberler z-plastinin uç noktaları olabilecek yerleri belirtirken, siyah çember ise O noktasına Y mesafede olan noktaları gösterir. Kırmızı, mavi çemberlerin siyah çember ile olan kesişim noktası, uç noktaları arasında 2Y mesafe olan ve her parçası 2X uzunluğundaki z-plastinin uç noktalarıdır. Şekil4. 10 cm›den 14 cm›e uzama sağlayan z-plasti çizimi.

UZMAN BİLDİRİ YARIŞMASINA BAŞVURAN BİLDİRİLER

KLİNİK

Zon 2 Ekstansör Tendon Defektlerinin Turn-Down Flap ile Onarılması: Yeni Bir Teknik

Fethiye Damla Menkü Özdemir[1,2], Galip Gencay Üstün[2], Hatice Gülşah Karataş[3]

[1]Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

ÖZET

El yaralanmaları içerisinde tendon defektleri önemli bir yere sahiptir. Tendon greftleri bu defektlerin onarımında önemli bir yere sahip olmasına rağmen donör saha gerektirmekte ve ameliyat sonrası yapışıklık ile karşılaşılabilmektedir. Bu çalışmada, literatürde aşil tendon defekti rekonstrüksiyonunda kabul görmüş ve daha önce zon 2 ekstensor tendon defekti rekonstrüksiyonunda kullanılmamış olan turn-down flebin sonuçları araştırıldı.

Turn -down flep ile onarım yapılmış 6 hasta 7 parmağın retrospektif olarak demografik bilgileri, etiyolojileri, komplikasyon değerlendirmesi ve hastane yatış süresi retrospektif olarak değerlendirildi. Ayrıca turn-down flep tekniğinin uygulanabilir olduğunun kanıtlanması amacıyla hastaların 3. ay distal interfalangeal eklem aktif ve fonksiyonel eklem hareket açıklıkları, Michigan el sonuç anketi skorları değerlendirildi.

Turn down flep tekniğinin literatürdeki cerrahi ve yaralanma geçirmemiş distal interfalangeal eklem aktif ve fonksiyonel eklem hareket açıklıkları ile benzer olduğu ve hastaların Michigan el sonuç anketi skorlarının iyi olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak, zon 2 ekstansör tendon defektlerinde bu çalışmaya özgün turn-down flap yöntemi ile donör saha komplikasyonlarının önüne geçilebilmekte ve tendon grefti donör alanları korunmaktadır. Aynı seansta çabuk ve sonradan tekrar edilebilir olmasıyla turn-down flep tekniği zon 2 tendon defekti rekonstrüksiyonu için umut vaad eden bir yöntemdir.

Klinik Evre İki Malign Melanom Olgularında Nötrofil ve Trombosit Lenfosit Oranlarının Sentinel Lenf Nodu Mikroskopik Metastazı Üzerindeki Öngörü Etkisi

Erol Kozanoğlu

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

ÖZET

Giriş: Yaşamı tehdit eden bir deri kanseri olan malign melanomda hastalığın evresi tedavi yaklaşımını ve sağkalımı etkilemektedir. Malign melanomun evrelemesinde, tümörün mikroskopik olarak ölçülen Breslow kalınlığından, ülserasyondan ve olası bir lenf nodu tutulumundan faydalanılmaktadır. Bu çalışmada sentinel lenf nodu biyopsileri mikroskopik olarak metastazsız (negatif) ve metastazlı (pozitif) olan hastaların nötrofil lenfosit ve trombosit lenfosit oranları karşılaştırıldı ve bu oranların metastaz üzerinde bir öngörü etkisi olup olmadığı değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2017 – Aralık 2021 tarihleri arasında sentinel lenf nodu biyopsisi ameliyatı yapılmış olan, Breslow kalınlığına göre T değeri T2b veya T3a olan, makroskopik lenf nodu metastazı olmayan (N0) ve sistemik (uzak) metastazı da olmayan (M0) evre 2A malign melanom hastaları çalışmaya dahil edildi. Sentinel lenf nodu biyopsisi durumları ile cinsiyet arasındaki ilişki ve sentinel lenf nodu biyopsisi ile nötrofil ve trombosit lenfosit oranları arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 65 hasta dahil edildi. Hastaların 24'ü kadınken 41 hasta erkekti. Hastaların ortalama yaşı 55,58'di (18 – 87). Yaş ve cinsiyete göre düzeltme yapmadan ve yapılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda mikrometastaz açısından nötrofil, lenfosit, trombosit, TLO ve NLO değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Sentinel lenf nodu biyopsisi mikrometastazı olan ve olmayan hastalar arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.009$). Mikrometastazlı grupta erkek yüzdesinin mikrometastazsız gruptan daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuçlar: Evre 2A malign melanom hastalarında, nötrofil ve trombosit lenfosit oranları, sentinel lenf nodundaki mikroskobik metastazı bağımsız bir değişken olarak öngörememektedir. Bu evredeki erkek hastalarda sentinel lenf nodu mikrometastazı riski kadın hastalara göre daha yüksektir.

Rinoplastide Supratip Kontrolü: Eksternal Bir Yaklaşım

3. Arda Küçükgüven[1], Batuhan Özmen[1], Ersoy Konaş[2], Uğur Koçer[1]

1Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2Özel Klinik

ÖZET

Giriş: Supratip deformitesi, aynı zamanda "gaga burun deformitesi" olarak da bilinmektedir, rinoplastide revizyon cerrahisi gerektiren en yaygın iyatrojenik deformitelerden biridir. Bu çalışmada özellikle kalın derili hastalarda supratip deformitesini önlemek ve burun ucu hatlarını belirginleştirmek için yeni bir teknik sunmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya toplam 96 hasta dahil edildi. Kontrol grubundaki kalın derili 33 ardışık hastaya supratip için herhangi bir ek manevra yapılmadan açık primer rinoplasti uygulandı. Çalışma grubundaki kalın derili 31 ardışık hastaya aynı tekniğe ek olarak "Eksternal supratip sütür (ESS)" uygulandı. Orta kalınlıkta cildi olan 32 hasta da supratip kırılma noktasını vurgulamak ve yumuşak doku yanıtını kontrol etmek için ESS kullanılarak ameliyat edildi. Hastaların supratip bölgeleri, burun ucu tanımlama noktasından nasion'a çekilen teğet bir çizgi referans alınarak analiz edildi. İki bağımsız plastik cerrah, supratip estetiğini 5 puanlık bir ölçekte değerlendirdi.

Bulgular: Hastaların ortalama takip süresi 14 aydı (12-17 ay). Yapılan analiz sonucu her iki parametreye göre de ESS manevrası supratip bölgesinde anlamlı olarak daha iyi sonuç verdi ($p<0.05$). Herhangi bir iskemik komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Bu basit ve güvenilir eksternal yaklaşım, sadece kalın derili hastalarda değil, daha iyi bir supratip kırılması için orta kalınlıkta deriye sahip hastalarda da etkili bir teknik olabilecek güçlü bir manevra niteliğindedir. Bu teknik Auersvald'ın hemostatik ağ ilkelerine bağlı kalarak cildin yeniden adaptasyonunu kontrol ederek, elastikiyeti iyi olmayan cilde sahip hastalarda cerrahın burun iskeletini verimli bir şekilde küçültmesine imkan sağlamaktadır. Bu tekniğin cilt elastikiyeti iyi olmayan hastaların rinoplastisinde rutin basamaklarından biri olarak yer alabileceğini düşünmekteyiz.

Kapalı Yaklaşım Düşük Septal Rezeksiyon Dorsum Koruyucu Rinoplastide Supratip Çöküntünün Önlenmesi Amacıyla Pitanguy Orta Hat Ligamanının Transeksiyonu

Ayhan Işık Erdal

Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Supratip çöküntü koruyucu rinoplasti sonrası sık görülen bir komplikasyondur. Bu çalışmada supratip çöküntünün önlenmesi amacıyla uygulanan bir cerrahi manevra sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Ocak ve Haziran 2021 arasında kapalı yaklaşım düşük septal rezeksiyon dorsum koruyucu rinoplasti ameliyatı yapılan 36 hasta bu retrospektif çalışmaya dahil edildi. Pitanguy orta hat ligamanına uygulanan yaklaşıma göre hastalar iki ana gruba ayrıldı: (i) Pitanguy orta hat ligamanının kesildiği grup (transeksiyon grubu) ve (ii) Pitanguy orta hat ligamanının korunduğu grup (koruma grubu). Ameliyat sonrası altıncı ay lateral fotoğraflar supratip çöküntü ve gaga burun deformitesi varlığı açısından tarandı. Altıncı ay sonunda rinoplasti sonuç değerlendirme ölçeği uygulandı.

Bulgular: Supratip çöküntü koruma grubunda ($n = 16$) dört hastada izlendi, transeksiyon grubunda izlenmedi ($n = 20$; $p < 0.05$). Her iki grupta da gaga burun deformitesi izlenmedi. Rinoplasti sonuç değerlendirme ölçeği puanları ve memnun hasta sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Sonuç: Kapalı yaklaşım düşük septal rezeksiyon dorsum koruyucu rinoplastide Pitanguy orta hat ligamanının kesilmesi supratip çöküntü gelişme ihtimalini azaltırken, gaga burun deformitesi gelişme ihtimalini ise etkilememektedir.

Stabil Tip Rotasyon Açısını Sağlamak ve Burun Uzunluğunu Azaltmak İçin Yeni Bir Teknik: İnternal Mukoza Rezeksiyonu ve Alt Lateral Kıkırdak Süspansiyonu

Mehmet Dadacı, Moath Zuhour, Bilsev İnce, Zeynep Altuntaş

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

ÖZET

Uygun tip rotasyon açısının ayarlanması, rinoplasti cerrahisinin en önemli basamaklarından birisidir. Bununla birlikte, 'düşük tip' deformitesi, uzun burnun doğal bir komponenti olarak karşımıza çıkabilir. Bu iki deformiteyi düzeltmek için farklı sonuçlara sahip farklı yöntemler tanımlanmıştır.

Amaç: İnternal kaudal mukoza rezeksiyonu (İKMR) olarak yeni tanımladığımız teknik ile hem uygun tip rotasyon açısı hem de ideal burun uzunluğunu elde etmek için kullandık. Bu çalışmada tanımladığımız tekniğin bu iki değişken üzerindeki uzun dönem sonuçlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Toplam 76 (27 E, 49 K) hasta sunulan tekniğe uygun olarak ameliyat edildi. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalara, İKMR ve alt lateral kıkırdak (ALK) süspansiyonu uygulandı. Ameliyat öncesi, ameliyat hemen sonrası ve 1. yıl fotoğrafları çekildi. Fotoğraflar Digimizer Image Analysis Software aracılığıyla analiz edildi.

Bulgular: Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat hemen sonrası ve 1. yıl sonunda ortalama nazolabial açı değerleri sırasıyla; 94.13°±5.1, 113.1°±5.3 ve 109.6°±5.2 idi. Ameliyat sonunda hastaların nazolabial açıda ortalama 19°'lik bir kazancı olmuş ve birinci yılın sonunda 3.5° (%3.1) bir kayıp yaşamıştır. Burun köprüsü uzunluğu değerleri sırasıyla; 5,1±0,55 cm, 3,98±0,41 cm ve 4,29±0,39 cm idi. Ameliyat sonunda hastaların burunları ortalama 1.11 cm kısaltıldı. Erkek hastalar, sırasıyla 5,3±0,44 cm ve 90.9°±3,5 ortalama değerleri ile daha yüksek burun köprüsü uzunluğu ile daha düşük tip rotasyon açısı değerlerine sahipti. Kadın hastalar için bu değerler sırasıyla; 4.95±0.56 cm ve 95.89°±5.1 idi. Birinci yılın sonunda burunlarda ortalama 0,3 cm'lik (%7,7) geri uzama görülmüş olsa da preoperatif değerlere göre ortalama 0,81 cm kısalmıştır. Lineer regresyon modeli, ameliyat öncesi ve ameliyat hemen sonrası burun köprüsü uzunlukları arasında güçlü bir korelasyon, ameliyat öncesi ve ameliyat hemen sonrası tip rotasyon açısı arasında orta derecede bir korelasyon gösterdi.

Sonuç: ALK'nin üst lateral kıkırdakların (ÜLK) kaudal ucuna süspansiyonu ile İKMR, stabil tip rotasyon açısını sağlamak ve uzun burunları kısaltmak için güvenilir bir yöntemdir. Bu tekniğin etkisi kısa burunlara göre uzun burunlarda daha belirgindir.

Kulak Önü Kısa İz ile Üst-Yan Doğrultuda Genişletilmiş Yanak Germe: Orta Dereceli Yüz Yaşlanma Bulgularının Düzeltilmesi İçin Bölgesel Anestezi Tabanlı Yeni Bir Cerrahi Teknik

Ayhan Okumuş

Özel Klinik

ÖZET

Amaç: Bölgesel anestezi tabanlı günübirlik cerrahi teknik olan "kulak önü kısa iz ile üst-yan doğrultuda genişletilmiş yanak germe" işleminin, yüz yaşlanma belirtilerinin düzeltilmesindeki yararı değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2019 ve 2022 yılları arasında tek merkezde ameliyat edilen toplam 200 hasta (ortalama yaş: 43 yıl, tümü kadın) dahil edildi. Hastalar, elmacık kemiği bölgesi, burun-dudak bileşkesi, alt göz kapağı, çene hattı ve boyun ile sınırlı yüz yaşlanma belirtilerinin düzeltilmesi için bölgesel anestezi tabanlı genişletilmiş üst-yan yanak germe tekniğiyle ameliyat edildiler. Hastaların 1, 6, 12 ve 24. aylardaki takip sonuçlarının objektif olarak değerlendirilmesi için Global Estetik İyileştirme Ölçeği (GAIS) kullanıldı.

Bulgular: GAIS puanlamasına göre hastaların 1. ayda %95'i 6. ayda %90,5'i ve 12. ve 24. ayda %90'ında sonuçlar memnun ediciydi. Ameliyat sonrası 1. haftada 13 hastada tek, 3 hastada iki taraflı ekimoz ve hafif hematom, 1.ayda 15 hastada dikiş tahrişi ve izde belirginlik görüldü. İstenmeyen sonuç olarak sadece belirgin iz 6. ayda 6, 12. ayda 2 hastada görülürken 24.ayda hiçbir hastada istenmeyen herhangi bir sonuçla karşılaşılmadı. Hastaların hiçbirinde çukurlaşmış iz, cilt kaybı, yüz sinir hasarı, germe dikişlerinin kopması, simetri bozukluğu ya da ilk haline göre daha kötü bir sonuç görülmedi. 6. ayda 9, 12. ve 24. ayda ise 10 hastada yanaklarda ve çene hattında kısmi sarkma gözlendi. Genel olarak hastaların %95'i tedaviden memnun olduklarını ve bu işlemi başkalarına tavsiye edeceklerini bildirdiler.

Sonuç: Bu yöntem, elmacık kemiği bölgesi, burun dudak bileşke bölgesi, alt göz kapak altı, çene hattı ve boyun ile sınırlı orta dereceli yüz yaşlanma bulgularının düzeltilmesinde faydalı bulunmuştur. Objektif değerlendirme sonuçlarına göre istenmeyen sonuçların olmaması ve yüksek hasta memnuniyeti oranı nedeniyle ameliyat sonrası olumlu sonuç veren güvenli ve başarılı bir teknik gibi görünmektedir. Bu avantajlarının yanı sıra ameliyat sonrası iyileşme süresinin kısa olması ve zor fark edilecek kadar iyi iyileşen kısa yara izleri hem hastaya hem de cerraha rahatlık sağlamaktadır.

Opere Dudak Damak Yarıklı Hastalarda Orbitomalar Bölge Projeksiyonunun Değerlendirilmesi (Sefalometrik Çalışma)

Serhat Şibar[1], Mert Doruk[1], Ayşe Gülşen[1], Alihan Özdemir[2]

[1]Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı Dudak Damak Yarıklı (DDY) olgularda orbitomalar bölge projeksiyonunun iskeletsel sınıf 1 olgularla karşılaştırmalı incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya tek taraflı DDY olan 52 olgu (20 kız, 32 erkek; ortalama yaş: 10,40±2,02), çift taraflı DDY olan 25 olgu (12 kız ve 13 erkek; ortalama yaş: 10,54±2,62) ve kontrol grubunda ise DDY`siz iskeletsel sınıf 1 olan 60 olguya (30 kız ve 30 erkek; ortalama yaş: 10,44±1,33) ait sefalometrik film dahil edilmiştir. Çalışmada lateral sefalogramlar üzerinde orbitomalar bölgenin projeksiyonunu belirleyen üçü orbital ikisi suborbital bölgeye ait toplamda 5 parametre (LOr-VP, IOr-VP, AOr-VP, SbOr1-VP, SbOr2-VP) ve kraniofasiyal bölgeye ait 13 parametre değerlendirilmiştir (Maksilla ve mandibulanın ön-arka ve dik yöndeki konumları, kafa tabanı açısı vb). Çalışma gruplarına göre katılımcıların cinsiyet-yaş dağılımları ve gruplar arası karşılaştırmalar ile parametreler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde One Way Anova Testi, Ki-kare testi ve Post Hoc testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma gruplarına göre katılımcıların cinsiyetleri ve yaşları arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmada lateral, inferior ve anterior orbital parametreler (LOr-VP, IOr-VP, AOr-VP) gruplar arasında benzer iken (p>0,05), suborbital parametreler (SbOr1-VP, SbOr2-VP) tek ve çift taraflı DDY gruplarında kontrol grubuna göre retrüziv konumda çıkmıştır (p<0,05). DDY`li gruplar arasında ise suborbital parametreler açısından fark bulunmamıştır (p>0,05). Orbitomalar parametreler ile kraniyofasiyal parametreler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde orbitomalar parametrelerin üst ve alt çenenin anteroposterior (a-p) konumları ile orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Lateral orbital bölgenin (LOr-VP) ön maksiller yükseklikle, suborbital bölgenin ise (SbOr2-VP) maksiller eğimle orta düzeyde negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda DDY`li gruplarda kontrol grubuna göre suborbital projeksiyon daha retrüziv bulunurken, tek ve çift taraf DDY grupları arasında fark bulunmamıştır. Diğer taraftan, orbitomalar projeksiyon ile üst ve alt çene gelişimi arasındaki etkileşim önemli bulunmuştur. Çalışmamız DDY'li hastalarda, suborbital bölgeye yönelik alternatif tedavi gereksinimlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Temporomandibular Eklem Dejenerasyonunda İntra-Artikuler Allojenik Umbilikal Kord Kaynaklı Mezenkimal Kök Hücre Uygulaması: Faz 1/2 Klinik Çalışma

Cemal Alper Kemaloğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Temporomandibular eklem disfonksiyonu olan hastalarda intra-artiküler olarak tek doz allojenik umbilikal kord kaynaklı mezenkimal kök hücre (UK-MKH) uygulamasının ağrı ve hareket kısıtlılığı üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Ağız açma kısıtlılığı ve ağrı skalasında beş üzeri ağrısı olan ve internal düzensizliği mevcut 10 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalara artrosentez sonrası intra-artiküler 5 x 10 6 /1 ml allojenik UK- MKH enjeksiyonu yapıldı. CD11b, CD19, CD34, CD44, CD45, CD73, CD90 ve CD105 akım sitometri analizi ile UK-MKH tanımlaması yapıldı. Hastaların işlem öncesi, 15. gün, birinci ay, üçüncü ve altıncı ayda maksimum ağız açıklıkları ve ağrı skorları istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: UK-MKH'lerin CD11b, CD19, CD34, CD44 negatif iken CD45, CD73, CD90 ve CD105'i pozitif eksprese ettiği tespit edildi. Hastaların başlangıç ağrı skorları VAS 8,7±0,2 iken 15. günde VAS 1,7 ± 1,8, 1.ayda VAS 0,8 ± 1,1; 3. Ayda VAS 0,7 ± 1,1 ve 6. Ayda VAS 0,3 ± 0,6 olarak belirlendi. Ağrı skorları tüm zaman aralıklarında başlangıca göre anlamlı olarak düşük olarak tespit edildi (p= 0.00). İstatistiksel olarak ağız açıklığı 15. Günde başlangıca göre anlamlı bir artış göstermez iken (p: 0,07); 1. Ayda başlangıca göre anlamlı derecede artış göstermektedir (p: 0,004). Radyolojik olarak hastaların tamamında iyileşme ile uyumlu rejeneratif değişiklikler tespit edildi.

Sonuç: Eklem başına 5 x 106 UK-MKH, TME dejenerasyon hastalarında herhangi bir yan etki/advers olaya yol açmayan, kullanımı güvenli dozdur. Allojenik tek doz UK-MKH uygulaması, TME'de ağrıyı azaltır ve ağız açıklığında artışa yol açarak çiğneme fonksiyonlarını düzenler.

Hangi Meme Küçültme Tekniği "Nipple" Kanlanması Konusunda daha Güvenilir: Süperb Mikrovasküler Görüntüleme Çalışması

Tuğba GÜN KOPYAY[1], Gökçe Yıldıran[2], Emine Uysal[2]

[1]Konya Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Meme küçültme fiziksel ve estetik şikayetlerle sıkça uygulanan estetik cerrahi işlemlerdendir. Dikkatli cerrahi ve tüm tecrübelere rağmen komplikasyonlar meydana gelebilir. Komplikasyonla ilişkili faktörler hasta ile ilgili faktörler ve cerrahi tekniktir. Cerrahi teknikte iki ana değişken seçilen pedikül ve insizyon tipidir. Süperb mikrovasküler görüntüleme (SMG), cildin mikrovasküler dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir doppler tekniğidir. Bu çalışmada, meme küçültme yapılan hastalarda seçilen pedikülün nipple kanlanmasına etkisinin SMG ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 40 hasta, 80 nipple çalışmaya dahil edildi. A grubunda superomedial pedikül kullanılan 46 nipple, B grubunda inferior pedikül kullanılan 34 nipple mevcuttu. Hasta yaşları, vücut kitle indeksleri (VKI), çıkartılan dokunun ağırlığı, nipple ile suprasternal çentik arası mesafe, torasik genişlik ve hasta memnuniyeti değerlendirildi. Hastalara hangi tekniğin uygulandığı konusunda kör olan, tek bir radyoloji uzmanı tarafından yapılan SMG ile elde edilen ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ay vasküler indeks (VI) değerleri kıyaslandı.

Bulgular: Gruplar arası ortalama yaş ($p = 0.232$) ve ameliyat sonrası memnuniyet skorları ($p = 0.760$) uyumlu idi. Ortalama VKI, nipple ile suprasternal çentik arası mesafe, torasik genişlik, çıkartılan dokunun ağırlığı B grubunda yüksekti ($p < 0.001$). A grubunda ortalama VI değeri, ameliyat sonrası ölçümlerde ameliyat öncesine göre düşüktü ($p < 0.001$). B grubunda ameliyat öncesi ve sonrası VI değerleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.972$). Ortalama VI değeri A grubunda %30.8 azalırken, B grubunda %1.7 azalmış olarak tespit edildi ($p < 0.001$).

Tartışma:Bu çalışmada B grubunda risk faktörleri yüksek olmasına rağmen ameliyat sonrası VI değerinde anlamlı düşüş görülmedi. A grubunda ise VI ameliyat sonrası anlamlı düzeyde azalmış olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre, meme küçültme ameliyatında nipple kanlanması konusunda inferior pedikülün süperomedial pediküle göre daha güvenli olduğunu söyleyebiliriz.

Zigomatikomaksiller Kompleks Kırıklarında Üç Boyutlu Değerlendirme

Mehmet Fatih OKYAY

Özel Klinik

ÖZET

Zigomatik kemik orta yüzün yükseklik, genişlik ve projeksiyonunda önemli rol oynar. Zigomatikofasiyal kompleks kırıkları maksillofasiyal cerrahide en sık müdahale gerektiren yüz kırıkları grubunu oluşturmaktadır. Zigomatik kemik kırıklarının onarımında ve orta yüz rekonstrüksiyonlarında kemik devamlılığı, üç boyutlu konumlandırma, simetrinin sağlanması yüksek öneme sahiptir. Bu konuda yaygın kabul görmüş ve net belirlenmiş anatomik noktalar ve radyolojik veriler bulunmamaktadır. Bu durum ameliyat sonrası verilerin değerlendirilmesinde standart değerlendirme yöntemleri oluşturulmasına engel olmaktadır. Üç boyutlu (3B) görüntüleme sistem ve yazılımları sayesinde günümüzde kemik yüzey uzunluk ve kalınlıkları, sinüs gibi boşlukların hacimleri, hatta yumuşak doku hacimlerinin gösterilebilmesi mümkündür. Çalışmamızda üç boyutlu çakıştırma yönteminin sonuçlarının zigomatikofasiyal kompleks kırıklarının ameliyat sonrası değerlendirmesinde gösterilmesi amaçlanmaktadır.

DENEYSEL

Ratlarda Abobotulinumtoxin-A Enjeksiyonlarının Deri Üzerindeki Uzun Süreli Etkilerinin Araştırılması

Ali Sadioğlu[1], Osman Latifoğlu[1], İbrahim Giray Genç[1], Süheyla Esra Özkoçer[2], Çiğdem Elmas[2]

1Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
2Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Botulinum nörotoksini, Clostridium botulinum tarafından üretilen, nöromusküler kavşakta asetilkolin salınımını bloke eden güçlü bir toksindir. 1970'li yıllardan itibaren çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve günümüzde en sık uygulanan estetik işlem haline gelmiştir. Literatürde çok sayıda çalışma botulinum toksinini konu almış olsa da deri üzerindeki uzun süreli etkileri üzerine araştırmalar kısıtlı sayıdadır. Çalışmamızın amacı uzun süreli botulinum nörotoksin uygulamasının deri yapısındaki etkilerinin deneysel olarak ortaya koyulması ve bu bilgiler ışığında klinik uygulamaların değerlendirilmesine katkı sağlamaktır.

Çalışmada 36 adet Wistar abino türü erkek sıçan 6 gruba ayrıldı. Sırtta iliak krestin 1cm kraniyalinde belirlenen 2x3cm'lik alan da 6 noktada olacak şekilde enjeksiyonlar yapıldı. Grup-1'de (Deney Grubu-1) bir kez 100U/kg dozunda Abobotulinumtoxin A (AboBT), Grup-2'de (Kontrol Grubu-1) bir kez serum fizyolojik (SF) enjeksiyonu yapıldı. Grup-3 (Deney Grubu-2) ve Grup-4 (Kontrol Grubu-2) için sırasıyla aynı işlemler, 3 ay arayla 2 kez gerçekleştirildi. Grup-5 (Deney Grubu-3) ve Grup-6 (Kontrol Grubu-3) için sırasıyla aynı işlemler, 3 ay arayla 3 kez gerçekleştirildi. Son enjeksiyondan 3 ay sonra denekler feda edilerek makroskopik değerlendirmede kıl uzunlukları ve deri örnekleri alınarak yapılan histolojik değerlendirmede epidermis, dermis, deri altı yağ, panniculus carnosus kalınlıkları, birim alanda kıl folikülü sayısı, sebase bez alanlarının dermis alanına oranı, kollajen-1 ve 3 yüzdeleri ve birbirlerine oranları ele alındı. Deney grupları ve kontrol grupları birbirleriyle ve kendi içlerinde karşılaştırılarak istatistik değerlendirme yapıldı.

AboBT enjeksiyonu yapılan gruplarda, kontrol gruplarına göre deri altındaki kas dokusu olan Panniculus Carnosus kalınlığı azalmış bulundu ($p<0,05$). Diğer değişkenlerde AboBT'nin etkisi anlamlı değildir.

Abobotulinumtoxin A enjeksiyonlarının uzun süreli uygulanmasında kas kalınlığını azaltıcı etkisi olduğu görülmüştür. Diğer değişkenlerde bir fark olmaması Botulinum toksin uygulamalarının uzun sürelerde ve tekrarlanarak yapılmasının güvenilir olduğu düşüncesini desteklemektedir. Botulinum toksininin deri yapısındaki etkileri değerlendiren, uzun süreli çalışmalarla bu konunun araştırılması klinik uygulamalara yol gösterici olması açısından önemlidir.

Hyaluronik Asit Dermal Dolgu Maddesi Tavşan Kulaklarında Kıkırdak Şekillenmesini Destekler

Nazım Gümüş[1], M. Baver Acaban[2], Hatice Oruç Demirbağ[3]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Doktor Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[3]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embryoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Kulak şekil bozuklukları doğumda en sık karşılaşılan gelişimsel bozukluklardan biridir. Anne kaynaklı östrojen etkisi altındaki yenidoğanlarda dışarıdan uygulanan kalıplama cihazları ile kulak şekillendirilebilir. Östrojen etkisini hyaluronik asiti (HA) aktifleyerek göstermektedir. Çalışmamızda daha önce denenmemiş bir yöntem olan dermal dolgu HA enjeksiyonunun kulak şekillendirmesine etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: On iki tavşanın kulağı 4 gruba ayrıldı. Altı tavşanın sol kulağı kontrol grubu (Grup 1) olarak belirlendi. Aynı tavşanların sağ kulağına salin enjeksiyonu yapılarak Grup 2 olarak belirlendi. Diğer altı tavşanın sol kulağına 1 mL HA enjekte edildi. Aynı tavşanların sağ kulağına her iki yüzeyine 1'er mL HA enjekte edildi. Tüm kulaklar 180° katlandı ve matris dikiş yardımı ile 4 hafta sabitlendi. 4. haftanın sonunda dikişler açılarak kulak açıları ölçüldü. 4 hafta daha beklenerek 8. haftanın sonunda kulak katlantı açıları tekrar ölçüldü ve kulak katlantı bölgelerinden histopatolojik örneklemeler yapıldı.

Bulgular: 4. haftada gruplar arasında kulak katlantı açıları açısından anlamlı fark görülmedi. 8. haftada gruplar arasında kulak katlantı açıları arasında anlamlı fark görüldü. 3. ve 4. gruplarda ortalama kulak katlantı açıları 1. ve 2. gruplara göre anlamlı yüksek bulundu. HA'in temas noktalarında kıkırdakta kalınlaşma ve anormal yerleşimli kıkırdak oluşumu görüldü.

Sonuç: HA kıkırdağa temas bölgelerinde kıkırdak hücreleri ve hücre dışı matriks üretimini uyararak kıkırdak üretimini arttırmaktadır. Bu ilke ışığında HA etkisi ile kulak şekillenmesi sağlanabilmektedir.

Polisakkarit Bazlı Jel Ortamında Kolaylaştırılmış Mikrovasküler Anastomoz

Hasan Kömürcü

Özel Balat Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

ÖZET

Amaç: Mikrocerrahi damar anastomozunda altın standart yöntem geleneksel sütür anastomozudur. Sütür anastomozu teknik olarak zor, tecrübe gerektiren ve zaman alıcı bir yöntemdir. Bu çalışmanın amacı, sütür anastomozunun yeni bir bakış açısıyla pektin kalsiyum klorür jel ortamında daha kolay ve hızlı yapılmasıdır.

Yöntemler: 24 adet erkek Sprague Dawley sıçan 2 gruba ayrılmıştır. Tüm gruplarda sağ femoral arterde uç-uca sütür anastomozu yapılmıştır. Deney grubunda, arteriyotomi öncesi anastomoz ortamına pektin kalsiyum klorür jel enjeksiyonu yapılmıştır. Kontrol grubunda bu enjeksiyon yapılmamıştır. Anastomoz süreleri ölçülmüş, sütür sayıları kaydedilmiştir. Gruplar kendi aralarında 1. ve 6. hafta sakrifiye edilmek üzere 2 alt gruba ayrılmıştır. Histolojik örnekler alınmadan önce patens testleri yapılmıştır. Doku örneklerinde dev hücre sayısı, CD 68(+) hücre sayısı, lümen genişliği, duvar kalınlığı, inflamasyon ve fibrozis değerlendirmeleri yapılmıştır.

Bulgular: Her iki grupta anastomoz patens oranları 8/11 (%72) olarak bulunmuştur. Anastomoz süreleri deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,001$). CD 68(+) hücre sayısı 6. hafta deney grubunda 6. hafta kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Histiyosit skorları 1. hafta deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Fibrozis skorları 1. hafta deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

Sonuçlar: Pektin kalsiyum klorür 3 boyutlu jel ortamı damar anastomozunun daha hızlı yapılmasını sağlamıştır. İki grupta patens oranlarının aynı olması jelin trombozu artırmadığını düşündürmüştür. Ancak jel kullanımının damar duvarında inflamasyonu artırdığı gözlenmiştir.

Sıçan Alt Ekstremite Akut İskemi Reperfüzyon Modelinde Corm-3 Molekülünün Etkilerinin Gingko Biloba, N-Asetilsistein Ve Pentoksifilin İle Karşılaştırılması

Harun Karaduman

Gümüşhane Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

ÖZET

Amaç: Akut ekstremite iskemisi, yüksek morbidite, mortalite ve maliyetler içeren bilinen en yaygın periferik vasküler acil durumlardan birisidir. Çalışmada, alt ekstremite akut İ/R hasarı modelinde CORM-3 molekülünün ortaya çıkardığı etkiler; Ginkgo biloba Ekstresi, N-Asetilsistein ve Pentoksifilin ilaçlarının ortaya çıkardığı etkiler ile karşılaştırılacaktır.

Yöntem: 56 adet Sprague- Dawley cinsi sıçan 7 gruba ayrıldı. Grup 1 ve 2 ye enjeksiyon yapılmadı; Grup 3-4-5-6'ya ise turnike açılmadan sırasıyla CORM-3, GbE, NAC ve Pentoksifilin intraperitoneal enjekte edildi. Grup 7 ye CORM-3 proflaktik etkisini değerlendirmek amacıyla I/R hasarı oluşturulmadan 1 saat önce, enjeksiyon yapılıp, yine 4 saat iskemi yapıldı. Sonuçlar biyokimyasal, videoanjiyografik ve patolojik kritelere göre incelendi.

Bulgular: Biyokimyasal incelemelerde; CK ve myoglobin değerleri G7- G2 arasında ($p<0,001$) olmak üzere anlamlı fark vardı. LDH ortalamasına bakıldığında enjeksiyon yapılan gruplardaki LDH değeri Grup 2' den daha düşüktü; fakat aralarında anlamlı fark yoktu.

Videoanjiografik incelemelerde; Grup 1 haricindeki gruplarda sağ/sol perfüzyon dağılımlarında anlamlı fark vardı. Sağ/sol ekstremite proksimali ve orta bölgesi değerlendirildiğinde; G2 ile G3, G6 ve G7 arasında anlamlı fark vardı. Sağ/sol ekstremite distali değerlendirildiğinde; iskemi yapılmayan ekstremitede G2 ile G3,G6 ve G7 arasında anlamlı fark mevcut iken, iskemi yapılan ekstremitede G2 ile G3 ve G7 arasında anlamlı fark mevcuttu.

Patolojik incelemelerde; G7 ile G2 arasında anlamlı fark mevcuttu.

Sonuç: Akut I/R hasarının tedavisinde lokal ve sistemik başarının bağlı olduğu en önemli faktör, ekstremitenin maruz kaldığı iskemi süresidir. Ekstremitelerin iskemik koşullandırılmasında; iskemik ekstremitenin orta ve küçük damar anjiyozomlarında, iskemi yapılmayan ekstremitenin ise büyük, orta ve küçük damar anjiyozomlarında perfüzyon artışı olur. CORM-3 hem proflaktik hem terapötik dozlarda büyük, orta ve küçük çaplı damar anjiyozomlarında perfüzyonu artırırken; pentoksifilin molekülü terapötik dozlarda büyük ve orta çaplı damar anjiyozomlarında perfüzyonu artırır. CORM-3 molekülünün proflaktik dozlarda biyokimyasal, anjiyografik ve patolojik kriterlerde; terapötik dozlarda ise anjiyografik ve patolojik kriterlerde akut I/R hasarı tedavisinde kullanılan diğer ajanlardan daha etkin olduğu kanıtlanmıştır.

SÖZLÜ SUNUMLAR

SB-001

Yüz Bölgesinde Dermis ve Epidermis Kalınlıklarının, Etik ve Histometrik Bir Yöntemle Ölçümü

Mahmut Tekecik[1], Pembe Oltulu[2], Zülal Taflıoğlu Tekecik[2], Fahriye Kılınç[2], Bilsev İnce[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı,Konya

Giriş-Amaç: Derinin farklı vücut bölgelerindeki epidermis ve dermis kalınlıklarının ortalama değerlerinin bilinmesi lazerden peelinge, aşıdan intradermal enjeksiyonlara deriye yapılan pek çok uygulama için önem arz eder. Bu nedenle literatürde pek çok farklı çalışmada çeşitli tekniklerle yapılan ölçüm sonuçları sunulmuştur (1-5).

Deri kalınlığının belirlenmesi için altın yöntem biyopsi alınması olmasına karşın sağlıklı insandan biyopsi alınmasının etik olarak sakıncası vardır (4). Ultrason, manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme teknikleri de veri sağlayabilse de mikroskobik incelemedeki gibi kesin objektif sonuç verememektedir (2). Taze kadavra üstünde yapılan çalışmalarda deri kalınlığı mikroskobik olarak ölçülebilmesine karşın kadavra teminindeki güçlükler ve yeterli sayıda preparat elde edilememesi nedeniyle deri kalınlıklarının yaşayan insanlardan alınan cerrahi materyallerden ölçülmesi etik kurallara uygun ve standardize edilebilecek bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (4).

Deride hasar oluşturulması mantığıyla çalışan pek çok cilt gençleştirme yönteminde epidermis ve dermis kalınlıklarının bilinmesi işlem sonrası etkinliğin arttırılmasını ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların almasını sağlayabilir. Literatürde farklı coğrafik bölgelerdeki insanların yüzdeki çeşitli bölgelerin deri kalınlığı bildirilmesine karşın Anadolu coğrafyasında yaşan insanların yüz bölgesinin deri kalınlığı bilinmemektedir.

Bu çalışmada yüzün altı farklı bölgesinin epidermis, dermis ve total deri kalınlığı belirlenerek deri kalınlığı haritası çıkarılması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem: 2016-2021 yılları arasında Plastik Cerrahi kliniğinde malign deri tümörü nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak tarandı.Çalışma için etik kurul onamı alındı. Cerrahi sınıra komşu, lezyon içermeyen en az 9-10 mm sağlıklı deri içeren materyaller çalışmaya dahil edildi. Lezyonlu alan ve cerrahi sınır arasında yeterli uzunlukta sağlam alan bulunmayan ve fiksasyon problemi nedeni ile sıkışık görünümdeki yada kesit artefaktı içeren materyaller çalışmadan çıkarıldı.

Bilgisayar sisteminden bölge tabanlı arama ile kadın ve erkek hastalar için ayrı ayrı subünitler tarandı. 15'i kadın ve 15'i erkek en az 30 hastanın verilerinin ölçülebildiği yüz subünitleri belirlendi. Bu sayıdan daha az örnek bulunan yüz bölgeleri çalışma dışı bırakıldı.

Listelenen materyallerin H&E boyalı preparatları Tıbbi Patoloji Anabilim dalı arşivinden çıkarıldı.

Her bölge cildinin kadın ve erkek hastalara ait 15'er adet deri dokusunun epidermis ve dermiş kalınlıkları, Olympus ışık mikroskobu altında mikrometre ile ölçüldü. Epidermis için farklı kalınlıktaki 4 ölçüm, dermis için ise 2 ölçüm alınarak her bir olgunun dermis ve epidermis ile total deri kalınlık ortalamaları hesaplandı.Tüm preparatlar aynı patolog tarafından değerlendirildi ardından ikinci bir patolog tarafından kontrol edildi. Ölçümlerde farklılık olan preparatlar çalışma dışı bırakıldı.

Microsoft Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington) kullanılarak epidermis ve dermis kalınlıklarının ortalama, ortanca, standart sapma, Q1 değeri ve toplam deri kalınlığı istatistiksel olarak hesaplandı.Ortalama ± standart sapma değerleri cinsiyet ve bölgeler için değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada toplam 3584 hastanın preparatları tarandı. Bu preparatlardan kriterlere uyan 180'i çalışmaya dahil edildi. Yüz cildinin saçlı deri, alın, yanak, kulak, üst dudak üstü ve burun dorsumu bölgelerine ait materyaller yeterli sayıda olması nedeniyle bu altı bölge değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilen 90 kadın katılımcının yaş ortalaması 66 idi. 6 yüz bölgesine ait epidermis kalınlıkları 65.91±14.44 µm ile 120.91±44.74 µm arasında, dermis kalınlıkları 1150±217.43 µm ile 1498.33±388.56 µm arasında, toplam deri kalınlıkları 1234.83±217.6 µm ile 1599.33±492.2 µm değerleri arasında değişiyordu. En ince epidermis saçlı deride, en kalın epidermis üst dudak üstünde; en ince dermis alın, en kalın dermis kulak derisinde ölçüldü. Toplam deri kalınlığı alında en ince iken, en kalın kulaktaydı (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen 90 erkek katılımcının yaş ortalaması 67 idi. 6 yüz bölgesine ait epidermis kalınlıkları 79.08±13.88 µm ile 122.75±32.5 µm arasında, dermis kalınlıkları 1106.66±389.82 µm ile 1942.5±464.06 µm arasında, toplam deri kalınlıkları 1756±503.75 µm ile 2022.5±460.24 µm değerleri arasında değişiyordu. En ince epidermis yanak bölgesindeyken en kalın epidermis üst dudak üstündeydi. En ince dermis kulak, en kalın ise alın derisinde ölçüldü. Toplam deri kalınlığı en ince kulakta ölçülürken, en kalın bölge yanak idi (Tablo 1).

Erkek ve kadınlarda epidermis kalınlıklarının en kalın olduğu bölgeler aynıydı. Ancak dermis kalınlıklarının en ince ve en kalın olduğu bölgeler cinsiyete göre farklılık gösteriyordu.

Sonuç: Literatürde yüz deri kalınlıklarını ölçen çalışmalar mevcuttur (2-5). Bu çalışmalarda punch biyopsi ve kadavradan elde edilen histometrik yöntemler yanısıra, USG ile elde edilen değerlerin kullanıldığı görülmektedir. Farklı vücut bölgelerin deri kalınlıklarının bildirildiği çalışmalar olmasına karşın yüz cildinin altı farklı bölgesinin epidermis, dermis ve toplam deri kalınlıklarını bir bütün halinde histometrik olarak ölçen bir çalışmaya literatürde rastlamadık. Lee ve arkadaşlarının punch biyopsi materyallerini kullanarak Koreli yetişkinlerin cilt kalınlıklarını ölçtükleri çalışmalarında, göz kapağı ve çene gibi birkaç adet yüz bölgesinin de deri kalınlıkları bildirilmiş olup yöntemin invaziv olması nedeniyle ölçümlerin 2-3 bölge ile sınırlı kaldığı görülmektedir (2). Literatürde ölçtüğümüz altı bölgenin deri kalınlıklarını farklı etnik orjinlerde ölçmüş olan çalışmalara rastlayamadığımızdan karşılaştırma imkanı bulamadık.

Yapılan bir çalışmada dermis kalınlığı ile hipertrofik skar arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (6). Çalışmamızda elde edilen verilere göre kadın ve erkekte dermis kalınlığı yüksek olan bölgelerde daha fazla iz kalacağı düşünülebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde erkekteki kesilerde en çok izin alında kalabileceği ileri sürülebilir. Alın bölgesinde yapılacak kesilerde alın çizgilerine paralel kesi planlaması bu dezavantajı ortadan kaldırabilir.

Yüz cildinin ana bazı bölgelerine kısıtlı kalması ve yaş ortalamalarının yüksek olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ancak bu durum eldeki arşiv verilerini kullanmamız nedeniyledir. Yüz cildi lezyonlarının eksizyon materyallerinin çok daha fazla olduğu büyük merkezler ya da çok merkezli yapılacak çalışmalar ile literatüre katkı sağlanabilir.

Çalışmamızda erkeklerde en ince epidermisin yanakta olduğu görüldü. Erkeklerin yanak bölgesine yapılacak

lazer, peeling, dermabrazyon gibi işlemlerde yüzün diğer bölgelerine göre daha yüzeysel kalınması olası hiperpigmentasyonu azaltabilir. Her iki cinsiyette de en kalın epidermisin belirlendiği üst dudak üstünde epidermise hasar veren işlemler diğer bölgelere göre daha derin yapılabilir. İlerleyen çalışmalarda daha fazla materyal kullanılıp yüz daha çok subüniteye bölünerek yüz deri kalınlığının tam bir haritası çıkarılabilir.

Anahtar Kelimeler: cilt kalınlığı, dermis, epidermis, yüz

Tablo-1

ERKEK	Epidermis				Dermis				Toplam Kalınlık			
	Mean	Median	SD	Q1	Mean	Median	SD	Q1	Mean	Median	SD	Q1
Alın	84,25	85	21,42	68,75	1698,33	1625	514,27	1368,75	1784,83	1707,5	512,61	1332,5
Burun Dorsumu	83,16	82,5	18,53	72,5	1922,5	1762,5	535,92	1531,25	2009,98	1870	525,11	1577,5
Dudak	122,75	121,25	32,5	97,5	1631,66	1687,5	512,41	1399,37	1756	1772,5	503,75	1457,5
Kulak	87,91	83,75	28,31	66,25	1106,66	1100	389,82	800	1200,33	1215	387,65	857,5
Skalp	79,41	76,25	17,04	66,25	1815,83	1850	432,71	1537,5	1899,83	1960	432,63	1510
Yanak	79,08	72,5	13,88	66,25	1942,5	1900	464,06	1731,25	2022,5	1977,5	460,24	1722,5

KADIN	Epidermis				Dermis				Toplam Kalınlık			
	Mean	Median	SD	Q1	Mean	Median	SD	Q1	Mean	Median	SD	Q1
Alın	83,83	75	24,84	66,25	1150	1150	217,43	1006,25	1234,83	1220	217,6	1087,5
Burun Dorsumu	75	70	18,8	57,5	1487,5	1375	505,12	1175	1563,5	1470	497,69	1262,5
Dudak	120,91	117,5	44,74	80	1283,33	1250	447,08	981,25	1403,33	1360	446,32	977,5
Kulak	82	75	20,45	63,75	1515	1537,5	486,28	1256,25	1599,33	1620	492,2	1315
Skalp	65,91	63,75	14,44	61,25	1498,33	1425	388,56	1275	1564,83	1487,5	387,77	1340
Yanak	78,83	80	24,44	61,25	1155,83	1225	356,84	968,75	1244,66	1282,5	355,4	1005

SB-002

Orta yüz defektlerinin rekonstrüksiyonunda fasiyel arter perforatör propellar ve ilerletme fleplerinin karşılaştırılması

Mehmet Fatih Çamlı[1], Nuh Evin[1],
Şeyda Güray Evin[2], Ethem Güneren[1]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Orta yüz bölgesi korunmasız ve çıkıntılı lokalizasyonu nedeniyle travma ve aktinik hasara maruz kalmakta, doku defekti ve maligniteler sık görülmektedir. Orta yüz bölgesi çok sayıda estetik ünite içermesi nedeniyle defektlerin rekonstrüksiyonu oldukça zorlayıcıdır1. Orta yüz bölgesi defektlerinin onarımında fasiyel arter bazlı perforatör propellar ve perforatör ilerletme flepleri daha önce tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı fasiyal arter perforatör (FAP) propeller ve ilerletme fleplerini mobilizasyon, flep boyutları, bölgesel avantajlar, ameliyat sonrası komplikasyon ve skar değerlendirilmesi açısından karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Kasım 2018 ile Ağustos 2021 yılları arasında, FAP flepleri kullanılarak orta yüz defektleri rekonstrükte edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Orta yüz ve boyun bölgesinden cerrahi ve radyoterapi geçiren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların tıbbi kayıtları ameliyattan önce yaş, cinsiyet, ek hastalıklar, geçirilmiş cerrahi, medikal tedaviler ve malignite tipi açısından gözden geçirildi.

Tüm defektler fasiyel arter sakrifiye edilmeden FAP ilerletme flepleri ya da propellar fleplerle rekonstrükte edildi. Defekt lokalizasyonu ve ebatları, flep ebatları, cerrahi süreleri ve cerrahi sonrası komplikasyonları değerlendirildi. Ameliyat sonrası 12. ayda hasta ve iki gözlemci tarafından sırasıyla hasta ve gözlemci skar değerlendirme skalası (POSAS) ve 5'li Likert memnuniyet skalası kullanılarak cerrahi skar ve yüz kozmetiği nihai şekil ve simetri açısından değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuçlar: Çalışmaya 39 erkek ve 16 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 57.8±11.4 olup perforatör ve ilerletme grupları istatistiksel benzerdi. Propellar flep grubunda medial kantal(n=11), infraorbital(n=7), malar(n=8), nazal yan duvar(n=6), nazolabial(n=5) defektler; ilerletme flebi grubunda infraorbital (n=10), nazolabial (n=18) bölge defektleri vardı. Defektlerin etiyolojisinde premalign lezyonlar(n=12), melanositik olmayan deri kanserleri(n=38) ve yumuşak doku enfeksiyonu (n=5) vardı. Defekt boyutu propellar grubunda 5-24 cm2; ilerletme grubunda 4-16 cm2 arasında değişmekteydi. İlerletme grubunda cerrahi sonrası komplikasyon görülmezken, propellar grubunda beş flepte erken dönem venöz konjesyon görüldü ve 24 saatte kendiliğinden düzeldi. Her iki grupta da flep kaybı gözlenmedi. İlerletme grubunda flep ilerletme miktarı ortalama 2.6 cm olup donör alan skarlarıyla aynıydı. Perforatör grubunda flep rotasyon açıları ortalama 153 dereceydi, donör alan skarları ortalama 3.3 cm idi.

Ortalama cerrahi süreleri ilerletme grubunda 46.6±12.4, perforatör grubunda 63.1±20.3 dakikaydı.

Tüm hastalar ve gözlemciler orta yüz kozmetiklerinden (Likert hasta skoru=4.7±0.3, gözlemci skoru=4.6±0.5) ve skardan (POSAS hasta skoru= 1.8±0.4, gözlemci skoru=2.2±0.4) memnun kaldı. Gruplararası istatistiksel olarak fark yoktu.

Donör alan izleri nazolabial kıvrımda iyi gizlenmişti. Tüm flepler mükemmel kontur, renk ve doku uyumuna sahipti. Ortalama takip süresi 18.6 aydı.

Tartışma: Perforatör bazlı propeller ve ilerletme flepleri lokal doku defektlerinin onarımında önemli seçeneklerdir. Propeller fleplerin kullanımı, perioral ve perinazal defektlerde tarif edilmiştir. 2-4 Deri grefti ve serbest flep gibi seçenekler bulunsa da lokal flepler, renk ve doku açısından üstün uyumları nedeniyle orta yüz defektlerinin rekonstrüksiyonunda vazgeçilmezdir. Santral yüzün lokal flepleri arasında, fasiyal arter perforatorü bazlı propellar flebi geniş rotasyon arkına sahip olması, minimum donör saha morbiditesi ve skarın nazolabial kıvrım boyunca yerleştirilmesi, özellikle doku fazlalığı olan yaşlılarda avantajları vardır.

Günümüzde perforatör bazlı ilerletme flepleri ve propeller fleplerin dolaşımlarının korunarak maksimum mobilizasyon sağlanması amacıyla kullanılabilmeleri için perforazom konseptinden faydalanılmaktadır. Fasiyal arter perforatörleri literatürde detaylı olarak incelenmiş ve ortalama 25.2 mm uzunlukta ve 1.2 mm çapında oldukları raporlanmıştır5. Bu perforatörler üzerinden kaldırılan fleplerin, kısa besleyici perforatör arter uzunlukları nedeniyle V-Y ilerletme flebi olarak kullanılmaları halinde ilerletilebilme miktarı yetersiz kalabilmektedir. Ancak propellar flep olarak dizayn edildiklerinde, uzun pervanenin defekte daha rahat adapte edilmesi ve olası komplikasyonları azaltarak, gerginliksiz bir kapama sağlanması daha kolaydır. Gerginlik kapama ise daha iyi yara iyileşmesi, daha az skar ve özellikle alt göz kapağı bölgesinde daha düşük ektropiyon riski anlamına gelir. Bu faktörlerden dolayı serimizde de görüldüğü gibi daha yüksek hasta memnuniyeti elde etmek daha ulaşılabilirdir. Aynı zamanda literatürde de görülebileceği üzere doku ilerletilme miktarının yetersiz kalabileceği ya da adaptasyon için çeşitli manevraların gerektiği kolumellar, medial kantal ve lateral nazal dorsum bölgelerinde perforator üzerinde kaldırılan flebin propellar tasarıma sahip olması daha fazla doku mobilizasyonunu ile birlikte olası kontür düzensizliklerinin de önüne geçmeyi sağlamaktadır. Perioral ve alt 1/3 nazolabial bölgelerde ise gerekli ilerletilme miktarının daha az olması ve daha az zorlayıcı bir kontür bulunması perforator bazlı ilerletme fleplerinin istenen sonucu verdiğini ve propellar flep için gerekli olan torsiyon riskinden uzak durulabileceğini göstermektedir.

References:

1. Giessler GA, Cornelius CP, Suominen S, et al. Primary and secondary procedures in functional and aesthetic reconstruction of noma-associated complex central facial defects. Plastic and reconstructive surgery. 2007;120(1):134-143.
2. Camuzard O, Foissac R, Georgiou C, et al. Facial artery perforator flap for reconstruction of perinasal defects: an anatomical study and clinical application. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2015;43(10):2057-2065.
3. Ruiz-Moya A, Lagares-Borrego A, Infante-Cossio P. Propeller facial artery perforator flap as first reconstructive option for nasolabial and perinasal complex defects. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2015;68(4):457-463.
4. Qassemyar Q, Havet E, Sinna R. Vascular Basis of the Facial Artery Perforator Flap: Analysis of 101 Perforator Territories. Plastic and Reconstructive Surgery. 2012;129(2):421-429. doi:10.1097/PRS.0b013e31822b6771
5. Hofer SOP, Posch NA, Smit X. The Facial Artery Perforator Flap for Reconstruction of Perioral Defects. Plastic and Reconstructive Surgery. 2005;115(4):996-1003. doi:10.1097/01.Prs.0000154208.67390.5c

Anahtar Kelimeler: Orta yüz rekonstrüksiyonu, Perforatör Flep, Propellar Flep

SB-003

İnfraorbital Rim Fraktürlerinde Subsilier Yumuşak Doku Yaklaşımlarının Alt Göz Kapağı Pozisyonuna Etkisinin Değerlendirilmesi

Ersin Akşam, İlker Uyar, Özgür Turan

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Periorbital bölge fraktürleri, yüz bölgesinde oluşan yüksek enerjili travma sonrası karşılaşılan bir durumdur. Deplasman gösteren bu fraktürlerde cerrahi onarım şarttır. Cerrahi onarım sonrası takiplerde alt göz kapağında bir takım değişimler karşımıza çıkabilir. Skleral show, ektropion, entropion, canthal malpozisyon en sık görülen komplikasyonlardır.

Skleral show, daha sıklıkla göz kapağının orta ve lateral 1/3 bölümünde, iris alt kenarında sklerayı 1 mm'den fazla gösteren alt göz kapağı malpozisyonudur ve transkutanöz yaklaşımlarda skleral show, önemli bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir.

Bu çalışmada, infraorbital rim fraktürü olan hastalarda subsilier yumuşak doku açılış şekillerinin alt göz kapağı pozisyonuna etkisi araştırılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma için yerel etik kurulu onayı alındı. Ocak 2017 ve Ocak 2021 yılları arasında polikliniğe orbita alt rim fraktürü nedeniyle başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Her grupta 15'er hasta olacak şekilde toplamda 90 hasta 6 ay boyunca takip edildi. Operasyon öncesinde hastalar tarafsız bir gözlemci tarafından randomize olarak gruplara atandı ve operasyonu yapacak hekimler yöntem hakkında bilgilendirildi. Hastalar fraktür onarımı için yumuşak doku yaklaşım tipine göre 6 gruba ayrıldı (Table 1).

Operasyon sonrası askı dikişleri ertesi gün alındı, 3 gün baş elevasyonu ve soğuk uygulama önerildi, cilt süturleri 1. haftanın sonunda çıkarıldı ve stripler yenilendi, 3. haftanın sonunda stripler çıkarıldı. 1 ay boyunca alt göz kapağından kaş lateraline doğru masaj uygulaması önerildi.

Takiplerde skleral show saptanan hastalara ilk 6 ay ek cerrahi işlem uygulanmadı, masaja devam etmesi önerildi.

Tüm hastalar 1-3-6. aylarda kontrollere çağrıldı. 6. ay kontrollerinde hastaların aynı uzaklıktan fotoğrafları çekildi, Image J ile ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 1. Grupta 41.4, 2. Grupta 50.6, 3. Grupta 38.2, 4. Grupta 36.4, 5. Grupta 38, 6. Grupta 39.9 idi.

1. Grupta 3 kadın, 12 erkek hasta, 2. Grupta 4 kadın, 11 erkek hasta, 3. Grupta 2 kadın, 13 erkek hasta, 4. Grupta 2 kadın, 13 erkek hasta, 5. Grupta 4 kadın, 11 erkek hasta, 6. Grupta 2 kadın, 13 erkek hasta bulunmaktaydı.

1. Grupta 9 hasta, 2. Grupta 7 hasta, 3. Grupta 5 hasta, 4. Grupta 5 hasta, 5. Grupta 6 hasta, 6. Grupta 6 hasta sigara kullanmaktaydı.

Gruplar arasında yaş (p=0.090), cinsiyet dağılımları (p=0.835) ve sigara kullanımı (p=0.685) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

73 erkek hastanın 14'ünde, 17 kadın hastanın ise 5'inde ektropiyon görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.342).

Sigara kullanan 38 hastanın 9'unda, sigara kullanmayan 52 hastanın 10'unda ektropiyon görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.613).

Tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde skleral show ölçümü ameliyat edilen tarafta ortalama 0.072, sağlam tarafta 0.034 idi. Bu ölçüm, istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi (p=0.000).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada orbita alt rim fraktürü nedeniyle opere edilen hastalar yumuşak doku açılışlarına göre 6 gruba ayrıldı. Grup 1'de yer alan hastalara subsilier sadece deri açılışı uygulandı, fraktür onarımı sonrası kantopeksi uygulanmadı, sadece cilt süturasyonu yapıldı.

Grup 2'de yer alan hastalara subsilier sadece deri açılışı uygulandı, bu grupta yer alan hastalara fraktür onarımı sonrası kantopeksi uygulandı, cilt süturasyonu gerçekleştirildi.

Grup 3'te yer alan hastalara subsilier step açılış uygulandı, fraktür onarımı sonrası bu hastalarda kas onarımı ve kantopeksi uygulanmadı, sadece cilt süturasyonu gerçekleştirildi.

Grup 4'te yer alan hastalara subsilier step açılış uygulandı, fraktür onarımı sonrası kas onarımı yapılmadı, kantopeksi ve cilt süturayonu gerçekleştirildi.

Grup 5'te yer alan hastalara subsilier step açılış uygulandı, fraktür onarımı sonrası kas onarımı ve cilt süturasyonu gerçekleştirildi, kantopeksi uygulanmadı.

Grup 6'da yer alan hastalara subsilier step açılış uygulandı, fraktür onarımı sonrası kas onarımı ve kantopeksi birlikte yapıldı, cilt süturasyonu gerçekleştirildi.

Subsilier sadece deri yaklaşımı, orbikuler kas bütünlüğünü bozmaması nedeniyle periorbital bölgede daha az yumuşak doku travması oluşturmakta ve daha az ödem oluşturmaktadır. Ancak periorbital bölgede orbikuler kas-cilt bütünlüğü bu yaklaşımda fazla miktarda etkilenmektedir. Sadece deri yaklaşımına kantopeksi eklendiğinde ektropiyon görülme oranı step insizyon ile yapılan açılışlara yakın sonuçlar göstermiştir. Subsilier sadece deri yaklaşımından korkulmamalıdır, ancak subsilier sadece deri yaklaşımı uygulanacaksa, bu yaklaşıma kantopeksi mutlaka eklenmelidir. Kantopeksinin eklenmediği sadece deri yaklaşımlarında skleral show karşımıza çıkmaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır.

Subsilier step yaklaşımda periorbital bölgede orbikuler kas-cilt bütünlüğü, sadece deri yaklaşımıyla kıyaslandığında

daha az etkilenmektedir. Bu durum skleral show ve ektropiyon oluşumunda önem kazanmaktadır. Subsilier step yaklaşımda fraktür onarımı sonrası kas onarımı ve kantopeksi yapılmadığında istatistiksel olarak anlamlı derecede skleral show oluşmaktadır. Step insizyonuna kantopeksi eklendiğinde, skleral show yine görülmektedir, ancak sağlam taraf ile opere edilen taraf arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmamaktadır.

Step insizyonu sonrası sadece kas onarımı yapıldığında ciddi düzeyde skleral show oluşmaktadır ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Step insizyonu sonrasında kas onarımı ve kantopeksi uygulandığında skleral show ciddi düzeyde azalmaktadır ve opere edilen taraf ile sağlam taraf arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Yani step açılışlarda sadece kas onarımı yapılması skleral showu azaltmamaktadır, aksine artırmaktadır. Bu durumun nedeninin, kasta yer alan sütur materyalinin o bölgede yabacı cisim reaksiyonu oluşturması ve iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemesi olduğunu düşünmekteyiz. Bu hastalara kantopeksi eklendiğinde ise skleral show ciddi düzeyde azalmaktadır. Kas onarımı yapılsın ya da yapılmasın step insizyonu yapılan hastalara kantopeksi mutlaka eklenmelidir. Kantopeksi bu hasta grubunda skleral showu önlemese de derecesini azaltmaktadır.

Cinsiyet ve sigara kullanımının ektropiyon gelişimi üzerine etkileri anlamlı değildir. 65 yaş üzeri hastalarda, skleral show görülme ihtimali, 65 yaş altı hastalara göre daha muhtemeldir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sebeple yaşlı hastalar skleral show gelişimi açısından ciddi risk grubundadır ve ameliyat öncesinde detaylı bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Gruplar arasında operasyon sürelerinin karşılaştırılmaması, çalışmanın limitasyonu olarak düşünülebilir. Biz operasyon sürelerini kayıt altına aldık fakat fraktürlerin şekli açısından bir standardizasyon bulunmadığı için bu doğrultuda istatistiksel anlamda bir çalışma gerçekleştirmedik.

Sonuç olarak yaptığımız çalışma, farklı grupların karşılaştırılması açısından literatürde yer alan en kapsamlı çalışmadır. Subsilier sadece deri ya da step insizyon yaklaşımları, infraorbital rim fraktürlerinin ekspojurunda güvenle kullanılabilir, ancak her iki yaklaşım da mutlaka kantopeksi ile desteklenmelidir.

References:

1. Adel H. Orbital fracture: significance of lateral wall. Saudi J Ophthalmol 2010;24:49–55
2. Welge-Lu ¨ssen A. Re-establishment of olfactory and taste functions. GMS Curr Topics Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2005;4:doc06.

Anahtar Kelimeler: Alt göz kapağı, ektropiyon, skleral show, subsilier

Figür

Gruplardan hasta fotoğrafları

Tablo 1

gruplar	Step İnsizyon	Sadece Deri Yaklaşımı	Kas Onarımı	Kantopeksi
Grup 1	-	+	-	-
Grup 2	-	+	-	+
Grup 3	+	-	-	-
Grup 4	+	-	-	+
Grup 5	+	-	+	-
Grup 6	+	-	+	+

Gruplarda uygulanan cerrahi prosedürler

SB-004

Burun alt lateral kartilajı ile üç boyutlu tarsal plak onarımı

Nazım Gümüş

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalı, Mersin

Amaç: Göz kapağının tam kalınlıkta kaybı, kapak retraksiyonu ve alt kapak stabilitesinin kaybı olgularında, göz kapaklarının arka lamellasının onarımında birçok greft dokusu kullanılmaktadır. Bu çalışmada, burun alt lateral kartilajı, tarsal tabakayı şekil, kalınlık ve boyut olarak çok iyi taklit etmesi nedeniyle, göz kapağı arka lamellasının onarımında kullanıldı.

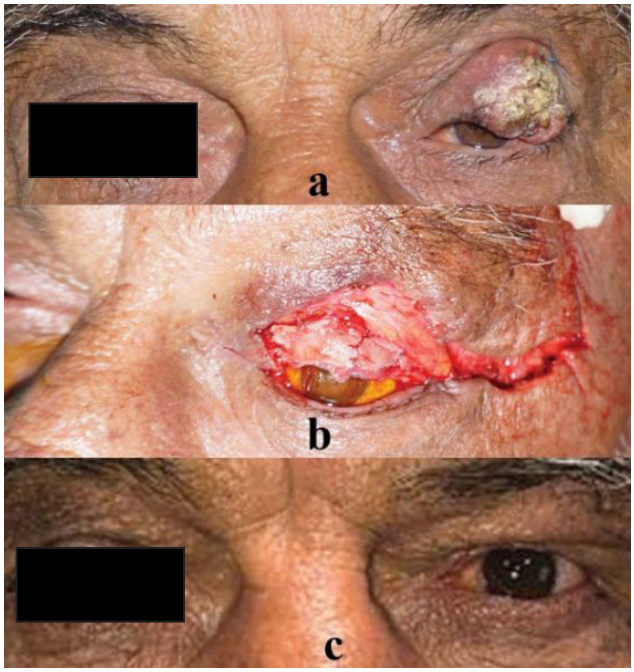
Gereç-Yöntem: Bu çalışma, tarsal plak desteği sağlamak ve tümör yada travma nedeniyle göz kapağı tam kat defekti nedeniyle kapak onarımı yapılan 10 hastayı içerdi. Anterior lamella lokal veya bölgesel flepler ile onarılırken, posterior lamella burun alt lateral kartilajının ya sadece kartilaj yada kondromukozal grefti ile onarıldı. Greft alımı alar kanadın dışa çevrilmesi işlemi ile kanat iç yüzeyinden yapıldı.

Bulgular: Kıkırdak greftleri değişik boyutlarda kapak kaybı olan hastalarda tarsal plakların yeterli onarımını sağladı. Hastaların 3'ünde kapak yarısının kaybı, 3' ünde ¾ kısmının kaybı ve 2 hastada 4/5 kısmın kaybı onarılırken, bir hastada total alt kapak onarımı yapıldı. Cerrahi sonuçlar, iyi kapak simetrisi ve görünümü, hasta memnuniyeti ve uygun kapak fonksiyonu sağlarken, burunda skar, rahatsızlık ve şekil bozukluğu bırakmadı.

Sonuç: Alar greft, kapak onarımı için ince, kıvrılabilir ve içbükey kartilaj sağlamaktadır. Bu, tarsal plak ile yüksek oranlı anatomik benzerliğe sahipliğin sonucu olup, gözün konveks yüzeyine kartilajın uyumunu artırmakta ve sonuçta üç boyutlu göz kapak onarımını mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: göz kapağı, tars, onarım

Resim 1



Kapak tümörü eksizyonu ve sonrasında onarım aşamaları ve geç dönem sonuç görülüyor.

SB-005

Kliniğimizde baş boyun rekonstrüksiyonunda kullanılan reigonal/ free/lokal flelplerin retrospektif analizi

Rafet Özbey, Semih Özçınar

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi

Giriş: Baş ve boyunda travma sonrası veya tümör eksizyonu sonrası gelişen defekt rekonstrüksiyonu için primer kapamadan serbest fleplere kadar çok farklı flep seçenekleri bulunmaktadır (1). Free fleplerin yaygın kullanımıyla birlikte diğer seçenekler popülaritesini yitirmeye başlamıştır. Bununla birlikte hala workhose flep olarak pektoralis miyokutanöz, supraklavikuler arter ada flebi, submental flep gibi rejyonel flepler kullanılmaktadır (2). Cerrahların en iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuca ulaşabilmeleri için iyi bir defekt analizi yaptıktan sonra temel tekniklere bağlı kalarak her defekti ayrı olarak değerlendirmelilerdir (1)

Gereç-Yöntem: Bu çalışmamızda 2010-2022 tarihleri arasında travma veya tümör eksizyonu sonrası baş boyun bölgesinde meydana gelen defekt sonrası rekonstrüksiyonu yapılan 232 hasta incelendi. Tüm hastaların yaş cinsiyet uygulanan rekonstrüksiyon çeşidi kayıtedildi. Sistem kayıtlarından geriye dönük olarak hastalar komplikasyon açısından tarandı. Hastalar komplikasyonlar (enfeksiyon, kanama / hematom, seroma, flep nekrozu, yara ayrılması, nüks) açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 176'sına tümör eksizyonu sonrası, 56' sına travma sonrası rekonstrüksiyon yapıldığı görüldü. Tümör eksizyonu yapılan 12 hastada nüks olduğu görüldü. 172 hastaya lokal flep (Resim 1) ile,50 hastaya rejyonel flep (Resim 2) ile ve 10 hastaya free flep (Resim 3) ile rekonstrüksiyon yapıldığı tespit edildi. Rekonstrüksiyon sonrası gelişen komplikasyonlar karşılaştırıldığında lokal fleplerde postop daha az komplikasyon meydana geldi. 5 hastada yara yeri enfeksiyonu 4 hastada yara dehisansı 5 hastada kısmi flep nekrozu 1 hastada total flep nekrozu ve 4 hastada hematom geliştiği tespit edildi. 99 hastanın kadın, 133 hastanın erkek ve yaş ortalaması 56 idi.

Tartışma: Son dönemde mikrovasküler cerrahinin ilerlemesiyle birlikte baş boyun rekonstrüksiyonunda free flepler önemli yer almıştır (3). Defektin boyutu, yeri, hastaya ait özellikler ve cerrahi deneyim gibi özellikler flep seçiminde önemli rol oynar. Jeremy D. Richmond ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada baş boyun rekonstrüksiyonu için flep seçiminde hastanın komorbit durumu, defektin hacmi, boyutu ve cerrahi deneyim gibi faktörlere dikkat edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır (4).

Baş boyun rekonstrüksiyonu için yapılan lokal ve rejyonel flepler ile cilt rengi, uyumu, saçlı deri büyüme pateni gibi özelikleri göz önüne alındığında ve benzeri benzeri ile onar prensibiyle daha iyi kozmetik ve estetik sonuçlar sağlar (5). Bununla birlikte oluşan defektin büyüklüğü, çevre doku özelliği (skar vb) gibi durumlar lokal ve rejyonel flep seçeneklerini sınırlandırmaktadır. Kliniğimizde baş boyun rekonstrüksiyonu için yapılan 232 flep seçiminde hastanın özellikleri, defektin boyutu ve cerrahi deneyimimize dikkat ederek 172 hasta için lokal flep, 50 hasta için rejyonel flep ve 10 hasta için free flep seçeneğini kullandık.

Sonuç: Baş boyun rekonstrüksiyonu travmadan tümöral eksizyona kadar bir çok etyolojik neden ile çok farklı boyutlarda defekt ile hekimlerin karşısına gelmektedir. Defekt rekonstrüksiyonu için prime kapamadan free fleplere kadar seçenekler bulunmaktadır. Baş boyun rekonstrüksiyonu için hastanın özellikleri, efektin boyutu, hacmi ve cerrahi deneyime dikkat edilerek her hastaya özel rekonstrüksiyon seçeneği kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: baş boyun rekonstrüksiyonu, flep, mikrocerrahi

Resim 1-3

Resim 1: a) sağ frontal bölgedeki bazal hücreli kanser için eksizyon ve double hatchet flap çizimi b) operasyon sonrası görünümü Resim 2: a) sol temporal bölgede skuamoz hücreli kanser eksizyonu sonrası oluşan defekt ve onarım için çizilen supraklavikuler arter flebinin çizimi b) flebin kaldırılması c) flep inseti sonrası görüntüsü Resim 3: a) skuamoz hücreli kansere bağlı sol temporoparyetal bölgede oluşan defektin için yapılan radial önkol serbest flebinin operasyon sırasında ve sonrasındaki görüntüsü

SB-006

İntraoral Rekonstrüksiyonlarda Salivasyonun Yumuşak Doku Komplikasyonlarına Etkisi

İlker Uyar, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Ağız içi rekonstrüksiyonu, yumuşak doku karsinomu vakalarının artması nedeniyle son zamanlarda eskiye nazaran daha sık yapılır hale gelmiştir. Cerrahi sonrası tamamlayıcı kemoterapi ve radyoterapi ile hastaların sağ kalım oranları ciddi şekilde artmaktadır. Hastalar, tümör eksizyonu sonrası uygun rekonstrüksiyon seçenekleri ve gerektiğinde kemoterapi ve radyoterapi ile eski hayatlarına yakın bir standarda ulaşabilirler.

Bu hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde ya da geç dönemde hedefe ulaşmayı geciktiren ya da engelleyen bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Yara yerlerinde yavaş iyileşme, dehisens, enfeksiyon, fistül oluşumu bu sorunların başlıcalarını oluşturmaktadır. Bu sorunların oluşmasında teknik sebepler, ağız içi florasının karmaşık yapısı, yetersiz beslenme sonrası gelişen yara iyileşme problemleri, enflamasyonun tetiklediği artan tükürük bezi salgısı, operasyon sonrası ortaya çıkabilen yutma problemleri önemli rol oynamaktadır.

Bu çalışmada intraoral karsinom eksizyonu sonrası fleple rekonstrüksiyon yapılan hastalar incelenmiş ve rekonstrüksiyon öncesinde tükürük bezlerine botulinum nörotoksin A(BTXA) yapılanlarla BTXA yapılmayanlar arasında komplikasyon oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metot: Çalışma için yerel etik kurulu onayı alındı. Çalışma retrospektif olarak planlandı. 2015 Ocak – 2021 Ocak yılları arasında intraoral karsinom nedeniyle tümör eksizyonu sonrası fleple rekonstrüksiyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Flepte dolaşım problemi oluşan, kontrollere düzenli gelmeyen, operasyon sonrası önerilere uyum göstermeyen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastalar 2 gruba ayrıldı. 1. Grupta yer alan hastaların parotis ve submandibuler bezlerine tükürük salgısını azaltma amacıyla operasyondan önce BTXA uygulaması gerçekleştirildi. 2. grupta yer alan hastalara ise operasyondan önce BTXA uygulaması yapılmadı. Tüm hastalarda intraoral yumuşak doku, waterproof olacak şekilde devamlı matress süture edildi, ayrıca 2 cm aralıklarla primer destek dikişleri atıldı. Postoperatif dönemde hastalara ampirik antibiyoterapi başlandı. Postoperatif 3 gün oral beslenme stoplandı, sonrasında epitelizasyon sorunu olmayan hastalarda berrak sıvı gıdaya geçildi. Klorhexidinle günde 4 kere ağız bakımı uygulandı.

Sonuçları değerlendirmek için hastaların operasyon bölgeleri hastanede kaldıkları süre boyunca klinik olarak gözlemlendi, hastalar 1.-3.-6.-12. aylarda kontrollere çağrıldı, kontrollerde fizik muayene yapıldı, klinik şüphe varlığında fistülografi çektirildi, veriler kayıt altına alındı.

Bulgular: 2015 Ocak -2021 Ocak yılları arasında toplamda 68 hasta intraoral karsinom eksizyonu sonrası oluşan defekt nedeniyle flep ile rekonstrükte edildi. Bu hastalardan 33 tanesi çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya toplamda 35 hasta dahil edildi. 1. Grupta 19 hasta, 2. Grupta 16 hasta bulunmaktaydı.

Her iki grupta tümör çeşidi yassı hücreli karsinomdu.

1. grupta yer alan hastalarda tükürük salgısı ortalama 3.84 günde azaldı. Bu grupta hiçbir hastada ağız kuruluğu

ve mimik kaslarında etkilenme gibi BTXA ile ilişkili komplikasyon saptanmadı.

1. Grupta rekonstrüksiyon 13 hastada serbest radial ön kol flebi ile, 2 hastada serbest anterolateral uyluk flebi ile, 4 hastada pediküllü pektoral flep ile yapıldı. 2. grupta rekonstrüksiyon 9 hastada serbest radial ön kol flebi ile, 2 hastada serbest anterolateral uyluk flebi ile, 5 hastada pediküllü pektoral flep ile gerçekleştirildi.

1. grupta 2 hastada erken postoperatif dönemde intraoral yumuşak doku enfeksiyonu oluştu, hastalardan yara yeri kültürü alındı, yara bakımı uygulandı, kültürde üreyen mikroorganizmaya yönelik uygulanan antibiyoterapi ile enfeksiyon geriledi. Hastaların hiçbirinde dehisens ya da fistül saptanmadı.

2. grupta 1 hastada erken postoperatif dönemde intraoral yumuşak doku enfeksiyonu oluştu, 3 hastada erken postoperatif dönemde yara yerinde dehisens meydana geldi, 2 hastada postoperatif 1. ayda orokutanöz fistül saptandı. Yumuşak doku enfeksiyonu, yara bakımı ve kültürde üreyen mikroorganizmaya yönelik uygulanan antibiyoterapi ile geriledi. Dehisens saptanan 3 hastada lokal anestezi altında tekrar sütürasyon uygulandı, bu hastaların 1'i sorunsuz iyileşti, diğer ikisinde tekrar dehisens oldu ve tekrar sütürasyon uygulandı. Fistül gelişen hastaların parotis ve submandibuler bezlerine BTXA uygulandı, hastalar 2 hafta nazogastrik sonda ile beslendi. Hastalardan 1'inde fistül kapandı. Diğer hastada fistül bu yöntemlerle kapanmadı ve postoperatif 3. ayda fistül eksizyonu ve reonarım uygulandı.

Yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmadı, gruplar arasında ek hastalık açısından anlamlı fark yoktu, gruplar arasında sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı, gruplar arasında komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark yoktu, sigara ve komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark saptanmadı, ek hastalık ve komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark yoktu. Enfeksiyon hariç tutulduğunda ise, gruplar arasında komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada karsinom rezeksiyonu sonrası fleple intraoral rekonstrüksiyon yapılan hastalarda salivasyonun komplikasyon gelişimi üzerine etkisi araştırılmıştır. İntraoral tümör cerrahisi geçiren hastalarda, yutkunma fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir. Tükürük salgısı, bozulmuş intraoral dinamizm nedeniyle yeterince transport edilememektedir ve ağız içinde tükürük stazı meydana gelmektedir. Ağız içinde biriken tükürük salgısı, sütür hatlarında maserasyona neden olmaktadır. Maserasyon sonrasında sütür hattında enfeksiyon meydana gelmekte ve dehisens oluşmaktadır. Tüm bu nedenlerle iyileşmenin gecikmesi, intraoral floranın komplex bileşimi nedeniyle erken dönemde lokal yara yeri enfeksiyonlarına, anastomoz enfeksiyonlarına ve ciddi damar perforasyonlarına neden olabilmektedir. Uzun vadede ise kronik enfeksiyonlar, osteomiyelit, orokutanöz fistüller karşımıza çıkabilmektedir. 1. Grupta yer alan hastalarda tükürük stazı, tükürük salgısını azaltma yoluyla engellenmeye çalışılmıştır. Tükürük salgısını azaltmak için bu grupta yer alan hastaların parotis ve submandibuler bezlerine operasyondan önce BTXA uygulanmıştır. Toksin etkisiyle tükürük salgısı azaltılmış, sütür hattında komplikasyonların başlangıcı olan maserasyonun önüne geçilmiştir. 2. grupta ise stazı engellemeye yönelik herhangi bir medikal işlem uygulanmamıştır. Bu grupta yer alan hastalarda tükürük transportu, intraoral dinamizm yardımıyla gerçekleşmiştir. Dinamizmin çok etkilendiği hastalarda transport yeterince gerçekleşmemiş, tükürük stazı nedeniyle sütür hattında maserasyon oluşmuştur.

Yaptığımız istatistiksel analizlerde gruplar arasında toplam komplikasyon gelişimi açısından anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen, klinik gözlemlerimiz preoperatif dönemde salivasyonun azaltılmasının postoperatif dönemde komplikasyonları azalttığı yönündedir. Hastalarda intraoral floranın standardize edilmemiş olması nedeniyle enfeksiyon gelişimini dışladığımızda, komplikasyon oluşumu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Gruplarda hasta sayılarının az olması, çalışmanın limitasyonlarından biridir. Daha geniş vaka serilerinde istatistiksel anlamlı sonuçların saptanabileceğine inanmaktayız.

Hastaların diş sağlığı açısından standardize edilmemiş olması, oral florayı doğrudan etkilediğinden bu durum çalışmanın limitasyonu olarak düşünülebilir. Kötü ağız hijyeni olan hastalarda intraoral flora daha kompleks bir yapıya sahip olacak, bu durumda ise maserasyonun tetiklediği komplikasyonlar daha kolay ortaya çıkabilecektir. Bu sebeple enfeksiyon hariç tutularak ayrı bir istatistiksel analiz yapılmıştır ve bu analiz sonucunda grupların komplikasyonları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yani bu uygulama enfeksiyon gelişimini azaltmasa da diğer komplikasyonların gelişimini istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaltmaktadır.

Sonuç olarak yapılan bu çalışma ile preoperatif dönemde ağız içinde tükürük salgısının azaltıldığı hastalarda intraoral rekonstrüksiyon sonrasında komplikasyonların daha az sıklıkla görüldüğü klinik olarak ortaya konulmuştur. Elektif şekilde intraoral rekonstrüksiyon yapılması planlanan hastalarda komplikasyonları minimalize etmek için operasyondan önce tükürük salgısını azaltmaya yönelik parotis ve submandibuler bezlere BTXA uygulaması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: baş-boyun, komplikasyon, rekonstrüksiyon, salivasyon

Figür

SB-007
Tiroid kondroplasti

Ertuğrul Karanfil[1], Metin Görgü[2]

[1]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi EDİRNE
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Ünv. Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD. BOLU

Tiroid kondroplasti Plastic Cerrahinin sık yaptığı bir operasyon değildir, fakat kadınsı bir görünüm elde etmek isteyen transeksüellerde, dönüşüm sırasında uygulanan ikincil operasyonlar arasında önemli yeri bulunmaktadır. Laringeal çıkıntı (Adem elması) erkeklerde kadınlara göre daha protrude durur. Bunun nedenleri arasında tiroid kartilaj laminaları arasındaki açının daha dar olması, tiroid kıkırdağın ala kısmının üst kısmının anterior projeksiyonu sayılabilir. Tiroid kondroplastide amaç prominensin azaltılmasıdır. Tiroid kıkırdak feminen olarak yeniden şekillendirilir. Erkekte genel olarak tiroid açısı yaklaşık 90 derece, kadında ise 120 derece çivarındadır. Operasyondaki eksizyonla açının keskin olduğu bölge alınıp, kıkırdağın öne çıkan hatları azaltılmaktadır.

Operasyon tekniği: Tiroid kartilaj seviyesinde ciltten 3 cm transvers insizyon yapıldıktan sonra cilt ve ciltaltı geçilip, strap kasları laterale doğru retrakte edildi. Kartilage üzerinde vokal kord seviyesi tahmini olarak belirlendikten sonra tiroid kartilaj perikondriumu insize edilip elevatör ile süperior ve laterale doğru eleve edildi. Perikondrium elevasyonuna titiz olarak kartilaj iç yüzeyinde devam edildi (Şekil 1). Sonrasında çıkıntıyı azaltacak şekilde tiroid kartilajın anterior açısından ve gereğinde laterallerinden eksizyon yapıldı (Şekil 2). Eksizyon sonrası kartilaj tur yardımı ile düzlendi (Şekil 3). Periost kenarları birbirine dikildikten sonra kaslar ve cilt anatomik yapılarına uygun kapatıldı (Şekil 4).

Tartışma: Tiroid ve krikoid kıkırdakları dış laringeal çerçeveyi oluşturur, hava yolunu korumasının yanısıra, iç tarafında vokal kordlar ve sesin oluşumuna katkıda bulunan diğer yumuşak doku bileşenleri bulunur. Vokal kordlar tiroid kıkırdağının dikey yüksekliğinin yaklaşık yarısında, ön komissürde mediade birleşip orta hatta tiroid kıkırdağının iç yüzeyine bağlanır. Tiroid kondroplastide eksizyon sınırı bu seviyenin üzerinde kalmak zorundadır.

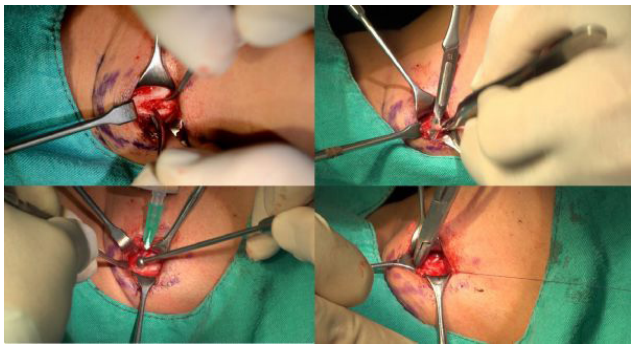
Tiroid kondroplasti sık yapılan bir operasyon değildir ve yeterli bir sonuç elde etmek için bölgenin anatomisi iyi bilmek ve deneyim gerektirir. Operasyonda eksizyon yeterince yapılmazsa hastalar tatmin olmayacaktır. Yeterli eksizyon sınırı ses tellerinin seviyesine yakındır. Eksizyon sırasında ses tellerinin seviyesinin üzerinde kalmak ve bu dokulara zarar vermemek gereklidir. Gene bölgedeki sinir ve damarları korumak, özellikle laringeal sinirlere zarar vermemek gereklidir. Operasyonda motor ünite ve testerelerin bulunması gereklidir, tiroid kıkırdaklar olgularımızın 1/3 de kalsifiye idi ve sadece bistüri ile kesilmesi mümkün değildi, motorlu testere yardımı ile kesildi ve tur ile aşındırılarak gerekli seviyeye inildi.

Diseksiyonun titiz olması gerekir, operasyon bölgesinde gelişecek hematom ve ödem hava yolu olması ve vokal kordlara yakınlığı nedeni ile tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Hastaların takibinde olası hava yolu problemlerine karşı hazırlıklı olmak ve yakın takip etmek gereklidir.

Sonuç: Tiroid kondroplasti gerekli cihazların hazırda olması, bölge anatomisinin iyi bilinmesi ve yeterli deneyim ile yapıldığında laringeal çıkıntının azaltılmasında efektif bir operasyondur.

Anahtar Kelimeler: Tiroid kartilaj, Kondroplasti, Adem Elması, Transseksüalizm

Operasyon



SB-008
Servikal Lenfadenopati Nedeniyle Kliniğimize Konsülte edilen Pediatrik Hastaların Analizi

Mert Can Rador, Çağla Çiçek,
Adnan Kürşat Yıldırım, Gaye Filinte

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Servikal lenfadenopati pediatrik popülasyonda %90 sıklıkta görülen bir patolojidir(2). En sık sebebi bilinen veya bilinmeyen viral ajanlara bağlı gelişen reaktif lenfadenittir. Bakteriyel enfeksiyonlar ikinci en sık sebep olmakla beraber, maliginite ise en korkulan sebeptir. Ultrason ve ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisinin(İİAB) kullanımının yaygınlaşmasıyla tanı amaçlı biyopsilerin yaygınlığı azalmıştır.(1).Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi olarak persistan lenf nodlarından boyun bölgesine ait olanlar klinik pratiğimizde en çok karşılaştığımız olguları oluşturmaktadır. Boyun bölgesi lenf nodları submental, submandibular, parotis, anterior ve posterior servikal ve supraklaviküler lenf nodları olarak sınıflandırılabilir. Lenfadenomegalinin uzun süre persiste etmesi, tedaviye rağmen boyutlarda küçülme göstermemesi, eşlik eden sistemik bulgular olması, sert ve fikse olması, hayvan teması sonrası oluşmaması malignite şüphesini artıran durumlardır(2).

Yöntem: 2021-2022 yılları arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı'ndan tarafımıza eksizyonel biyopsi talebiyle danışılan; malignite şüphesi yüksek olarak değerlendirilen olgulara tarafımızca eksizyonel biyopsi uygulanmıştır. Bütün hastalara operasyon öncesi ultrason uygulanmış olup ultrason sonucu malignite şüpheli olarak raporlanmıştır. Malignite şüphesi düşük vakalara ön planda ince iğne aspirasyon biyopsisi önerilmiş olup, ön planda ince iğne aspirasyon biyopsisi(İİAB) uygulanan vakalar çalışma dışında bırakılmıştır. 15 Pediatrik hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 3 Kız (%20), 12 Erkek(%80) hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların patoloji sonuçları retrospektif olarak taranmış olup 1 hastanın patolojisi Hodgkin lenfoma - Mikst seküler tip, 1 hastanın patolojisi Hodgkin lenfoma-Nodüler sklerozan tip olarak yorumlanmıştır.. Diğer hastaların patoloji raporlarında neoplazma rastlanmamış olup reaktif hiperplazi-lenfadenit olarak yorumlanmıştır. Malignite oranı %13.33 olarak yorumlanmıştır.

Sonuç: Servikal lenfadenopati pediatrik popülasyonda sık rastlanan bir durumdur. Bu olgularda ise malignite en korkulan sebep olmakla beraber en nadir sebeplerdendir. Yalnızca malignite şüphesi yüksek olgularda tarafımızca yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda maliginite oranı %13.33 olarak yorumlanmıştır. Klinik şüphe yüksek olgularda ilk basamak biyopsi uygulanan olgularda bu oran diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında retrospektif yapılan başka klinik çalışmalarda bu oran %13-33, başka bir çalışmada %25, başka bir çalışmada %15 olarak raporlanmıştır.(3).İİAB kolay ve cerrahi gerektirmeyen bir yöntem olmakla beraber altın standart değildir. İİAB yönteminin altın standart yöntem olamamasındaki sebepler %20 oranda non-diagnostik sonuç vermekte olması ve toplamda %39 oranında İİAB uygulanan hastalarda cerrahi eksizyon gerekmesidir(2). Özellikle hematolojik malignitelerde tiplendirme için yeterli numune sağlayamamaktadır. İİAB sonrası doku bütünlüğünün bozulmasıda pediatrik hematolojik maltigintelerde bir diğer negatif faktördür.

İİAB noninvazif olması, kolay uygulanması, anestezi gerektirmemesi veya daha hafif anestezilerle uygulanabilmesi sebebiyle her geçen gün yaygınlaşmaktadır. İİAB ve yardımcı radyolojik yöntemlerin gelişmesiyle eksizyonel biyopsiye olan ihtiyaç azalmakla beraber, altın standart olması, diğer yöntemlerin eksiklikleri, klinik şüphenin yüksek olduğu durumlarda yol gösterici olması ve zaman kaybını engellemesi sebebiyle yerini korumaktadır.

Kaynakça:

1. Paediatric cervical lymphadenopathy: when to biopsy? Abby R. Nolder, 2013 Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery: December 2013 - Volume 21 - Issue 6 - p 567-570
2. Pediatric cervical Lymphadenopathy, Michael S. Weinstock, Pediatrics in Review, Pediatr Rev (2018) 39 (9): 433–443.September 2018
3. When does an enlarged cervical lymph node in a child need excision? A systematic review, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Richard Locke *, Rachael Comfort, Haytham Kubba

Anahtar Kelimeler: Servikal pediatrik lenfadenopati, Eksizyonel biyopsi, Pediatrik hematolojik malignite

SB-009

Skuamöz Hücreli Karsinom'da Elektif Lenf Nodu Diseksiyonu Uygulama Parametrelerinin İncelenmesi: Retrospektif Klinik Bir Çalışma

Gökberk Çavuşoğlu[1], Süleyman Yıldızdal[1], Mert Çalış[1], İbrahim Vargel[1], Oğuz Kuşçu[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Ana Bilim Dalı,Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı,Ankara

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom(SCC) insidansı artmakta olan mortalitesi yüksek bir kanserdir.Tanı şüpheli lezyonların histopatolojik incelemesiyle konulur.Prognozu etkileyen faktörler tümör boyutu, lezyonun yerleşimi, sınırları, immunsupresyon varlığı, T-N-M evresi ve bölgesel lenf nodlarına yayılımdır.

SCC'nin uzak metastazlar gelişmeden önce bölgesel lenf nodlarına yayıldığı bilinmektedir. Klinik olarak negatif nodu olan hastalarda, gizli metastaz insidansı primer tümörün yeri, boyutu ve kalınlığına göre değişir. Literatürde SCC'de elektif lenf nodu diseksiyonun endikasyonları, evrelemesi ve prognoz üzerine etkisiyle ilgili uygulama kılavuzlarında eksiklikler mevcuttur.

Oral kavite açısından değerlendirilirse oral kavite alt kısmındaki tümörlerde gizli metastazların yüksek insidansı(%20),boynun elektif tedavisindeki ana argümandır.Elektif tedavinin mantığı gizli metastazların belirgin hastalığa ilerleyeceği ve erken evrelerde tedavinin daha iyi onkolojik sonuçları olacağı önermesine dayanmaktadır.Elektif nod diseksiyonuna karşı argümanlar, hastaların büyük kısmının ihtiyaç duymadıkları tedaviye tabi tutuldukları için getireceği ek morbiditeler ve harcamalarla ilgilidir.

Çalışmanın amacı SCC hastalarında elektif lenf nodu diseksiyon oranını görmek, elektif lenf nodu diseksiyonu yapılan ve yapılmayan hastaların klinik durumlarını, tümör tiplerini,boyutlarını,yerleşim bölgelerini tanımlamak; bu hastalar arasında nod pozitifliği ve diseksiyon oranlarıyla sağkalımları arasındaki farkı incelemektir. Retrospektif gerçekleştirilen bu taramadan yapılacak yorumlamalara dayalı olarak SCC'deki elektif lenf nodu diseksiyonu endikasyonları ve tedavi algoritmaları gözden geçirilmektedir.

Metod: 2008 Ocak-2020 Ocak arasında anabilim dalımızda değerlendirilen, primer tanısı SCC olan 214 hasta inceledi. Hastaların 52(%24)'sinde elektif nod diseksiyonu yapıldığı tespit edildi. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyeti, yaşı,sağ kalımları, SCC'nin diferansiyasyon durumu, tümörün boyutu, eksizyon bölgesi,invazyonu, reeksizyon durumu, ameliyat sonrası kemoterapi ve/veya radyoterapi ihtiyacı ve uzak metastaz parametreleri tarandı.

Primer lezyonun yeri baş boyun bölgesi ve oral kaviteydi. Karsinom diferansiyasyonu iyi,orta ve kötü olarak gruplandırıldı. T sınıflandırmasına göre patolojiler 4 gruba alındı. Derinde invazyon fasya, kas, kıkırdak, kemikte var veya yok diye 2 gruba ayrıldı.Reeksizyon yapılan hastalarda patolojinin rezidü tümör lehine olup olmaması durumu değerlendirildi.

Bulgular: Elektif nod diseksiyonu yapılan 52 hastanın 37(%71)'si erkek,15(%29)'i kadındı. Elektif nod diseksiyonu yapılan hastaların ortalama yaşı 60'ken yapılmayanlarınsa 68'di.($p<0,01$) Daha genç yaşlarda elektif nod diseksiyonu daha çok tercih edilmekteydi.İyi diferansiye hastaların %18'inin, orta diferansiye hastaların %43'ünün elektif diseksiyon ihtiyacı oldu.($p<0,05$) Primer lezyonların 3(%5)'ü kulak, 1(%2)'i skalp, 48(%93)'i ise oral kavitede yer almaktaydı.Diseksiyon yapılan hastaların 43(%83)'ü yaşıyorken, 9(%17)'u ölmüştü. Elektif diseksiyon yapılmayanlarınsa 184(%86)'ü yaşıyordu. Elektif diseksiyon yapılan ve yapılmayan gruplar arasında sağkalım açısından anlamlı fark saptanmadı.Lezyonların 8(%15)'i T1,9(%17)'u T2,24(%46)'ü T3,11(%22)'i T4 evresindeydi. Bütün hastalar değerlendirildiğinde metastazı olan 11 hastadan 6(%56,3)'sında elektif diseksiyon gerçekleştirildi.

Elektif nod diseksiyonu yapılması planlanan hastalarda invazyonu olanların sayısı 32(%61), olmayanlarınsa 20(%39)'ydi. Tüm hastalar içindeyse invazyonu olan hastaların oranı %36'ydı. Elektif nod diseksiyonu yapılma ihtiyacı olan hastalarda yapılmayanlara göre lezyonun invazyon oranı daha yüksekti.($p<0,05$). Lezyonlar incelendiğinde elektif nod diseksiyonu gereksinimi olan hastalarda lezyonun en büyük çapı ortalama 30 mm iken, gereksinim olmayan hastalarda ise 15 mm'ydi. Lezyonun en büyük çapı arttıkça elektif nod diseksiyon gereksinimi artmaktaydı.Reeksizyon patolojisi rezidü tümör raporlanan hastaların %34,5'inde lenf nodu diseksiyonu yapılmışken reeksizyon patolojisi kronik inflamasyon çıkan hastaların

%15,1'inde elektif diseksiyon ihtiyacı oldu. Reeksizyon patolojileri karsinom lehine çıkan hastalarda elektif nod diseksiyon yapılma ihtiyacı daha yüksekti.(p<0,05). T3 ve T4 tümörlerde elektif nod diseksiyonu ihtiyacı ve diseksiyon patolojisinin sonucunun malignite oranı yüksek saptandı.(p<0,01) T1 ve T2 tümörlerde elektif diseksiyon yapılan ve yapılmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.(p>0,05). Elektif nod diseksiyonundan sonra hastaların 26(%50)'sında kemoterapi ve/veya radyoterapi ihtiyacı doğmuşken, tüm hastalarınsa 40(%18)'ında ek kemoterapi ve/veya radyoterapi ihtiyacı doğdu.(p<0,05) Takiplerde PET-CT görüntülemeleri ve/veya klinik olarak uzak metastaz saptanan hastaların %55'i elektif nod diseksiyonu olan hastalarken metastaz saptanmayanlarınsa yalnızca %24'ünde elektif nod diseksiyonu yapılmıştı. (p<0,01) Elektif diseksiyon yapılanların takibinde, hastalar diseksiyon alan morbiditesi ve hayat kalitesi açısından sorgulandığında (diseksiyon alanında şiddetli ağrı ve skar formasyonu, omuz abduksiyon kısıtlılığı,kanat skapula) %64'ünün diseksiyon sonrası hayat kalitesinin belirgin olarak değişmediği saptandı.

Tartışma: Terapötik diseksiyonunun kanserli hastaların prognozundaki etkisi inkar edilemez;ancak elektif diseksiyonunun rolü rutin uygulama olarak kullanılmaya başlanmasından itibaren tartışılmıştır.Metastaz olasılığı yüksekse intrinsik morbiditesiyle diseksiyonu yapmak terapötik diseksiyonla aynı etkiyi yaparak bölgesel nüks riskini azaltır.Metastaz olasılığı düşükse diseksiyon prosedürün morbiditesinin yalnızca yaşam kalitesinde azalma ve işlevsel eksiklikler sunduğu durumlarda aşırı tedaviye neden olur.

Klinik belirgin nodun varlığı, metastazlar sağkalımı yarı yarıya azalttığından SCC'deki en önemli prognostik faktörlerdendir.Klinik olarak saptanamayan nod metastazları olasılığının yüksek olduğu durumlarda, primer tümörün cerrahi tedavisi için tümör yayılım alanına girilmesi gerektiğinde veya hasta düzenli takibe uygun olmadığında elektif nod diseksiyonun endike olduğu düşünülmektedir. Weiss, 1994'te yayımladığı makalede, boyunda gizli metastaz olasılığının %20'den fazla olması durumunda boynun elektif tedavisinin gerektiği sonucuna vardı.Gizli lenf nodu metastazı olasılığı daha düşük olduğunda, seçim elektif tedavi ile bekleme arasındadır.

Vandenbrouck,elektif boyun diseksiyonu veya izlem politikası ve ardından terapötik boyun diseksiyonu için randomize edilmiş oral kavite tümörlü 75 hastayı inceledi. Pozitif nod oranı diseksiyon grubunda %49, gözlem grubunda %47'ydi ve sağkalım istatistiksel olarak farklılık göstermedi. Bizim serimiz de bu bulguları destekleyecek şekilde sağkalım açısından anlamlı farklılık göstermedi.

Literatürde T-N-M ve sağkalımla ilgili parametreler daha detaylı incelenmektedir. Bizim çalışmamızdaysa ek olarak karsinom alt tipi, elektif diseksiyonun reeksizyonla olan ilişkisi ve hastaların elektif diseksiyon sonrası hayat kalitelerine olan etki de incelendi.

Sonuç: SCC'de lezyonun çapı arttığında,karsinom diferansiyasyonu azaldığında, tümör T3 veya T4 olduğunda, reeksizyon patolojisi rezidü tümör lehine raporlandığında elektif lenf nodu diseksiyonu oranları artmaktadır; ayrıca invazyon varlığı elektif lenf nod diseksiyonu için göstergedir. Elektif diseksiyon daha genç yaştaki hastalarda tercih edilmektedir.Elektif diseksiyon yapılan hastalarda klinik olarak daha yüksek sağkalım saptanmamaktadır. Hastalarda yaşam kalitesi ve diseksiyon alan morbidite sorunları elektif diseksiyon sonrası belirgin artmamaktadır. Sonuç olarak elektif lenf nodu diseksiyonu seçilmiş vakalarda faydalıdır; ancak diseksiyon kararı verilirken hastanın ve lezyonun özellikleri detaylı değerlendirilerek kar-zarar ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır..

Anahtar Kelimeler: baş boyun kanseri, efektif lenf nodu diseksiyonu, skuamöz hücreli karsinom

Efektif Lenf Nodu Diseksiyonu Yapılan Hastaların ve Lezyonların Sayısal Verileri

Cinsiyet	
Erkek	37(%71)
Kadın	15(%29)
Yaş	
Diseksiyon Ortalama Yaşı	60
Eksizyon Bölgesi	
Oral Kavite	48(%93)
Kulak	3(%5)
Skalp	1(%2)
Sağkalım Durumu	
Yaşıyor	43(%83)
Ex	9(%17)
Ortalama Çap	
Primer Lezyonun Ortalama En Büyük Çapı	30 mm
Diferansiyasyon Oranı	
İyi Diferansiye	28(%54)
Orta Diferansiye	19(%37)
Kötü Diferansiye	5(%9)
İnvazyon	
Var	32(%61)
Yok	20(%39)
T Durumu	
T1	8(%15)
T2	9(%17)
T3	24(%46)
T4	11(%22)
Nodal Durum	
N0	33(%63)
N1	14(%27)
N2	5(%10)
Metastaz	
M0	46(%89)
M1	6(%11)
Kemoterapi/Radyoterapi İhtiyacı	
Var	26(%50)
Yok	26(%50)
Yaşam Kalitesi Değişikliği(Şiddetli Ağrı ve Skar Fotmasyonu, Kanat Skapula, Ekstremite ve Omuzda Hareket Kısıtlılığı)	
Var	18(%36)
Yok	34(%64)

SB-010
Frontal kemikte iğsi hücreli tümör vaka sunumu

Özlem Çolak, Mahir Gökbulut, Onur Aksoy, İlker Üşçetin, Bilge Kağan Aysal

Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

İğsi hücreli tümör son derece nadir görülen bir tümör olup tüm kemik kanserlerinin %2-5'ini oluşturur. Tipik olarak 40 yaş üzerinde görülmektedir ve tümör ismini malign iğsi veya pleomorfik görünümde olan hücrelerden alır. Pleomorfik undiferansiye sarkom, fibrosarkom ve leiomyosarkom olmak üzere üç adet alt tipi bulunmaktadır. İğsi hücreli sarkom vücudun herhangi bir kemiğinde gelişebilmesine rağmen daha çok femur, tibia ve sacrumda daha fazla görülmektedir. Bu hastalıkla az karşılaşıldığı için bilinirliliğini arttırmak ve klinik tanı düzeyini ve tedavi seçeneklerini iyileştirmek önemlidir.

Bu çalışmada klinik, radyolojik ve patolojik incelemeler ile iğsi hücreli karsinom tanılı bir olgu sunulmaktadır. Özgeçmişinde özellik olmayan 9 yaş erkek çocuk frontal bölgede yaklaşık 2 yıldır fark edilen ele gelen şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan ultrason ve bilgisayarlı

tomografi (BT) incelemeleri sonucu sağ frontal bölgede kemiğe fikse, sert kıvamlı bir kitle olduğu gözlendi ve bu kitleye dermoid kist ön tanısı konuldu. eksizyonel biyopsi sonrasında patoloji sonucu düşük dereceli iğsi hücreli tümör olarak raporlandı. Hastanın Pozitron emisyon tomografisi (PET)/ Manyetik rezonans (MRI), BT ve kan tetkikleri sonucuyla pediatrik onkoloji görüşü alındı. sonraki operasyonda sağ frontal bölgede yer alan iğsi hücreli tümör eksizyon sınırından 2 cm sağlam doku içerecek şekilde sınır genişletme operasyonu uygulandı. Aynı operasyonda eş zamanlı olarak periosttan frozen section inceleme için patoloji laboratuarına örnekler gönderildi. Frozen section inceleme sonucunda cerrahi sınırlarda tümör izlenmediği için oluşan defekt titanyum mesh ile rekonstrükte edildi. Hasta postoperatif 2. Ayı patoloji sonucunda cerrahi sınırda tümör görülmemesi nedeniyle onkoloji ve plastik cerrahi açısından 6 aylık radyolojik tetkiklerle kontrollerine devam edileceğine karar verildi.

Anahtar Kelimeler: iht, leiomyosarkom, pet, mr

SB-011

Kseroderma pigmentosum tanılı bir hastada yapılan serbest radial ön kol flebi ile onarım sonrası gelişen bir komplikasyon; Ektima gangrenosum

Aytaç Alten, Ömer Faruk Akpınar, Elif Gündeş

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

Kseroderma pigmentosum otozomal resesif olarak aktarılan ve DNA tamir kusurunun olduğu genetik bir hastalıktır. Bu hastaların cilt yapıları güneş ışığına abartılı bir yanıt göstermektedir. Bu grup hastalarda genel popülasyona göre melanom dışı cilt kanserleri 10.000 kat daha fazla ve daha erken yaşlardan itibaren görülmektedir.

52 yaşındaki erkek hasta alt dudakta orta hattın solunda 2 aydır var olan ve hızla progrese olan endure, üzeri kanamalı ve krutlu olan lezyon ile başvurdu. Lezyonun alt dudağın 1/2'si boyutunda olduğu izlendi. Bilinen kseroderma pigmentosum, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, koroner anjiyografi, hipotiroidi ve kronik böbrek yetersizliği tanılarının olduğu öğrenildi. Hastanın mevcut lezyonu yapılan klinik dermoskopik muayene sonrası skuamöz hücreli karsinom lehine değerlendirildi. Fizik muayenesinde boyunda palpabl lenf nodu olmayan hastaya yapılan USG tetkikinde submandibular bölgede en büyüğü 12*8 mm boyutlarında hilumu silik ve yuvarlak özellik kazanmış malignite yönünde kuşkulu lenf nodları izlendiği belirtildi. Hastada mevcut bulgular ve eksizyon sonrası oluşacak defekt de göz önünde bulundurularak eksizyon, sağ üst boyun diseksiyonu, sol modifiye radikal boyun diseksiyonu ve serbest radial ön kol flebi ile onarım planlandı.

Operasyon sonrası 1 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta daha sonra servise yatırıldı. Hastanın postop 5. günden itibaren takiplerinde yara yeri iyileşmesinde sorun ve daha sonraki süreçte progresif olarak devam eden boyunda yara yerinde sarı-yeşil pürülan ve kötü kokulu akıntı, detaşman ve nekroz geliştiği görüldü. Sağ radial ön kol flebi donör sahasında da greftin lizise uğradığı ve çevre dokuda sıcaklık artışı, selülitik görüntü ve yara yerinde kötü kokulu sarı yeşil pürülan akıntı olduğu görüldü. Postop 16. günde devam eden klinik kötüleşme sebebiyle ön planda ektima gangrenozum düşünülerek genel anestezi altında debridman planlandı. Boyuna yapılan debridman sırasında flebin ven anastomozlarının enfekte görünümde olduğu ve koparak tromboze olduğu ve anastomoz çevresinde organize hematom olduğu izlendi. Arter anastomozunda ise distale geçişin yeterli akımda olduğu izlendi. Flep dolaşımının normal olduğu izlendi. Yapılan debridman sonrası anastomoz hattının üzeri primer kapatıldı. Orta hatta 5*3 cmlik alanda oluşan defektte majör nörovasküler yapıların üstünün ekspoze olmasını önleyecek şekilde kapalı olduğu görüldükten sonra yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması planlanarak ıslak pansuman ile kapatıldı. Flep donör sahasında yapılan debridmanda ön kol fasyasını da içeren enfekte görünüm izlendi. Nekrote görünümdeki brakioradialis ve fleksör karpi radialis tendonlarını da içerecek şekilde derbidman yapıldı. Oluşan defekte negatif basınçlı yara kapama sistemi kuruldu. Peroperatif alınan kültür örneklerinde kolistin rezistans Pseudomonas aeruginosa üremesi üzerine ektima gangrenozum tanısına karar verildi. Hastanın 4'lü antibiyoterapi altında takipleri sonrasında genel durumunda düzelme izlendi. Boyundaki yarasında ve sağ ön koldaki donör sahadaki yarasında enfeksiyon bulgularının gerilediği ve zeminin tamamen granülasyon dokusu ile dolduğu izlendi. Ön koldaki granüle zeminli açık yara kısmi kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı. Boyun orta hattaki açık yaranın ise sekonder olarak epitelize olduğu izlendi.

Kseroderma pigmentosum tanılı hastalarda yapılan operasyonlarda yara yeri problemlerinin olabileceği ve gelişen enfeksiyon tablosunun daha progresif ilerleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca serbest flep ile onarım yapılan hastalarda operasyondan sonraki 3. haftadan itibaren flebin pedikülünden bağımsız olarak dolaşımının devam edeceği bilinmekle beraber 14. günde yapılan debridmanda ven anastomozlarının oblitere olmasına karşın flep dolaşımının normal bir şekilde devam ettiği izlenmiştir. Efektif debridman ve uygun antibiyoterapi rejimleriyle enfektif tablonun ve yara yeri sorunlarının gerildiği ve flep başarısızlığının önlendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kseroderma pigmentosum, serbest radial ön kol flebi, ektima gangrenosum

SB-012

Alt dudak geniş defektlerinde serbest radyal ön kol flebi ve serbest grasilis flebi ile rekonstrüksiyonunun fonksiyonel açıdan karşılaştırılması

Oğuz Kağan Koçak[1], Ahmet Doğramacı[1], Osman Akdağ[2], Mustafa Sütçü[1], Gökçe Yıldıran[1], Zekeriya Tosun[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Serbest Hekimlik

Giriş ve Amaç: Dudak kanserleri baş ve boyun bölgesinin 2. en sık görülen malignitesi olup alt dudak kanserlerinin çoğunluğunu (>%95) skuamöz hücreli karsinom oluşturur. Geniş (>%80) alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda en iyi seçenek mikrovasküler serbest doku aktarımıdır. Bu çalışmanın amacı alt dudak kanseri nedeniyle tam ve tama yakın defekt oluşan, rekonstrüksiyonunda serbest radyal ön kol ve serbest grasilis flebi ile onarım yapılan hastaların fonksiyonel açıdan karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2019 – Ağustos 2021 tarihleri arasında opere edilen toplam 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, mikrovasküler doku aktarımı tipine göre gruplandırıldı. Hastaların semptomları,

cerrahinin komplikasyonları, sosyal fonksiyonları, beden imajı ve seksüalite postoperatif 1. yılında EORTC QOL-HN 35 semptom skalası ile değerlendirildi. Hastalarda ağız açıklığı, oral kompetans, artikülasyon-konuşma, salya akması, donör alan defekti fizik muayene ile değerlendirildi. Nörotizasyonu değerlendirmek için sıcak-soğuk sensitivitesi (flep cildine -4 °C ve 40 °C sıcaklığa sahip cisimler temas ettirilerek), Castroviejo kumpası yardımıyla 2 nokta diskriminasyonu, balon şişirme testi, Semmes-Weinstein monofilaman testi yapıldı. Yanlış pozitif sonuçları engellemek için tüm testler iki kez yapıldı. Sonuçlar SPSS Version 28.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) kullanılarak Mann Whitney-U testi ve Ki-kare testi ile analiz edildi. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Alt dudak skuamöz hücreli karsinom nedeniyle opere edilen tümü erkek 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Tümör eksizyonu yapıldıktan sonra 8 hastaya serbest radyal önkol flebi ile 8 hastaya ise serbest grasilis flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Serbest radyal ön kol flebi ile onarım yapılan hastaların yaşlarının ortalaması 73,25 (60-82) serbest grasilis flebi ile onarım yapılan hastalarının yaşlarının ortalaması 57,75 (42-71) olarak hesaplandı. Hastalar postoperatif 1. yılında EORTC QOL-HN 35 semptom skalası ile değerlendirildi. İki grup arasında ağrı, yutma, duyu problemi, seksüalitede azalma, diş problemleri, ağız açıklığı, yapışkan tükürük üretimi, öksürük, hastalık hissi, ağrı kesici ihtiyacı, nutrisyonel destek kullanımı, beslenme tüpü kullanımı, kilo kaybetme veya kilo alma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Sosyal beslenme, sosyal kontakt, konuşma-artikülasyon ve ağız kuruluğu semptom skalalarında grasilis ile onarılan hastalarda belirgin olarak daha iyi sonuçlar bulundu ($p<0.05$). Serbest radyal ön kol flebi ile onarım yapılan 2 hasta balon şişirme testinde negatif sonuç alırken, serbest grasilis flebi ile onarım yapılan tüm hastaların testi pozitif sonuçlandı. 2 grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Grasilis flebi ile onarım yapılan hastalarda Semmes-Weinstein monofilaman testi ile dokunma duyusu analizi sırasında belirgin olarak daha üstün sonuçlar elde edildi ($p<0.05$). Castroviejo kumpası yardımıyla iki nokta diskriminasyonu testinde radyal ön kol flebi ile onarım yapılan hastaların ortalama değeri 6,5mm (0-7) serbest grasilis flebi ile onarım yapılan hastaların ortalama değeri 3.75 mm (3-5) olarak hesaplandı. İki grup arasında anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). Radyal ön kol flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastaların ağız açıklığı ortalaması 40,82 mm (37,1- 46,1) grasilis flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastaların ağız açıklığı ortalaması 47,2 mm (40,8-58,5) olarak saptandı. 2 grup arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). Flep adası üzerinde sıcak soğuk sensitivitesi araştırıldı. Serbest grasilis flebi ile onarım yapılan hastalarda belirgin olarak daha iyi sonuçlar bulundu ($p<0.05$).

Tartışma – Sonuç: Tam ve tama yakın alt dudak defektlerinin onarımı zorlayıcı olmakla beraber lokal flepler rekonstrüksiyonda kullanılabilir. Lokal flep ile rekonstrüksiyonda motor sinir onarımı yapılamadığından ve flep içeriğindeki kas liflerinin orbikülaris oris kasına dik gelmesinden fonksiyonel dudak segmenti oluşturmakta yetersiz sonuçlar ile karşılaşılır. Ayrıca ciddi bir mikrostomi ve skara yol açılabilir. Tam ve tama yakın alt dudak defektlerinde (>%80) en iyi seçenek serbest doku aktarımıdır.

Serbest radyal ön kol flebi günümüzde alt dudak rekonstrüksiyonunda katlanabilirliği, inceliği, pedikülünün uzun olması ve kolay elde edilişi nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadır. Yaygın kullanımına rağmen donör saha morbiditesi halen önemli bir sorundur. Kısmi kalınlıkta deri greftinin parsiyel nekrozu, önkol ve parmak hareketlerinde fonksiyonel defekt oluşumu gibi komplikasyonlara yol açabilir. Serbest grasilis flebinde istirahat halinde bile kas tonusu olması salya akmasını engelleyerek yaşam konforunu arttırır, oral fonksiyonların daha iyi restore edilmesini sağlar. Bu çalışmadaki semptom ve flep fonksiyonu sonuçlarına göre de serbest grasilis flebinin daha üstün sonuçlanması buna bağlanmıştır.

Sonuç olarak tam ve tama yakın dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda günümüzde en sık kullanılan serbest doku aktarım yöntemi serbest radyal ön kol flebi olsa da, üstün fonksiyonel sonuçları göz önünde tutulduğunda serbest grasilis flebi ile onarımın alt dudak onarımlarında iyi bir seçenek olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Alt dudak rekonstrüksiyonu, serbest grasilis flebi, serbest radyal ön kol flebi, skuamöz hücreli karsinom

SB-013

Baş Boyun Bölgesi Geniş Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Kombine Lokal Flep Kullanımı

Berkay Çınar, Çavgın Yıldırım, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Baş-boyun bölgesi rekonstruksiyonlarında temel amaç iyi bir fonksiyonel sonuç ve bunun yanında ideal estetik sonucu elde etmektir. Özellike baş-boyun bölgesinde bir çok estetik ve fonksiyonel yapı olduğundan dolayı rekonstruksiyon zorlu bir hal almaktadır. Rekonstruksiyon merdiveni prensibine göre defektin rekonstruksiyonunda sekonder iyileşmeden serbest doku transferine kadar bir çok seçenek mevcuttur. Lokal flepler özellikle daha iyi renk ve doku uyumu, minimal kontraksiyon nedeniyle tercih edilmektedirler. [1]

Bu çalışmada kombine lokal fleplerin baş boyun cerrahisi sonrası gelişen geniş defektlerin rekonstruksiyonda kullanımını göstermek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde 2020-2021 yılları arasında baş boyun kanseri nedeni ile opere edilen ve defektin rekonstruksiyonunda birden fazla kombine lokal flep kullanılan 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı defektin rekonstruksiyonunda serbest doku transferi veya deri grefti kullanılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların ameliyat öncesi fotoğraflanması yapıldı (Resim1.A). Ameliyat esnasında kitle uygun cerrahi sınır ile eksize edildikten sonra lokal fleplerin planlamaları yapıldı ve yerlerine adapte edildi (Resim 1.B-1.C). Ardından hastalar düzenli aralıklarla poliklinikte kontrol edildi. (Resim 1.D).

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 74 olmakla beraber lezyonların kesin tanısı 3 hastada skuamöz hücreli karsinom (SCC), 1 hastada malign melanom (MM) olarak sonuçlandı. Hastalarda kitle yeri ve kullanılan lokal flepler listelendi (Tablo 1). Lezyonlar 2 hastada burun dorsumundayken, 1 hastada sol malar bölgede, 1 hastada sol parietooksipital bölgedeydi. 4 hastada toplam 8 lokal flep kullanıldı. Bunların ikisi paramedyan alın flebi (%25), birisi rotasyon flebi (%5.5), geri kalan beşi ise lokal ilerletme flebiydi (%62.5). Hastaların ameliyat sonrası takiplerinde flep viabilitelerinde bir sıkıntı görülmemekle beraber 1 hasta nüks SCC şüphesiyle takip edilmektedir.

Tartışma: Baş boyun bölgesinde gelişen geniş defektlerin rekonstruksiyonu plastik cerrahlar için zorlayıcı konulardan bir tanesidir. Özellike yüz bölgesinde bulunan estetik ve

fonksiyonel ünitelerin karmaşıklığı cerrahın işini bir hayli zorlaştırmaktadır. Rekonstruksiyon sırasında göz önünde bulundurulması gereken faktörler arasında estetik alt birimler, cilt gerilim hatları, bozulmaması gereken ana yapılar ve hastanın ameliyat sonrası bakıma katılabilme yeteneği yer almalıdır.[1]

Rekonstruksiyon merdiveni, plastik ve rekonstrüktif cerrahi pratiğimizde ameliyat planlanmasında kullanılan faydalı bir metottur. Bu metot rekonstruksiyonda en optimum sonuca ulaşabilmek için en az invaziv ve en güvenli yöntemin seçilmesini amaçlamaktadır. Genellikle sekonder iyileşmeden başlayarak, primer kapama, deri grefti, lokal flep ve serbest doku transferi şeklinde ilerler. Fakat en iyi sonucu elde etmek için hangi rekonstrüksiyon yönteminin kullanılacağı defektin özelliğine ve cerrahın tercihlerine bağlı olmalıdır

Sekonder iyileşme özellikle komorbiditesi olan genel anestezi alamayacak hastalarda kullanışlı olabilmektedir. Hem komplikasyonunun az olması hem de kanser patolojisi sonrası müdahale edilebilir olması yöntemin avantajlarındandır. Yara yeri iyileşmesinin gecikmesi ve aynı zamanda günlük kapalı tutulması için steril pansuman gerektirmesi yöntemin dezavantajlarındandır.[3]

Tam kalınlıkta deri greftleri (FTSG), baş boyun rekonstruksiyonunda kısmı kalınlıkta deri grefti (STSG) ile karşılaştırıldığında daha iyi renk uyumu görülmekle beraber daha düşük oranda kontraksiyon izlenmektedir. STSG özellikle büyük skalp defektlerinde ve flep donör saha kapatılması için kullanılmaktadır. [4]

Lokal fleplerin sekonder yara iyileşmesi ve deri greftleri ile karşılaştırılınca daha iyi renk uyumu, daha az kontraksiyon gibi bir çok avantajı bulunmaktadır. Lokal flepler kendi arasında hareketlendirme yöntemi ve kanlanmasına göre sınıflandırılabilir. Hareketlendirme metoduna göre ilerletme, rotasyon, transpozisyon flepleri olarak sınıflandırılabilirken kanlanmasına göre aksiyal ve random paternli flepler olarak kategorize edilebilir. [1] Biz bu çalışmada toplam 4 hastada 2 adet paramedyan alın flebi, 1 adet rotasyon flebi, 5 adet de lokal ilerletme flebi kullandık. Hastaların takiplerinde de flep viabilitelerinde herhangi bir sorun izlenmedi.

Sonuç: Biz bu çalışmamızda özellikle baş boyun bölgesindeki geniş defektlerin onarımında kombine lokal fleplerin kullanımının örnekleri üzerinde durduk. Hem cerrahi olarak kolaylık hem de hastanın post operatif iyileşme süresince konforu göz önüne alındığında bu tarz defektlerde kombine lokal fleplerle onarımın faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynakça:

1. Eid IN, Arosarena OA. Reconstruction of Cutaneous Cancer Defects of the Head and Neck. Otolaryngol Clin North Am. 2021 Apr;54(2):379-395. doi: 10.1016/j.otc.2020.11.011. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33602515.
2. Ge NN, McGuire JF, Dyson S, Chark D. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck II: surgical treatment and reconstruction. Am J Otolaryngol. 2009 May-Jun;30(3):181-92. doi: 10.1016/j.amjoto.2008.03.003. Epub 2008 Jul 22. PMID: 19410124.
3. Becker GD, Adams LA, Levin BC. Secondary intention healing of exposed scalp and forehead bone after Mohs surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 Dec;121(6):751-4. doi: 10.1053/hn.1999.v121.a98216. PMID: 10580232.
4. Brenner MJ, Moyer JS. Skin and Composite Grafting Techniques in Facial Reconstruction for Skin Cancer. Facial Plast Surg Clin North Am. 2017 Aug;25(3):347-363. doi: 10.1016/j.fsc.2017.03.007. PMID: 28676162.

Anahtar Kelimeler: Baş, Boyun, Flep, Kombine, Lokal, Rekonstruksiyon

Resim 1

Resim 1.A: Pre-operatif kitle 1.B: Kitle eksizyonu sonrası paramedyan alın flebi ve lokal ilerletme flebi planlanması 1.C: Fleplerin adaptasyonu ve donör sahanın STSG ile kapatılması sonrası bohça pansumanı 1.D Hastanın post-operatif 6.ay kontrolü

Tablo 1

	Lezyon Yeri	Flep-1	Flep-2	Kesin Tanı
Olgu-1	Sol alar kanatmalar bölgede lezyon	Paramedyan alın flebi	Lokal ilerletme flebi	Malign Melanom
Olgu-2	Sol parietooksipital bölgede lezyon	Rotasyon flebi	Bipedikküllü ilerlrletme flebi	Skuamöz Hücreli Karsinom
Olgu-3	Burun dorsumundan sol medial kantusa uzanan lezyon	Paramedyan alın flebi	V-Y ilerletme flebi	Skuamöz Hücreli Karsinom
Olgu-4	Burun dorsumunda lezyon	Sağ taraf nazolabial fasyokutan flep	Sol taraf nazolabial fasyokutan flep	Skuamöz Hücreli Karsinom

SB-014

Bilobe Posterior Auriküler Fleple Antihelical Kulak Defektlerinin Rekonstrüksiyonu

Burak Özkan, Abdullah Korkmaz, Orhan Sahpazov, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Kulak kepçesinde lokalize olan skuamöz hücreli karsinom melanositik olmayan cilt kanserleri içinde en sık görülmektedir. Cilt ve kıkırdak içeren cilt kanserleri, cilt flepleri ile rekonstrükte edilmesi gerekmektedir. Eksizyon sonrası antihelikal bölge defektlerinin tedavisinde amaç, minimum donör saha morbiditesi ile cilt eksikliğini en uyumlu dokuyla kapatmaktır. Kulak kepçesinin ön yüzeyinde doku gevşekliği sınırlıdır. Görünür yara izleri ve kulak kepçesinin şekil bozukluğu ile sonuçlanan

genişletilmiş doku düzenlemelerine ihtiyaç vardır. Arka kulak derisi en iyi renk uyumu ve gizli skar avantajları ile kulak kepçesinin ön yüzeyi için kullanılmıştır.

Posterior auriküler bölgedeki gerginliğin daha iyi dağılımını ve daha iyi bir skar sonucu sağlamak için geleneksel tünelli posterior aurikular flepleri bilobed flep olarak değiştirmeyi amaçladık. Bu çalışmada bu flebin tasarımı ve vaka serileri sunulacaktır.

Materyal- Method: 2020-2022 arasında antihelikal bölgede cilt kıkırdak defekti olan 7 (5 erkek/2 kadın) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 67 (48-77). Ortalama defekt çapı 2x2 cm (2x2-4x3 cm). Tüm defektler bilobe posterior aurikuler fleple kapatıldılar. Hastalara memnuniyet analizi testi yapıldı.

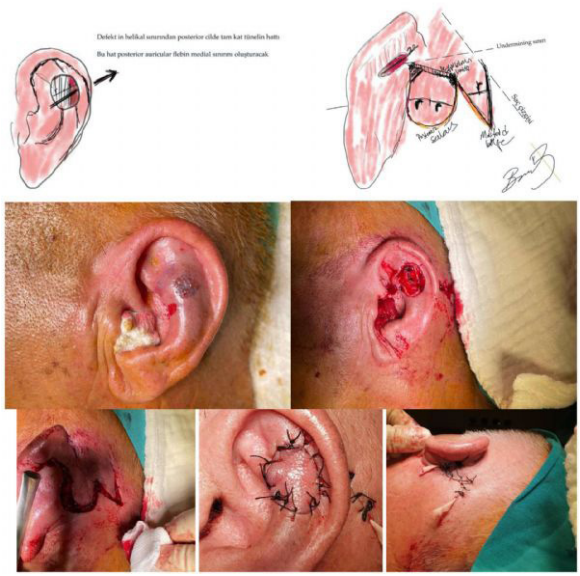
Cerrahi Teknik: Tümörün rezeksiyonu yapıldıktan sonra, posterior auriküler sulkus üzerinde defektin aynı boyutunda dairesel bir cilt adası hazırlanır. Üçgen şekilli ikinci lob, birinci lobun tabanı arasında 30 derece olacak şekilde işaretlenir. İkinci flebin genişliği birinci flebin yarısı kadar tutulur ve uzunluğu birinci flepten biraz daha uzun hazırlanır. Kulak kepçesinin arka yüzeyinde flep ile aynı genişlikte bir tünel hazırlanır. Kranial tabanlı iki loblu cilt flebinin elevasyonundan sonra; ilk flep arka deriden tünelize edilir. İkinci flep, posterioru aurikular sulkustaki ilk lobun donör bölgesine transpoze edildikten sonra ikinci flebin donör sahası kapatılır.ır. Posterior kulak kepçesine bir penrose dren yerleştirilir.

Bulgular: Tümörlerin hepsinin patolojisi skumöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Hiç bir hastada cerrahi sınır genişletilmesine ihtiyaç duyulmadı. Fleplerde erken ve geç dönemde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı. Yapılan memnuniyet skoru 4.8 (4.2-5) ile tatmin edici bulundu.

Sonuç: Bilobe posterior auricular flep, kulak antiheliks efektlerinin onarımında, düşük donör saha morbiditesi, yüksek kalınlık ve deri renk uyumu, kabul edilebilir iz olması nedeniyle iyi bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: bilobe flep, deri kanserleri, kulak rekonstrüksiyonu

Resim 1



Tekniğin illüstrasyonu ve yaptığımız vakalardan bir örnek

SB-015

Galeal Flep Ve Temporal Kas Flebinin Mevcut Laserasyondan Kaldırılarak Frontal Defektlerin Kapatılmasında Kullanılması: Vaka Serisi

Burak Özkan[1], Khalid Zeynalov[1], Mehmet Cömert[2], Abdullah Kızmaz[1], Çağrı A. Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Bursa

Giriş: Pediküllü temporal kas flebi, superfisial ve derin temporal arterlerden beslenen güvenilir bir fleptir. Dual beslenmesi sayesinde, rekonstrüktif zorluğa bağlı olarak temporal kasın tamamının veya bir kısmının transfer edilebilir. Bu flep mastoid, maksilla, periorbital bölge, orbital kavite, oral kavite, rofarenks,ve kraniyal bölge dahil olmak üzere birçok baş ve boyun bölgesini içeren rekonstrüksiyonlarda kullanılmıştır.

Galea frontalis flebi Occipital frontal,orbital bölgelerin yanında maksillofacial yaralanmalar, beyin omurilik sıvısı sızıntıları tümör çıkarılması sonrası oluşan defeklerde kullanılabilir. Galeal frontalis flebin supratroklear ve supraorbital arterden beslenir.

Bu vaka raporlarında; frontal ve parietal bölgede kemik ve plak vida ekspozisyonu hastaların mevcut insizyon/ laserasyon hatları kullanılarak ek kesi yapılmadan, galeal flep ve temporal kas flepleri ile rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

Vaka Raporları:

Olgu 1: 62 yaşında erkek hasta sol frontal bölgede 2 x 3 cm boyutlarında 3 aydır kapanmayan ve akıntılı yara nedeniyle beyin cerrahisi tarafından tarafımıza konsülte edildi. Hastanın hikâyesinde Akciğer adenokanser nedenli tedavi aldığı, sol frontal bölgede metastaza yönelik olarak kraniyotomi ve kitle eksizyonu yapıldığı öğrenildi. Hastanın post-operatif birinci ayda radyoterapi aldıktan sonra frontal bölgede insizyon hattında akıntı başladığı ve konvensiyonel pansuman ve antibioterapiye iyileşme sağlanmadığı bize aktarıldı. Hastada radyonekroz ve osteomyelit ön planda düşünüldü, hastaya operasyon planlandı. Yara yeri eksplore edildiğinde yara altında ekspose plak vida ve erode olmuş kemik görüldü. Yara yeri debride edildi. Beyin cerrahisinin önceden kullandığı koronal kesi takip edilerek temporal kas flebi ortaya konuldu. Temporal kas origosundan ayrılarak frontal bölgedeki cilt defektinin altına transpoze edildi. Kas flebinin üzerine uyluk anteriolateralden alınan kısmı kalınlıktaki deri grefti (KKDG) ile onarım yapıldı. Erken ve geç dönemde sorunla karşılaşılmadı.

Olgu 2: 57 yaşında kadın hasta, tarafımıza araç içi trafik kazası sonrası bilateral frontal bölgede gelişmiş kemik ekspose yara nedeniyle sevk edildi. Fizik muayenesinde sol frontal bölgede 4 x 5 cm ve sağ frontal bölgede olan 3x4cm boyutlarında tam kat defekt gelişecek nekrotik dokular mevcuttu. Hasta debridman ve rekonstrüksiyon için operasyona alındı. Debridman sonrasında kemik ekspose sağ defekte mevcut laserasyon kullanılarak, defektin superiorundan kaldırılan galea flebi cilt altına serilerek kemik kapatıldı. Soldaki defekte, mevcut laserasyon kullanılarak temporal kas flebi transpoze edildi. Kas ve galea frontalis cilt altına adapte edildikten sonra üzerlerine sol uyluktan alınan KKDG konuldu. Erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Olgu 3: 3 yaşında hidrosefali nedeniyle şantı olan hastada şant yeri enfeksiyonuna sekonder gelişmiş temporal bölgede açık yara, şant ve periost ekspozisyonu mevcuttu. Hastaya şant değişimi planlandı. Eski skalp insizyonundan girilerek şant repoze edilirken periostsuz alana galea transpoze edilerek üzerine deri grefti tatbik edildi. Takibinde ek sorun gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Temporal kas ve galeal flepler, frontoparietal defektlerin kapatılmasında kullanılabilen lokorejyonel flep seçeneklerindendir. Defektin boyutuna göre mevcut laserasyonların ya da önceki insizyon hatların kullanılarak, ek skar yaratmadan bu fleplerin kaldırılması mümkündür. Flepler cilt altından frontoparietal defekt alınana taşınarak üzerlerine deri grefti tatbikiyle, serbest flep gereksinimi olmadan kısa sürede kapatılabilirler.

Anahtar Kelimeler: galea flebi, temporal kas flebi, frontal bölge rekonstrüksiyonu

Resim 1

Üst: Temporal ve galeal fleplerle rekonstrükte edilen hasta ve geç dönemi Alt: Temporal kas flebi ile rekonstrükte edilen defektin intraoperatif görüntüsü ve geç dönemi

SB-016

Orta Yüz Bölgesinin Doku Eksikliklerinde Farklı Onarım Seçenekleri: Anabilim Dalımızın Deneyimleri

Muhammet Çayır, Alirza Jahangirov, Elif Gündeş, Dicle Aksoyler, Erol Kozanoğlu, Bora Edim Akalın, Ufuk Emekli

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

Giriş: Orta yüz bölgesinin onarımı estetik açıdan ve önceki cerrahi sebebiyle yitirilmiş fonksiyonelliğin yeniden sağlanması açısından çeşitli zorluklar içermektedir. Tümoral rezeksiyonun genişliğinin değerlendirilmesi ve takip edecek onkolojik tedavilerin detaylı planlanması tercih edilecek rekonstrüksiyon yönteminin seçilmesinde oldukça büyük önem arz etmektedir. Sınırlı rezeksiyon sonrası oluşan defektleri rekonstrükte etmede lokal flepler,sekonder iyileşmeye bırakma,epitez ile geç rekonstrüksiyon gibi seçenekler kullanılabilirken; geniş ve kompozit yumuşak doku defekti olan hastalarda serbest flep cerrahileri öncelikli tercih edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı anabilim dalımızda orta yüz defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan yöntemleri sunmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2021- Nisan 2022 arasında kliniğimizde ameliyat olan hastalar dahil edildi.Çalışma geriye dönük olarak anabilim dalı elektronik arşivinden yapılmıştır.Hastaların demografik verileri,tümörün şekli ve lokalizasyonu,yapılan ameliyat türü,ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu,serbest flep yapılanlarda alıcı damarlar kayıt altına alındı.

Bulgular: Hastaların ikisi kadın, yedisi erkek,yaş ortalamaları 73 idi.Bu hastalardan beşi Bazal Hücreli Karsinom,üçü Skuamöz Hücreli Karsinom ve biri frontoorbitomaksiller yerleşimli atipik menengiom sebebi ile opere edildi. Hastalardan ikisinin lezyonu sağ zigomatik alanda,birinin lezyonu yüzün sol yarımını kaplar şekilde ekspansiv büyümüş,altısının lezyonu ise burunda idi.Bu hastalardan dördüne geniş tümoral rezeksiyon ve ikisine tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu ve egzanterasyon uygulandı. Hastalardan dördünde yapılan geniş rezeksiyonlar sonrası oluşan yumuşak doku defekti için serbest flep cerrahileri uygulandı.Bir hastada totale yakın burun amputasyonu cerrahisi sonrası alın flebi ile rekonstrüksiyon işlemi uygulandı. Hastalardan dördüne ise burun bölgesindeki geniş tumoral lezyon sebebiyle amputasyon cerrahisi uygulanmış olup sekonder iyileşme ve epitez ile geç rekonstrüksiyon işlemleri uygulanmıştır.

Sonuç: Kısıtlı doku eksikliğinin olduğu yaraların kapatılmasında lokal flepler,sekonder iyileşmeye bırakıp gerekli yara bakımı ile hastanın takip edilmesi ön planda tercih edilen yöntemlerken; geniş doku defekti olan çoklu doku eksikliği mevcut hastaların yaralarının rekonstrükte edilmesinde serbest flep cerrahileri tercih edilmelidir. Bunlara ek olarak,seçilmiş hasta grubunda(burun amputasyonu,parmak amputasyonu gibi) tümör sebebiyle ampute edilen dokuların rekonstrüksiyonu epitez,orto-protezler yardımı ile de olabilmektedir.

Serbest flep cerrahileri diğer rekonstrüktif cerrahilere kıyasla gerek ameliyat sırasında gerekse ameliyat sonrası takiplerde belirgin zorluklar içerse de;gerekli olması durumunda ilk tercih olarak kullanılabilmektedir. Yaranın kapatılması için gerekli olan dokunun türü,hacmi,genişliği,yumuşak doku eksikliğine eşlik eden kemik doku varlığı,flep verici saha ile ilgili özelliklerin değerlendirilmesi,alıcı ve verici damarların durumu gibi çok sayıda faktör göz önüne alınarak hangi serbest flep cerrahisinin uygun olacağına karar verilmektedir

Anahtar Kelimeler: epitez, lokal flep, orta yüz defekti, rekonstrüksiyon, serbest flep

Tablo 1

İsim-Soyisim	Demografik Veriler	Tanı	Yapılan Cerrahi	Defekt	Flep Damarları	Komplikasyon
1.Hasta	75 yaş,Kadın	Burun Dorsumunda Bcc	Geniş rezeksiyon + Osteokutanöz radial önkol serbest flep ile onarım	5x6 cm cilt,cilt altı,kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	Fasiyal arter Fasiyal ven, Eksternal Juguler ven	yok
2.Hasta	76 yaş,Erkek	Sağ maksiller sinus kaynaklı SCC	Geniş rezeksiyon + egzanterasyon + sağ hemimaksilektomi +sağ taraflı modifiye radikal boyun diseksiyonu + serbest VRAM flep	15x20 cm cilt,cilt altı,kemik ve orbital dokuları içeren defekt	Karotis eksterna arter(uç yan) Eksternal Juguler Ven	yok
3.Hasta	59 yaş,Erkek	Sol frontozigomatikoorbital atipik menengiom	Sol taraflı hemifasyektomi(orta kaide eksplorasyonu) + hemimaksillektomi + segmenter mandibulektomi + Serbest Lat. Dorsi ve Serratus Ant. Kas serbest flebi ile onarım	20x20 cm cilt,cilt altı,kemik ve orbital yumuşak dokuları içeren defekt	Superior Tiroid arter Asendan Farengeal Arter Tiroid Superior Ven Eksternal Juguler Ven	post op 3. haftada meydana gelen abse ve rekonstrüksiyon plağı ekspozisyonu
4.Hasta	72 yaş,Erlek	Sağ nasolabial alanda BCC	Geniş rezeksiyon + Burun Amputasyonu + Maksillektomi + ALT serbest flep ile onarım	10x10 cm cilt,cilt altı ve kemik dokuyu içeren defekt	Fasial Arter Fasial Ven Eksternal Juguler Ven	yok
5.Hasta	82 yaş,Kadın	Burun dorsumunda sağ burun kanadına uzanan BCC	Geniş rezeksiyon + Alın flebi ile onarım	5x3 cm cilt, cilt altı, kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	yok	yok
6.Hasta	81 yaş,erkek	Sağ burun kanadından dorsuma uzanan BCC	Burun amputasyonu + sekonder iyileşme (Daha sonra epitez için yönlendirildi)	5x3 cm cilt, ciltaltı, kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	yok	yok
7.Hasta	78 yaş,erkek	Burundan sol göz medialine uzanan BCC	Sol göz mediali için eksizyon + greft + burun amputasyonu(Epitez için yönlendirildi.)	5x4 cm cilt,cilt altı,kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	yok	yok
8.Hasta	55 yaş,erkek	Sağ burun vestibulumda SCC	geniş rezeksiyon + burun amputasyonu + sağ yüzeyel parotidektomi + bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu	7x5 cm cilt,cilt altı,kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	yok	sol taraflı boyun düzeyinde lenfatik damar yaralanması
9.Hasta	74 yaş,erkek	Burun dorsumunda BCC	Burun amputasyonu + sekonder iyileşme(Epitez için yönlendirildi.)	5x3cm cilt,cilt altı,kıkırdak-kemik dokuyu içeren defekt	yok	yok

Çalışmaya dahil edilen hastaların bilgileri tabloda sunulmuştur.

SB-017

Ağır Skatrisyel Ektropion Tedavisinde Güçlü Bir Seçenek: Temporalis Fasya Askı Grefti

Murat Çelik, Arda Küçükgüven,
Aydın Görkem Özdemir, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ektropion, göz kapağının dışa doğru kıvrılarak oluşan şekil bozukluğuna verilen isimdir. Ektropion sonrası hastalarda epifora, gözlerde batma hissi, keratit ve lagoftalmus şikayetleri görülebilir. Bunların yanında estetiksel kötü görünüm, hastaları tedaviye iten sebepler arasındadır. Ektropion her iki göz kapağında görülebilse bile sıklıkla alt kapaklarda görülür. Ektropion etiyolojisi genellikle 4'e ayrılmaktadır. 1) Yaşa bağlı 2) Paralitik 3) Mekanik 4) Skatrisyel. Skatrisyel ektropion herhangi bir sebepten dolayı anterior lamellanın kısalması ve hacim kaybına uğraması sonucu oluşur. Sebepleri arasında travma, kanser cerrahisi, iatrogenik, radyasyon tedavisi sonrası ve inflamatuvar hadiseler bulunmaktadır.

Skatrisyel ektropion tedavisinde bir çok farklı teknik olmasının yanında, özellikle ağır skatrisyel ektropion tedavisinde başarı ile kullanılabilecek teknikler arasında alt göz kapak fasyal askılama işlemleri göze çarpmaktadır. Bunlardan en bilineni tensor fasya lata askısı prosedürü olmasına rağmen, temporalis fasya askılama(TFA) skatrisyel ektropion da dahil olmak üzere göz kapaklara yapılan farklı girişimlerde kullanılmıştır. İşlem temelde temporal kas fasyasının bir askı haline getirilerek alt göz kapaklarına destek verecek şekilde yerleştirilmesini içerir. Ektropion tedavisinde fasya grefti kullanılması ile elde edilen en önemli avantaj, ileri derecede laksisiteye uğramış ve uzamış alt göz kapağını ve tarsı stabilize etmesidir.

Ektropion tedavisinde kullanılan başka bir teknik olan orta yüz germe özellikle anterior lamelladaki kısalmayı düzeltebilmesi ve hacim sağlaması sayesinde skatrisyel ektropion tedavisinde kullanılmaktadır. TFA ve orta yüz germe kombinasyon tedavisinin okuloplastik cerrahinin zor alanlarından biri olan ağır skatrisyel ektropion olgularında kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu sebeple kliniğimizde, ağır skatrisyel ektropiona yönelik TFG prosedürü ile orta yüz germe kombinasyon tedavisinin uygulandığı hastaların sunularak literatüre katkı yapılması planlanmıştır. Bunun yanında ağır skatrisyel ektropiona yönelik yapılan literatür taraması ile güncel tedavi yaklaşımları ortaya konmuştur.

Hasta ve Yöntem: Kliniğimizde ağır sikatrisyel ektropiona yönelik TFA ve orta yüz germe kombinasyonuyla opere edilen 2 hasta vaka raporu olarak sunulmuştur. Hastalara uygulanan teknik ve takip süreçleri kaydedilerek raporlanmıştır. Ayrıca pubmed veritabanında "ağır skatrisyel ektropion", "skatrisyel ektropion" anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmış ve ilgili makalelerde cağır skatrisyel ektropiona yönelik yapılan girişimler derlenmiştir.

Vaka 1: 57 yaş erkek hasta, sol göz etrafında enfeksiyon ile kliniğimize başvurdu. Hastanın sol gözde enfeksiyon yanında özellikle medialde belirgin olan skatrisyel ektropionu izlendi. 4x2 cm boyutunda temporal kas fasyası alınması sonrasında, 6x1 cm boyutunda fasya grefti haline getirildi. Greft medialde medial kantal ligamana 3-0 etibond sütür ile sabitlendi., Lateralde ise lateral orbital rime açılan iki drill deliğinden geçirilen 3-0 etibond sütür kullanılarak sabitlendi. Lateralde sabitleme yapılmadan önce askının yeterli gerginlike olduğuna emin olundu. Bu işlemlerin yapılması ile TFA prosedürü gerçekleştirildi.Subsmas ve subkutan olmak üzere dual planda orta yüz yapıları diseke edilerek serbestlendi. Takiben orta yüz, uygun gerginliğin ayarlanması sonrasında inferior orbital rime açılan drill deliklerine sütüre edildi. Cilt sütürasyonları yapılması sonrasında, pansuman yapılarak cerrahi sonlandırıldı. Hasta enfeksiyona yönelik 1 haftalık yatarak antibiyotik tedavi sonrasında taburcu edildi. Ameliyat sonrası dönemde, ektropionda eskiye göre belirgin olarak düzelme izlendi.

Vaka 2: 68 yaşında erkek hasta sağ alt göz kapak ortasındaki rekürrens bazal hücreli karsinoma tanısıyla başvurdu. Alt göz kapakta skara bağlı olarak ektropion izlendi. Tümör eksizyonu yapılması sonrası, insizyon lateralde lateral orbital rime uzatıldı. Medialde ise medial kantal ligamanın 2 cm lateraline kadar diseksiyon yapıldı. Sağ temporal bölgede 4x2 cm boyutunda temporal fasya askılama grefti alınmasını takiben, greft lateralde lateral orbital rime 5-0 prolen sütürün drill deliklerinden geçirilmesi ile sabitlenerek TFA prosedürü gerçekleştirildi. Orta yüz germe vaka 1'de anlatıldığı şekilde uygulandı.

Tartışma: Skatrisyel ektropion şiddetini değerlendiren herhangi bir objektif skala olmamasına rağmen; skarın boyutu, anterior lamelladaki kısalma, alt göz kapak laksisitesi ve uzaması gibi değişkenler şiddet derecelendirmesinde kullanılır. Hafif skatrisyel ektropion tedavisinde bir çok farklı yöntem başarı ile kullanılmasına rağmen, ektropion şiddeti arttıkça uygulanması gereken tedavilerin kompleksitesi artmaktadır. Hafif skatrisyel ektropion, skarın düzeltilmesine yönelik yapılan basit bir girişimlerle düzeltilebilecekken; ağır skatrisyel ektropion tedavisinde kombine tedaviler, bölgesel flepler, tendon greftleri, fasya greftleri gibi birçok farklı tedavi yöntemi gerekli olabilmektedir.

TFA prosedürü ile ektropion tedavisi 20 küsür yıl önce tanımlanması rağmen literatürde kullanımına ait çok az çalışma vardır. Tekniğin ektropion tedavisinde kullanımının başarılı sonuçlar doğuracağını düşünmekteyiz. Tekniğin kolaylığı, güvenilirliği, etkili sonuçları, minimal donor saha morbiditesi sayesinde tarafımızca başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Ayrıca özellikle vertikal güçleri dengelemesi sayesinde ileri derece alt göz kapak ve tars laksisitelerinde dahi etkili olmaktadır.

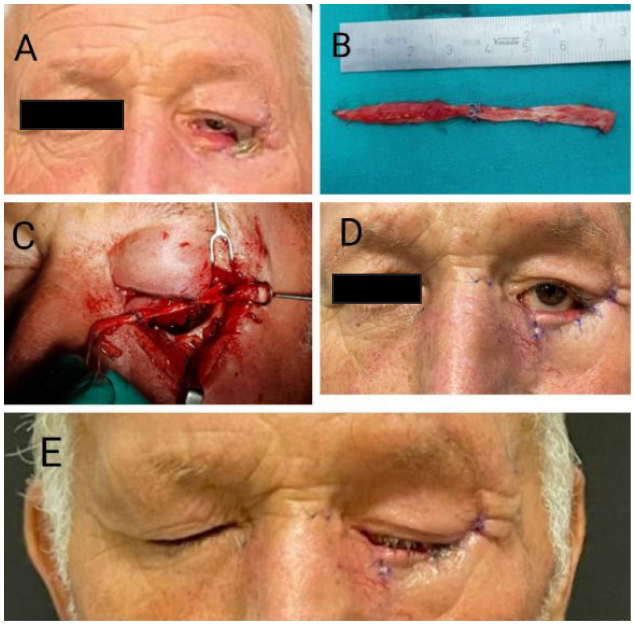
Orta yüz germe özellikle estetik taleplerle yapılan bir ameliyat olmasının yanında, ektropion gibi fonksiyonel kayıp olan durumların tedavisinde de başarı ile kullanılmaktadır. Orta yüz yapılarının serbestlenmesi ve flep olarak kemik dokuya sabitlenmesi ile anterior lamellada uzama ve hacim artışı sağlanabilmektedir. TFA ile elde edilen alt göz kapağa vertikal destek ve orta yüz germe ile elde edilen anterior lamellar uzama sayesinde, ağır skatrisyel ektropionun iki komponetti başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Burda uygulanan tedaviler haricinde literatürde skatrisyel ektropion tedavisine yönelik bir çok farklı teknik uygulanmıştır. Bu tekniklerden en bilinenleri deri greftleri, flep cerrahileri ve lateral tarsal strip prosedürür.Deri greftleri ektropion tedavisinde teknik olarak basit olmaları, anterior lamelladaki kısalmayı düzeltmeleri ve minimal morbiditeleri nedeniyle tercih edilmektedirler. Tek başlarına kullanılabilmelerinin yanında diğer tekniklerle kombine olarak da kullanılabilmektedirler. Lokal flepler, özellikle deri grefti ile düzeltmeye uygun olmayan büyük hacim kayıpları ve estetik olarak daha iyi görüntüleri sayesinde deri greftlerine tercih edilmektedirler. Bu tedavilerin yanında kantoplasti, lateral tarsal strip prosedürü, bick prosedürü gibi teknikler sayesinde alt göz kapakta ve tarsda laksisite ve horizontal uzama düzeltilebilmektedir. Lateral tarsal strip prosedürü özellikle ileri derece laksisite görülen vakalarda etkinliği ve güvenli cerrahi profili sayesinde tercih edilmektedir.

Sonuç: Ağır skatrisyel ektropion tedavisine literatürde genel bir konsensüs yoktur. Bu tekniklerden en çok kullanılanları arasında flep ve greft tedavileri olmasının yanında bu tedaviler alt göz kapakta laksisite ve uzamaya yönelik bir çözüm getirmemektedir. Diğer sık kullanılan yöntemlerden olan LTS ise anterior lamellar hacim kaybı ve uzamaya yönelik bir çözüm getirmemektedir. Ağır ektropion durumlarında bu iki durumun da göz önüne alınarak kombine tedavilerin uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz. TFA prosedürü orta-ağır derece skatrisyel ektropion tedavisinde kullanımı tarafımızca gösterilmiştir. Tekniğin cerrahi olarak uygulanması kolay, güvenilir ve etkilidir. Alt göz kapakta laksisite ve uzamaya yönelik etkili olmaktadır. Anterior lamalledaki hacim kaybına yönelik orta yüz germe ile kombine edilmesi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Sonuç olarak, TFA prosedürü ve orta yüz germe kombinasyonun, orta-ağır skatrisyel ektropion tedavisinde etkili olarak kullanılabileceği düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ektropion, Skatrisyel Ektropion, Fasya Grefti, Fasyal Askılama, Ektropion cerrahisi

Temporalis Fasyal Askılama



Vaka 1: 57 yaş erkek hasta yüzde eski operasyon alanında enfeksiyon ve sol gözde ektropion nedeniyle başvuru. A) Operasyon öncesi görüntü B) Temporalis Fasya Askı Grefti C) Temporalis Fasya Grefti lateral ve medialde sabitlenmesi sonrası fazlalık greft eksize edilecek. D) Ameliyat sonrası 1.gün E) Ameliyat Sonrası 2.hafta. Lagoftalmus ve gözde batma hissinde belirgin gerileme

SB-018
Dudak Kanseri Olgularına Onkoplastik Yaklaşım

Mustafa Akyürek, Harun Özügül

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesİ, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Perioral bölge yerleşimli tümör eksizyonu sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu oral sfinkterin devamlılığı, komissürler arası yeterli açıklığın sağlanması ve estetik olarak kabul edilebilir bir görüntü elde etmeyi amaçlamaktadır. Sunumun amacı Güney Marmara ve Kuzey Ege popülasyonuna hizmet veren kliniğimizin 7 yıllık deneyim ve sonuçlarını paylaşmaktır.

Materyal – Metod: Mayıs 2013 – Mayıs 2020 yılları arasında kliniğimizde dudak bölgesinde yassı hücreli karsinom tanısı alan 134 hastanın demografik bilgileri, rekonstrüksiyon yöntemleri, cerrahi ve onkolojik takiplerine ait bilgiler toplandı.

Sonuçlar: Kliniğimizce opere edilen hastaların (89E / 45K) yaş ortalaması 64,2 (42 – 90) idi. Erkek cinsiyet arasında sigara kullanımı iken (%85), kadın cinsiyette sigara kullanım oranı düşüktü. Uzun yıllar U.V. ışınına maruziyet her iki cinsiyette de yüksek (%95) idi. Tümörlerin % 75'i alt dudakta (n:101), %14'ü (n: 18) üst dudakta, % 3'ü komissür yerleşimli idi. 11 hastada tümör birden fazla subüniti kapsıyordu. Preoperatif hazırlık olarak adentuloz olmayan hastalar diş taşı temizliğine yollandı. Hastaların yaklaşık yarısı wedge eksizyon + primer onarım uygulanarak opere edildi. Geniş defekti olan ve ASA skoru uygun olan 8 hasta eksizyon sonrası radial önkol serbest flebi ile rekostrükte edildi. Kalan 54 hasta lokal flepler ile onarıldı. En sık Karapanzic (n: 18), Gillies (n: 15), Eastlander (n: 12), Bernard Webster (n: 6) ve FAMM (n: 3) flepler kullanıldı. Flep tercihi yapılırken hastanın dudak – yanak dokusunun genişliği ve elastikiyeti göz önünde bulundurulduğu.

Ülsero - vejetan 2 cm'den büyük tümörler için ve endurasyonu 2 cm'den büyük ülsero infiltratif tümörler için boyun disseksiyonu önerildi. Disseksiyon önerilen 85 hastanın 60'ına boyun disseksiyonu yapıldı. Disseksiyon tarafına tümörün yerleşimine göre karar verilirken, genişliğe yapılan bimanuel muayene ve usg görüntüleme bulgularına göre karar verildi. Hastaların 42'si modifiye radikal – radikal boyun disseksiyonu uygulanarak opere edilirken, 18 hastaya selektif boyun disseksiyonu uygulandı. Eksizyonun komissürü kapsadığı vakalarda disseksiyon sırasında fasyal sinirin marjinal mandibular dalı parotis sınırına kadar disseke edilerek eksizyon piyesine dahil edildi.

En sık görülen erken komplikasyon yara yeri enfeksiyonu olup, wedge eksizyon + primer onarım yapılan hastaların yaklaşık %60'ında karşılaşıldı. Parsiyel yara dehisensine hastaların %20'sinde oluşurken hastaların hiçbirinde total yara dehisensi oluşmadı.

Boyun disseksiyonu önerilen fakat hasta veya hasta yakınları tarafından kabul edilmeyen 25 hastanın 5'i boyun ilerlemiş metastazları ile kliniğimize tekrar başvurdu. Bu hastalar palyatif tedavi amacıyla radyasyon onkolojisi kliniklerine yönlendirildi.

Eksiyon alanlarında nüks görülmezken boyun disseksiyonu uygulanan 12 hastada parotis, posterior boyun üçgeni, supraklavikular bölge ve presternal bölgede scc nüks - metastazlarına rastlandı. Bu hastaların 10 tanesinin patoloji raporlarında perinöral invazyon mevcut idi. Eksizyon + onarım uygulanan 134 hastanın 39'unun patoloji raporunda perinöral invazyon mevcut idi. Nüks – metastaz olan hastalar ile yapılan boyun disseksiyonu genişliği arasında bağlantı bulunamazken, perinöral invazyon ile anlamlı bir bağıntı mevcuttur.

Tartışma: Dudak bölgesi yerleşimli yassı hücreli kanserlerin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi sonrası evreleme ve onkolojik tedavinin başarısı cerrahiye bağlıdır. Hastaların ileri yaşta oldukları göz önünde bulundurulduğunda ortaya çıkacak cerrahi travmanın boyutları hastanın yaşam süresini kısaltmamalıdır.

Lokal flep ile rekonstrükte edilen hastalarda yara iyileşme problemi primer onarım uygulanan hastalardan daha az olmaktadır. Flep ile onarım peroperatif daha fazla cerrahi travma yaratırken postoperatif daha hızlı hayata dönüş sağlamaktadır. Dolayısı ile flep tercihi yapılırken hastayı ikna etmek için daha fazla çaba harcanmalıdır.

Boyun disseksiyonu kararı verilirken radyolog görüşü önemli olmasına rağmen, operasyonu yapacak cerrahın preoperatif ve ameliyat esnasında yaptığı muayenenin daha değerli olduğu görüşündeyiz. Kliniğimizde supraomohyoid boyun disseksiyonu ortalama 1 saatte sürerken, modifiye radikal veya radikal disseksiyon ortalama 2,5 saat sürmektedir. Ameliyat zamanının uzaması postoperatif morbiditenin artmasına neden olacaktır.

Genel anestezi için onam alamayan hastaların alt dudak eksizyon ve rekonstrüksiyon prosedürleri lokal anestezi altında yapılabilir. Örnek olarak total alt dudak eksizyonu + Bernard – Webster flep ile rekonstrüksiyon prosedürü lokal anestezi altında gerçekleştirilmiştir. Ameliyat esnasında 6 mg/dl dozunda epinefrin + lidokain karışımı kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dudak kanseri, Yassı hücreli karsinom, Boyun disseksiyonu

SB-019

Burun rekonstrüksiyonu tecrübelerimize pandemi etkisi

Hasan Demirbaşoğlu, Mert Koçak, Hasan Görkem Çay, Ergin Seven, Sebat Karamürsel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: MÖ 3000li yıllardan bu yana burun defektlerinin kapatılması için çeşitli yöntemler geliştirilmiş ve günümüzde burun rekonstrüksiyonu hem estetik hem de fonksiyonel olarak tatmin edici sonuçlar elde edilmesi amaçlanan bir cerrahi haline gelmiştir. "Benzeri ile onar" felsefesi ve estetik alt ünite prensibinin gelişmesi ile birlikte burun rekonstrüksiyonu temel olarak üç kısımda ele alınabilir: mukoza, çatı ve cilt rekonstrüksiyonu. Bu üç katmanlı yapı korunurken estetik alt ünitelere de özen gösterilmesi gerekmektedir. Burun rekonstrüksiyonun en sık sebebi tümör rezeksiyonları olup travma veya konjenital nedenlerle de yapılmaktadır. Burunda en sık görülen malign tümör bazal hücreli karsinomlardır.

Burun rekonstrüksiyonunda sekonder iyileşme, primer süturasyon, lokal flepler, greft uygulamaları, serbest flepler gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizdeki burun rekonstrüksiyonu tecrübelerimizin 2019 yılında Çin'de başlayarak tüm dünyayı etkisi altına alan ve resmi olarak 2020 yılında ülkemizi de etkileyen COVID-19 pandemisinin nasıl etkilediğini inceledik.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2020 – 01.06.2022 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve burun rekonstrüksiyonu gerçekleştirilen 97 hasta pandemi dönemi olarak, 01.06.2017 – 01.01.2020 arasında sadece tümör nedeniyle başvuran 107 hasta pandemi öncesi dönem olmak üzere toplamda 204 hasta arşiv bilgileri incelenerek çalışmaya dahil edildi. Primer süture edilen veya sekonder iyileşmeye bırakılan defektler çalışmaya dahil edilmedi. Nihai defektin birden fazla subüniteyi içerdiği tümör hastalarında tümörün görüldüğü subünite esas alınmıştır. Yaş, cinsiyet, etiyoloji, hastaların başvuru zamanı ve rekonstrüksiyon tipi incelendi. İki grup arasında veriler kıyaslanarak pandeminin özellikle burunda tümör hastalarında klinik tecrübemize etkisi araştırıldı. Pandemi döneminde preop PCR testi negatif olanlar veya en az 4 hafta önce COVID geçirmiş hastalar opere edildi.

Bulgular: Literatürle uyumlu olarak 01.01.2020 – 01.06.2022 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve burun rekonstrüksiyonu gerçekleştirilen 97 hastanın etiyolojik olarak 91'i burunda tümör rezeksiyonu nedeniyle opere olurken bu hastaların yaş ortalaması 67 ve cinsiyet dağılımı eşit bulundu. Yaş ortalaması 40.5 olan 4ü erkek 1i kadın toplamda 5 hasta travma sonrası opere edildi. 2 yaş erkek çocuk hastamız ise konjenital proboscis lateralis nedeniyle opere edildi. Travma hastalarının 2si balistik yaralanma sebebiyle orta yüz defekti olan hastalar iken 1

tanesi insan ısırığı nedeniyle, diğer ikisi ise trafik kazası sonrası burun rekonstrüksiyonu gerçekleştirilen hastalardı. Tümör hastalarının %81i (n=74) BCC, %13ü (n=14) SCC nedeniyle opere edildi. Diğer tümör hastalarının dağılımı birer hasta olmak üzere malign melanom, sebasöz karsinom, iğsi hücreli tümör ve aktinik keratoz idi. 1 hasta rinofima nedeniyle opere edildi. Defekt lokalizasyonu alt ünitelere göre incelendiğinde hastaların %28i dorsum, %25i tip, %18i alar kanatlar ve %14ü yan duvarlarda olarak görüldü. 2 hastada kolumella 1 hastada ise radix bölgesinde defekt olduğu görüldü. 4 hastada total nazal defekt saptanırken 1 hastada ise heminazal defekt için rekonstrüksiyon planlandı. Pandemi döneminde başvuran hastaların 12'sinde mukoza rekonstrüksiyonu, 13ünde ise çatı rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Mukoza rekonstrüksiyonu için en çok kullanılan yöntem %50 ile FTSG greft olur iken çatı rekonstrüksiyonunda 10 hasta ile en çok kullanılan yöntem konka grefti oldu. Cilt rekonstrüksiyonu için hastaların %35inde (n=33) greft kullanılırken 4 hastada radial önkol 1 hastada ise dorsalis pedis olmak üzere 5 hastaya serbest flep, 57 hastaya ise lokal veya bölgesel flep uygulandı. En çok kullanılan lokal flepler %24(n=14) ile melolabial bölge flepleri, %21 (n=12) ile bilobe flep ve %19 (n=11) ile glabellar flep idi. 9 hastaya ise tek,iki veya üç seanslı olarak alın flebi uygulandı. Greft kullanılan hastalarda donör saha olarak %87 ile supraklavikular bölge tercih edildi. Bu dönemde başvuran tümör hastalarının lezyonu fark etmeleri ile kliniğimize başvuru zamanı arasında geçen süre ortalama 23.1 ay olarak saptandı.

01.06.2017 – 01.01.2020 arasında başvuran 107 tümör hastası başvuru zamanı ve cerrahi yöntem olarak incelendiğinde ise bu hastaların %54ünde cilt rekonstrüksiyonu için greft kullanıldığı, kalan 49 hastada ise 1i serbest flep olmak üzere lokal,bölgesel veya uzak fleplerin tercih edildiği görüldü. En sık tercih edilen lokal flepler 22 hastada melolabial bölge flepleri, 5 hastada dorsal nazal flep, 4 hastada yanak ilerletme flebi kullanıldı. 107 hastanın ortalama başvuru süresi ise 16.7 ay olarak tespit edildi.

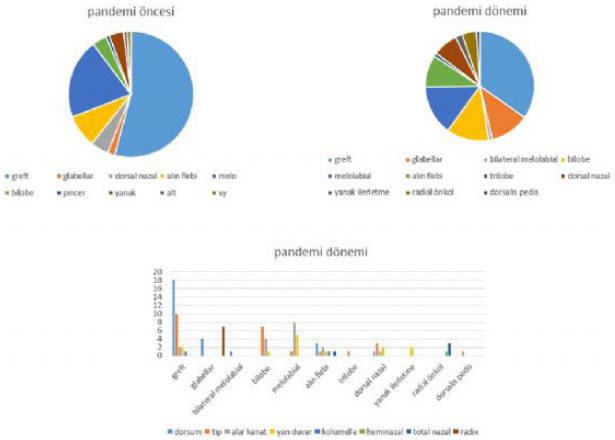
Tartışma: Pandemi süreci hayatımızda her alanı etkilediği gibi cerrahi tecrübelerimizi de etkilemiştir, bu çalışmayı yaparken hipotezimiz pandemi sürecinde özellikle tümör hastalarının hastaneye başvuru sürecinin gecikmesine bağlı olarak tedavi sürecinin ve cerrahi yaklaşımımızın da değiştiği yönündeydi. Literatürle uyumlu olarak klinik tecrübelerimizde burun rekonstrüksiyonun en sık sebebi cilt tümörleri olmakla beraber bunlar arasında da BCC'dir. Cinsiyet dağılımı çalışmamızda eşit olarak bulunmuş olup literatürde farklılıklar göstermektedir, daha önce kliniğimizde aynı konuyu ele almış 2008-2018 yılları arasında 275 hastayı inceleyen çalışmada hastaların ortalama yaşı 67 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda da benzer bulunmuştur. Rekonstrüksiyon yöntemleri incelendiğinde pandemi öncesi grupta %54 hastada greft kullanılırken pandemi grubunda ise %33 olarak bulunmuştur. Greft ile rekonstrüksiyonda sağlam bir perikondrium / periost olması gerekliliği göz önüne alındığında bu istatistikten yola çıkarak cerrahi yaklaşımın değişmesinde pandemi grubunda sağlam bir perikondrium/periost oranının daha az olması sebebiyle greft tercihi yerine flep ile rekonstrüksiyona yönelim olmuştur hipotezi ortaya konabilir, bunun için ileri çalışmalarda patoloji raporları incelenip invazyon derinliği araştırılacaktır. Başka bir düşünce özellikle yaş grubu da dikkate alındığında pandemi şartlarında daha az risk almak ve olası pozitif cerrahi sınırı engellemek adına defansif bir yaklaşım olarak eksizyon sınırlarının genişletilmesi de hastalarda flep kullanımını arttıran bir neden olarak karşımıza çıkabilir. Öte yandan pandemi döneminde elektif vakaların durdurulması ve günlük pratiğimizi sadece acil vakalar ile tümör hastalarının oluşturması ve eksizyon sonrasında rekonstrüksiyona ayrılan zamanın artması daha fazla flep kullanımına teşvik etmiş olabilir.

Tümör hastalarının lezyonu fark etmesi ve hastaneye başvuru zamanı arasında geçen süre ele alındığında pandemi öncesi yaklaşık 16 ay iken bu süre pandemi döneminde yaklaşık 23 ay olarak saptanmıştır. Bu fark hipotezimizi destekleyici olup ilerleyen çalışmalarda artan bu sürenin klinik yaklaşıma etkisini ortaya koymak adına başvuru anında tümör boyutları da karşılaştırılacaktır. İki grup incelendiğinde uzak metastaz,boyun diseksiyonu gibi parametrelerde bir fark görülmemesi özellikle bazal hücreli karsinomun doğası gereği agresif bir tümör olmaması olarak görülebilir.

Sonuç: Rekonstrüktif cerrahide tek bir doğru olmaması ve zamanın gerekliliklerinden etkilenmesi göz önüne alındığında pandemi tüm hayatımızı etkilediği gibi rekonstrüktif yaklaşımımızı da etkilemiştir. Hem hastaların hastaneye başvurusundaki gecikmeler hem de cerrah olarak kendimizi ve hastayı koruma içgüdüsü klinik pratiğimizde değişimlere neden olmuştur. Kliniğimizde hastaların başvuru süresi uzamış ve flep kullanımı artmıştır. Bu değişimlerin daha net ortaya konması için ilerleyen çalışmalarda daha geniş parametreler değerlendirilecek ve özellikle cerrahi sınır değişimlerinin gelecekteki yaklaşımımıza etkisini inceleme fırsatı elde edeceğiz.

Anahtar Kelimeler: *burun rekonstrüksiyonu, covid-19, pandemi*

Cerrahi yöntemlerin dağılımı



SB-020

Maksillomandibuler Sineşi: Nadir görülen bir anomali

Tahir Gürler, Ege Topaloğlu, Hamit Hakan Bekir, Mehmet Emre Yeğin, Turgut Furkan Kuybulu

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

Giriş: Maksillomandibular singnati, mandibula ve maksilla arasında gelişmiş olan konjenital yumuşak doku veya kemik yapışıklıklardır. Yalnızca yumuşak doku etkilendiğinde sineşi, kemik yapılar da etkilenirse sinostoz olarak adlandırılır. 2020 tarihine kadar yalnızca 153 vaka rapor edilmiştir. Oldukça nadir görülen bu doğumsal anomaliye yaklaşım ile ilgili bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bu yazıdaki amacımız kliniğimizde opere edilmiş olan maksillomandibular sinostoz olgusuna ait tecrübelerimizi paylaşmaktır.

Olgu: 3 günlük kız hasta ağız açıklığında kısıtlılık nedeniyle yenidoğan yoğun bakımda yatmaktayken tarafımıza danışıldı. Hastanın ilk muayenesinde sağ taraflı maksillomandibular sineşisinin var olduğu, dinamik ağız açıklığının olmadığı ancak sol taraflı oral pasajın ve nazal pasajın açık olduğu izlendi. Maksilla ve mandibulanın ilişkisinin tam olarak anlaşılabilmesi için yenidoğan döneminde maksillofasiyal BT (MFBT) ile değerlendirme yapıldı. MFBT'de hemifasiyal mikrozomi yanında mandibulanın sağ angulus posteriorunda maksilla ve zigoma ile yapışık olduğu ve sağ taraflı temporomandibular eklem (TME) ankiloze olduğu görüldü. Nazal pasajın açık olduğu MFBT ile doğrulandı. Hastanın solunum problemi olmaması ve nazogastrik ile beslenme sağlanabildiği için 6 aylık olunca operasyon planlandı.

Operasyonda, postoperatif dönemde oluşabilecek havayolu problemlerini bertaraf etmek amacıyla trakeotomi açıldı. İntraoral yaklaşım ile önce maksilla ve mandibula arası mukozal bağlantılar bistüri ile serbestlendi. Daha sonra kemik yapılar subperiosteal diseksiyonla ortaya konuldu. Maksilla ve mandibula arasındaki sağ taraflı sinostozun posteriorda ramus ve zigoma gövdesi ile devamlı olduğu. Anteriordan posteriora doğru osteotomiler yapılarak 4mm genişlikte bir kemik strip çıkartıldı. Posteriorda temporomandibular eklem (TME) ankilozu görüldü ve gap artoplasti uygulandı. Ağız açıklığının 2 cm'ye çıktığı görüldü. Ağız içi defekt monofilaman eriyen sütürler ile primer onarıldı. Hasta yakın izlem amaçlı 1 hafta süre ile çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi.

Postoperatif dönemde 2. Günden itibaren günlük pasif çene hareket egzersizlerine başlanıldı ve aileye egzersizlere evde de devam etmesi konusunda bilgi verildi. Trakeotomi postoperatif 1. haftada kapatıldı ve hasta taburcu edildi. Postoperatif 2. hafta kontrolünde hastanın çene hareketlerini aktif olarak yapabildiği ve ağız açıklığının 2 cm olduğu görüldü.

Tartışma: Maksillomandibular singnati, mandibula ve maksilla arasındaki yapışıklıklar nedeniyle hastanın ağız açıklığının kısıtlı olmasına sebep olan ve beraberinde nutrisyonel ve hava yolu ile ilgili problemler doğurabilen doğumsal bir anomali olarak tanımlanabilir. Bu yapışıklıklar yalnızca yumuşak dokuları içerirse sineşi, eğer kemik yapılar da dahil olmuş ise sinostoz olarak adlandırılır. Geniş vaka serileri baz alınarak daha kapsamlı ve güncel sınıflandırmalar önerilmiştir ancak henüz kabul görmüş güncel bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Bu hastalarda asıl amaç çenenin açılmasını sağlayacak şekilde yapışıklıkları gidermek ve yeniden oluşmalarını engellemektir.

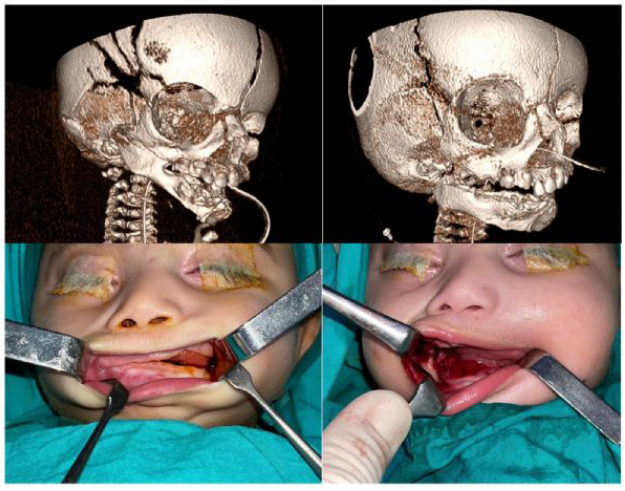
Bu hastaların operasyonları esnasında üzerinde fikir birliği olmayan hususlar mevcuttur. Başlıcaları ameliyatın zamanlaması, havayolunun güvenliğinin nasıl sağlanacağı, kullanılacak anestezinin tipi ve intraoral ya da ekstraoral yaklaşım uygulanacağıdır. Bizim hastamızın ilk bakısında orogastrik tüp ile enteral beslenmesinin olması ve solunum yolu açıklığı ile ilgili şüphe olmaması üzerine yenidoğan döneminde operasyon planlanmamıştır. Operasyon esnasında ve sonrasında hava yolları ile ilgili bir komplikasyon riskini en aza indirgemek amaçlı hasta 6 aylıkken operasyon planlanmıştır. Literatür taramalarında, sinostozu olan ve özellikle posteriorda zigomayı da ihtiva eden yapışıklıklarda mümkünse ameliyatın hasta 6 aylıktan büyükken yapılması önerilmektedir. Vakamızda da havayolu güvenliğini postop dönemde sağlamak amacıyla trakeotomi açılması uygun görüldü ve posteriorda da kemik yapışıklıklar mevcut olduğu için genel anestezi altında operasyona başlanıldı. Daha iyi bir estetik sonuç ve fasyal sinir dalları gibi önemli anatomik yapıların güvenliğini sağlamak için intraoral yaklaşım tercih edildi. Osteotomi aşamasında, özellikle posteriorda kondil seviyesinde maksiller artere zarar verme olasılığını düşürmek için cerrahi kemik motoru yerine keski ve çekiç tercih edilmiştir. Operasyon öncesi planlamada MFBT kullanılmıştır. MFBT ile sinostoz alanını 3 boyutlu görüntülemek mümkün olduğu için osteotomileri planlamada en değerli tetkik olduğunu düşünmekteyiz. Literatürdeki bir olgu sunumunda BT, başka bilgisayar yazılımları ve lazer tarama sistemleri kullanılarak yapılacak osteotomilerin dijital plana uydurulmasının sağlandığından bahsedilmiştir. Bu ve benzeri 3 boyutlu dijital planlama araçları, maksillofasyal rekonstrüksiyonda zaten kullanılmaktadır. Bu araçların operatif sürece dahil edilmesi, kompleks osteotomilerin daha iyi anlaşılmasını ve uygulanmasını sağlayarak bu hastalarda daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayabilir.

Hastanın geçmişinde önem arz edebilecek aktif ya da geçmiş hastalık hikayesi ile karşılaşılmadı. Singnatiye en sık eşlik eden doğumsal anomali yarık damak olarak tanımlanmıştır, ancak genelde kız bebeklerde daha sık olarak izole formda görüldüğü bildirilmiştir. Hastamız akraba olmayan 37 yaşında anne ile 38 yaşındaki babanın 3. çocuğu olarak, doğumu vajinal yol ile komplikasyon yaşanmadan miyaddır. Hastanın kardeşlerinde, annede ya da babada singnati yönünde hikâye bulunmamaktadır. Ancak, hastamızın unilateral mikrozomisi mevcuttur ve literatürde benzer bir hasta bildirilmemiştir.

Singnati etyolojisi üzerinde bir fikir birliği olmamakla beraber birçok teori öne sürülmüştür. Bunlardan başlıcaları fetal stapedial arter anomalisi, yüzdeki nöral krest hücrelerinin erkan kaybı, bukkofaringeal membranın persistansı, teratojenler, travma ve amniyotik bantlardır. Annenin hamileliği sorgulandığında yukarıda bahsedilen sebeplerden herhangi biriyle karşılaşılmamıştır. Prenatal ultrasonografi (USG) ile singnati yakalanabilmektedir. Ancak çok nadir bir tanı olması ve USG'nin operatör bağımlı bir tetkik olması nedeniyle atlanabilir. Bizim hastamızda da bu anomali doğum öncesi fark edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: mandibula, maksilla, sineşi, singnati, osteotomi

Singnatili çocuk olgu



Sağ taraflı mandibulomaksillozigomatik sineşi ve perop ağız açıklığının artışı.

SB-021

Ateşli silahla yaralanma sonucu oluşan alt ve üst çene kompozit doku defektlerinin serbest fleple onarımı: vaka sunumu

Rafet Özbey, Emine Parlak Kapucu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi

Giriş: Yüzümüz vucüdumuzun dış dünya ile iletişimini sağlayan en önemli parçasıdır. Görme,işitme, tat ve koku alma duyu organlarını içeren yüz aynı zamanda bireyler arasında tanınma ve iletişime de izin verir. Bu sebeple yüz yaralanmalarının fiziksel ve psikolojik etkisi azımsanmayacak kadar fazladır. Ateşli silahlara bağlı penetran yüz yaralanmalarının gerçek insidansı tam olarak bilinemese de yapılan araştırmalarda ateşli silah yaralanmalarının toplam %6 sında yüz yaralanması olduğu belirtilmiştir. Ateşli silah yaralanması sonucu oluşan defektler çoğu zaman hem yumuşak dokuyu hem de kemik dokuyu içeren kompozit defektlerdir. Bu olgu sunumunda tarafımızca ateşli silah yaralanması sonrası oluşan orta yüz defektinin serbest fibula ve serbest radial ön kol flebi ile onarımı ve sonuçlarını sunacağız.

Olgu: Otuz yaş erkek hasta ateşli silahla suicidal girişim sonrası oluşan maksillofasiyal travma sebebi hastanemiz aciline başvurdu. Yüzün alt ve orta 1/3 ü travmadan etkilenmiş olup, mandibulanın santral ve lateral segmentlerinde, maksilla santral segmentte, nostril tabanında kemik ve cilt defekti mevcuttu(Resim1). Hemodinamik stabilizasyonu ardından acil şartlarda operasyona alındı. Yapılan hemostaz ve debridmanın ardından, kırıkları redükte edilip plak ve vidayla sabitlendi. Kemik defektleri rekonstrüksiyon plaklarıyla onarıldı (Resim 2).

Hastanın mandibulasındaki yaklaşık 7 cm lik kemik defekti için serbest fibula flebi ile onarım planlandı. Alıcı damar olarak sağ taraf fasial arter ve ven seçildi. Kemik ve cilt defekti için fibula bölgesinden daha önce planlandığı gibi kemik ve cilt dokusu içeren kimerik flep kaldırıldı. Kemik defekti, oluşturulan kağıt taslakla fibula üzerine çizimi yapıldı. Uygun yerlerden iki osteotomi uygulandı. Flep fibular arter ve venden ayrıldı. Osteotomize edilen fibula, kemik defekti olan bölgeye daha önce konulmuş olan rekonstrüksiyon plağına vidalarla sabitlendi (Resim 3). Mikroskop altında mikrocerrahi yöntemlere uygun olarak pedikül ve alıcı damarlar arası anastamoz sağlandı. Flebin cilt adası oral mukoza defektini kapatacak şekilde adapte edildi. Geride kalan cilt primer kapatıldı. Fibular kemik dokudan arta kalan segment daha sonraki operasyonlar için sağ ön kol fleksör yüz ciltaltına koyularak prefabrike edildi. BT çekilerek post-op kontrol sağlandı. Operasyon sonrası flep kaybı yaşanmadı, hasta normal hayatına hızlıca dönüş sağladı.

Hastanın maksillada bulunan ön segment kemik ve cilt defekti için (yaklaşık 4 cm lik defektimiz mevcuttu) daha önceki operasyonda prefabrike edilen kemik dokusu ile birlikte serbest radial ön kol flebi planlandı. Alıcı damar olarak sol taraf facial arter ve ven seçildi. Defekt ile alıcı damarlar arasında cilt altı tünel açıldı. Daha önce prefabrike edilmiş radial ön kol flebi planına uygun olarak sağ ön koldan cilt,cilt altı yağ dokusu, kemik dokusu, radial arter ve veni içerecek şekilde kaldırıldı. Flep pedikülü tünelden geçirilerek alıcı damarlara mikroskop altında mikrocerrahi tekniklerine uygun olarak anastamoz sağlandı. Kemik dokusunun defekte adaptasyonu için 1 adet osteotomi uygulandı. Kemik doku maksillaya vida ve plaklar yardımı ile sabitlendi. Cilt defekte adapte edildi.

Postoperatif 3.ayda yapılan değerlendirmede ameliyat sonucu fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir düzeydeydi (Resim 4).

Tartışma ve Sonuç: Mandibula ve maksilla defektleri travma, radyasyon nekrozu, benign ve malign neoplaziler sebepli oluşabilir. Bu defektler prostetik materyaller, nonvaskülarize kemik greftleri, kadavradan alınan kemik allogreftleri, rekonstrüksiyon plakları ve serbest flepler ile onarılabilmektedir. Bunlar içinde altın standart ise serbest fleplerdir (1,2).

Ateşli silah yaralanması sonucunda oluşan mandibular ve maksiller kemik defektlerine genel olarak yumuşak doku defektleri de eşlik etmektedir. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda serbest fleplerin altın standart olmasının önemli bir sebebi tek operasyonda hem kemik dokunun hem yumuşak dokunun rekonstrüksiyonunu sağlamasıdır (3). Rekonstrüksiyon plakları mikrovasküler serbest kemik flepleri geliştirilmeden önce daha yaygın kullanılmaktaydı fakat yüksek oranda komplikasyon, plak kırılması ve/veya ekspozisyonu gelişmesi bu seçeneği arka sıralara geriletmiştir. Kemik greftleri 5 cm den küçük defektlerde kullanılabilir olsada yumuşak doku rekonstrüksiyonu sağlayamaması, kemik rezorbsiyonu ve enfeksiyonun yüksek oranı sebebiyle ile ideal bir seçenek değildir (4).

Mandibula ve maksiller bölge rekonstrüksiyonu yüzün alt 1/3lük kısmının hasta için kabul edilebilir görünüme getirilmesi, çiğneme ve diş restorasyonu için yeterli yüzey sağlanması, oral kompetansın sağlanabilmesi, konuşma ve yutmayı engelleyecek şekilde doku fazlalığı olmaması gibi birçok ince ayrıntıyı içerecek şekilde multidispliner şekilde planlanmalıdır. Bu planlama yapılırken hastanın defektinin lokalizasyonu, hastanın tıbbi öyküsü, donör alanlarının durumlarıda göz önünde bulundurulmalıdır (5).

Serbest fibula flebinde fibular kemik donör alanı açısından birçok avantaja sahiptir. Fibular kemik 25 cm e kadar uzayabilen bikortikal kemik dokusu sağlar ki bu boyut geniş mandibula defektlerininin rekonstrüksiyonunda bile bize yeterli uzunluk sağlar. Flebin vasküler pedikülü mandibular bölgedeki alıcı arterlere kolayca ulaşılabilmesini sağlayacak yeterli uzunluktadır ve çapı yeterli genişliktedir. Elde edilen kemik doku dental implantlar için hastanın ileriki yaşantısına fonksiyonellik katması açısından çok elverişlidir. Fibular kemiğin posteriorunda bulunan fleksör hallucis longus kası submandibular bölgedeki yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu için idealdir(6). Aynı zamanda kemik doku ve yumuşak dokunun yanında cilt adasının da bulunması flebin diğer avantajlı yanıdır. Flebin kaldırıldığı cerrahi alanın mandibuler bölgeye uzaklığı sebebiyle iki cerrahi ekibinin rahatlıkla çalışabilmesini imkan sağlar. Dezavatajları içerisinde en önemlisi hastanın hareketinin kısıtlanmasıdır.

Radial önkol fasyokutan serbest flebinin güvenilir ve uzun (20 cm'ye kadar) vasküler pedükülü mevcuttur. Vasküler pedikülü geniş ve uzun olması alıcı damar problemi olan hastalarda dahi boynun diğer tarafına uzanabilmesini açısından büyük bir avantajdır.

Radial önkol osteokutanöz serbest flebi vasküler kaynağını radial arterin fasiyal dallarından alır. Radial arter önkolun lateral intramüsküler septumu boyunca fleksör carpi radialis ve brakioradialis kasları arasında uzanır. Radial önkol serbest flebi planlandığında radial arter bütünlüğü bozulduğundan dolayı el dolaşımının ulnar arterle sağlanacağı bilinip mutlaka allen testi ve gerekli radyolojik incelemeler yapılmalıdır.

Serbest radial flep diğer dönor sahalarla karşılaştırıldığında neredeyse en iyi deri adasına sahip olandır, deri adası ince esnek ve geniştir. Bunlar yanında diğer serbest flep seçenekleri kıyaslandığında kemik kalitesi en düşük olandır. Osteotomilerle kolayca devaskülarize olabilen, pronotor

ters ve brakioradialis kaslarının insersiyolarının arasında kısa (8-10 cm), unikortikal kemik elde edilebilir.

Bu flebin en önemli dezavantajlarından biri flep kaldırılmasını takiben donör alan morbiditesinin belirgin olabilmesidir. Tendon rüptürü, karpal tünel sendromu, ekstremitede belirgin zayıflık daha önce bildirilen komplikasyonlar arasında bulunmaktadır (1,6).

Genel olarak fleplerin monitörizasyonu çoğu vakada kemik doku gömülü olduğu için birlikte alınan cilt adasının monitörizasyonu ile veya pedikül bölgesinin doppler ile kontrolü ile olur. Maksiller ve mandibular rekonstrüksiyonda serbest kemik flepleri kullanılması sonrası malunion ve nonunion nadir olup, oluşursa serbest flepin canlı olduğu düşünülerek debritman sonrası rijit fiksasyon ile tedavi edilebilir.

Sonuç olarak mandibula ve maksilla rekonstrüksiyonunda geçmişten günümüze birçok teknik kullanılmasına rağmen optimal estetik ve fonksiyonel sonuçlara serbest flepler ile ulaşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ateşli silah yaralanmaları, baş boyun rekonstrüksiyonu, serbest flep

resim 1-4

Resim 1: Mandibulanın santral ve lateral segmentlerinde, maksilla santral segmentte, nostril tabanında kemik ve cilt defekti olan hastanın operasyon sırasındaki görüntüsü Resim 2: Rekonstrüksiyon plaklarıyla onarım yapılmış hastanın 3 boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsü Resim 3: Mandibuler kemik defekti ve mukoza defekti serbest fibula flebiyle onarım yapılan hastanın 3 boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsü Resim 4: Serbest fibula flebiyle mandibuler rekonstrüksiyon ve radial ön kol flebiyle maksiller kemik ve üst dudak yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapılan hastanın postop geç dönem fotoğrafı

SB-022

Nazolabial flep ile onarılan alar kanat defektlerinde nostril retainer kullanımı

Nurullah Gündüz, Oğuzhan Karasu, Mehmet Fatih Özçiler, Serhat Şibar, Mehmet Sühan Ayhan

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

Giriş: Nazolabial flepler (ya da melolabial flepler) 19. Yüzyıldan itibaren orta yüz rekonstrüksiyonunda sık kullanılan fleplerden biri haline gelmiştir.

Burunda deri defektleri travma ve kanser rezeksiyonu sonrası ortaya çıkar. Yüz estetik ünitelerinin önemli bir parçası olan burun kendi içinde de farklı alt ünitelere sahiptir. Bundan dolayı burun rekonstrüksiyonu plastik cerrahlar için oldukça önemlidir.

Burun alar kanat defektlerinde birçok farklı rekonstrüksiyon seçeneği mevcut olsa da renk uyumu, cilt kalınlığı ve yakınlığı nedeniyle kaudal lateral burun defektlerinde nazolabial flepler iyi fonksiyonel ve estetik sonuç sağlar. Bu flepler zengin vasküler ağı sayesinde inferior ya da superior bazlı transpozisyon, interpolasyon ya da ilerletme flebi şeklinde tasarlanabilir. Tüm bu avantajları ve kullanım yaygınlığına rağmen alar kanatlardaki doku defektlerinin onarımı sonrasında nostril asimetrisi sıklıkla görülebilmekte ve uzun dönemde hastalarda estetik ve fonksiyonel sorunlara yol açabilmektedir.

Burada sunulan çalışmada burun alar kanat defektlerinde nazolabial flep ile onarım sonrası oluşabilen nostril asimetrilerini düzeltmek amacıyla nostril retainer kullanılan 15 hastanın sonuçlarını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2021 ile Temmuz 2022 tarihleri arasında burun alar kanatta tümöral lezyon nedeniyle geniş eksizyon yapılan 9 kadın 6 erkek toplam 15 hastaya (ortalama yaş 60) nazolabial transpozisyon flebi ile onarım yapıldı.. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiş.

Cerrahi sonrası tüm hastalarda postop 1-3 (ortalama 2 ay) ay boyunca aralıksız nostril retainer kullanıldı.

Hastalar postoperatif dönemde 1. hafta,1, 2, 3, ve 6. ayda kontrole çağrıldı. Tüm hastaların preoperatif ve postoperatif izlemlerinde fotoğrafları çekilerek cerrahi sonuçlar kaydedildi. Takiplerde nostril simetrisi ve eksternal valv kollapsı olup olmadığı değerlendirildi

Bulgular: Postoperatif ödem ve şişliğe bağlı uygun olmayan boyutta Nostril retainer seçiminden kaçınmak için hastalara preoperatif nostril retainer denenerek uygun boyut belirlendi. Hastalar postoperatif erken dönemden başlamak üzere 1-3 ay (ortalama 2 ay) nostril retainer kullandı.

Takiplerde hiçbir hastada eksternal valv kollapsı ve belirgin nostril asimetrisi saptanmadı. Nostril kullanımı ile ilgili komplikasyon görülmedi.

Tüm hastaların patolojisi BCC olarak raporlandı ve hastaların hepsinde temiz cerrahi sınır sağlandı.

Hiçbir hastada hematom, seroma, yara dehisansı ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişmedi.

Tartışma: Alar kanat defekt onarımı sonrası nostril asimetrisi ve eksternal valv kollapsı görülebilmektedir. Nostril düzensizliklerinde çeşitli yaklaşımlar olmasına rağmen nostril retainer kullanımı basit, güvenilir, uygulanabilir ve uygun maliyetli olması gibi avantajlara

sahiptir. Ayrıca alar kontürü sağlayıp skar kontraktürlerini önleyerek olası ek cerrahi girişim ihtimalini azaltıyor.Başarı şansının hasta uyumuna bağlı olması dezavantajı arasında sayılabilir.

Literatürde Nostril retainer kullanımı özellikle nazal retansiyonu sağlamak amacıyla cleft rinoplastide bildirilmiş.

Hastalarımızda defektin büyüklüğü ve postoperatif erken dönemde nazal kollapsın derecesine göre nostril retainer 1-3 ay (ortalama 2 ay) süreyle kullanıldı. Hiçbir hastada postop 6. Aydan itibaren eksternal valv kollaps ve nostril asimetrisi saptanmadı.

Hasta sayısının az olması ve kontrol grubun olmaması ve çalışmanın kısıtlayıcı özellikleridir.

Sonuç: Basit, uygulanabilir ve düşük maliyeti nedeniyle hasta uyumu sağlandığı takdirde oldukça başarılı sonuç veren nostril retainer rutin kullanımını alar kanat rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: nasolabial flep, nostril asimetrileri, nostril retainer

Nostril retainer kullanımı

Burun sol alar kanat BCC eksizyonu sonrası nazolabial flep ile onarım ve nostril retainer kullanımı

Hastaların demografik özellikleri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Komorbid durumlar	Eksizyon sonrası defekt çapı (cm)	Patolojik tanı	Nostril retainer kullanım süresi (ay)
1	77	Erkek	DM,HT	2x2	BCC	2
2	36	Kadın	DM	3x2	BCC	3
3	58	Kadın	DM	2X2	BCC	2
4	45	Kadın	HT	1x2	BCC	1
5	65	Kadın	HT	2x2	BCC	2
6	65	Erkek	KAH	2x3	BCC	3
7	77	Kadın	DM	2x2	BCC	2
8	72	Erkek	DM,HT,KAH	2x1.5	BCC	2
9	62	Kadın	HT	2x2	BCC	1
10	53	Erkek	KAH	3x2	BCC	3
11	58	Kadın	HT	1x2	BCC	1
12	49	Kadın	-	2x2	BCC	1
13	62	Erkek	-	2x1	BCC	2
14	58	Kadın	-	3x2	BCC	3
15	63	Erkek	HT	2x2	BCC	2

HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı

SB-023

Kulak Lobül Rekonstrüksiyonu, İnfralobüler Flep

Bora Özkale, Arda Kavas, Ömer Faruk Yıkılmaz, Rabican Akkanat, Okan Acicbe, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Kulak lobül rekonstrüksiyonunda literatürde tanımlanmış olan 2 basamaklı flepler bulunmaktadır. Kulak alt polde eksize edilen kitlenin ardından oluşan defekt için suprasmas planda infralobüler flep planlanmıştır. Bu random paternli flebin orta segmenti dezepitelize edilerek lobüler marjine adapte edilmektedir. Devamında flebin anterior ve posterior segmentleri yeni kulak lobülünün anterior ve posterior kısımlarını oluşturmaktadır. Flep adaptasyonunu takiben flep donör alanı primer olarak kapatılmaktadır. Flebin avantajı olarak tek aşamada kulak lobül rekonstrüksiyonunu sağlaması, iyi bir estetik sonucunun olması ve hasta memnuniyetinin yüksek olması olarak belirtilebilir. Kulak alt 1/3 kartilaj ekspozisyonu içeren ya da kartilaj ekspozisyonu içermeyen defektlerin tek aşamalı rekonstrüksiyonunda infralobüler flebin güvenle kullanılabilir olduğunu belirtmek isteriz.

Anahtar Kelimeler: Kulak, Rekonstrüksiyon, Lobül, İnfralobüler, Flep

SB-024

Baş boyun malign melanom analiz ve cerrahi tedavi yaklaşımları

Bilge Kağan Aysal, Mahir Gökbulut, Poyraz Düzgün, Özlem Çolak, İlker Üşçetin

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Deri kanserleri dünyada en sık görülen kanser grubu olarak kabul edilmektedir. Yılda iki milyondan fazla insanı etkilemekte olup cilt lezyonlarına yönelik eksizyon ameliyatlarının sayısı senede dört milyonu aşmaktadır. Deri kanserleri genellikle malign melanom ve melanom dışı deri kanserleri olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Melanomlar için tedavi seçenekleri arasında geniş eksizyonlar ve lenf nodu diseksiyonları yer alır. Sentinel lenf nodu biyopsisi, lenf nodu ameliyatlarının önemli bir parçasıdır. Kutanöz malign melanomlu hastalar içerisinde baş boyun bölgesi yerleşimli olanlar küçük bir alt grup olup ve bu hastalarla ilgili tüm veriler önemlidir. Bu çalışmada çalışmaya dahil edilen hastaların sunulması yoluyla baş boyun kutanöz malign melanomlarının özellikleri ve merkezimizin tedavi yaklaşımları sunulmaktadır.

Materyal ve Metod: Bu çalışma retrospektif bir klinik çalışmadır. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümünde Ocak 2010 ile Mart 2022 arasında baş boyun maligniteleri nedeniyle yapılan tüm ameliyatlar kontrol edilerek melanom tanılı olanlar çalışmaya dahil edildi... Hastaların yaşları ve cinsiyetleri, melanom lokasyonları, sentinel lenf nodu tutulum durumu, lenfatik drenaj paterni, bölgesel lenf nodu diseksiyon durumu, tümörlerin boyutları, tümörlerin clark seviyesi ve breslow kalınlıkları, tümörlerin klinik evreleri ve hastalara yapılmış olan majör müdahaleler çıkarıldı.

Sonuçlar: 12 yıllık dönemde 1195 hastadan toplam 1269 malign deri lezyonunun cerrahi olarak çıkarıldığı gözlendi. 1269 lezyonun tamamı baş boyun bölgesi yerleşimli Olup hastaların yaşları 26 ile 83 (ortalama 64,2±16,7) arasında değişmekteydi. Hastaların %56,6'sı erkek %43,4'ü kadındı. Dahil edilen lezyonların tipleri ve maligniteleri şekil 1'de özetlenmiştir. Tüm baş ve boyun malignitelerinin %2,4'ünü oluşturan malign melanom tanılı 30 hasta olduğu izlendi. Bazı hastaların başvuru sırasında ilk eksizyonel biyopsisi başka merkezde olmasına bağlı olarak patolojik inceleme ile ilgili verilerin olmaması sebebiyle patolojik sonuçları olan 18 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Merkezimizde aynı tarih aralığında tüm vücuttan eksize edilen malign melanom sayısı 187 olup, bütün cilt malignitelerinin %9,9'unu oluşturmaktadır. Tüm malign melanomların %16'sının baş boyun bölgesinde yerleşim gösterme olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilmiş 18 lezyondan 11 tanesi bukkomandibular bölgede, 7 tanesi SCALP'de, 4 tanesi burunda, 4 tanesi frontotemporal bölgede, 2 tanesi kulakda, 1 tanesi periorbital bölgede ve 1 tanesi boyudan yerleşimli idi. Tümör boyutları 8mm - 6cm arasında değişmekte olup Brestlow kalınlıkları in situ yerleşimli tümör ve 12 mm arasında değişmekte idi.Klinik evreler 1 ile 3B arasında değişmekte idi. 9 hastada yapılan sentinel lenf nodu biyopsisi sonucu 1 hastada pozitif olarak sonuç vermiş olup ileri evreli olan 16 hasta bölgesel lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Hastaların %72,2'sinde nodüler melanom (n:13), %16,6'sında lentigo maligna (in situ) (n:3) ve %11,1'inde yüzeyel yayılan melanom (n:2) subtipleri rapor edilmiştir.

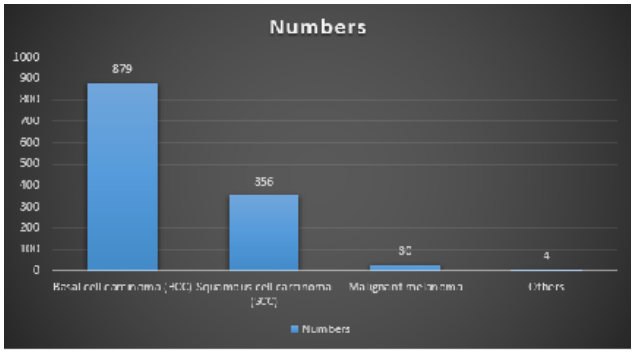
Tartışma: Malign melanom yılda 200.000'i aşan, tüm malignitelerin%3-5'ini oluşturan ve kutanöz malignitelere bağlı ölümlerin %65'inden sorumlu olan önemli bir tümördür. Baş ve boyun bölgesinin melanomları küçük bir alt grup grup olup baş boyun bölgesindeki başlıca alt tipleri nodüler melanomlar, yüzeyel yayılan melanomlar, lentigo malignalar ve lentigo malign melanomlarıdır. Bu çalışmada dahil edilen hastaların %72'sinde nodüler melanom idive kalan hastalarda ise lentigo maligna ve yüzeyel yayılan melanom tanılı kitleler mevcut idi. Hastaların tümör kalınlıklarının 12 mm'ye kadar ulaştığı görülmüştür. Sunulan çalışmada tüm melanomların %16'sı baş boyun yerleşimli olup sonuçlar literatürle benzerlik göstermiştir.

Malign melanom melanositlerden kaynaklanan ve belirgin düzeyde agresif seyreden cilt kanserlerinden biridir. Melanositler nöral krest kökenli olup yüksek doku penetrasyon kapasitesine sahiptir. Bu embriyolojik verilerden yola çıkarak malign melanomun çok agresif ve özel bir kanser türü olduğu söylenebilir. Malign melanomların başlıca tedavisi geniş eksizyonlar ve lenf nodu diseksiyonlarını içeren agresif cerrahi müdahaleleri içerir. Geniş eksizyonların genellikle göz kapakları, burun veya kulaklar gibi önemli organları içermesi ve bölgenin yüksek yoğunluklu lenfatik drenaj paternine sahip olmasına bağlı olarak baş boyun bölgesi yerleşimli malign melanomlarda cerrahi açıdan zoruluklar artmaktadır. Bununla birlikte hastaların ortalama yaşam beklentisi arttırmak için cerrahi müdahalenin tam ve uygun şekilde yapılması önem arz etmektedir.

Sonuç: Baş ve boyun kutanöz malign melanomları sık görülen lezyonlar arasında değildir. Majör geniş eksizyonlar, sentinel lenf nodu biyopsi ve bölgesel lenf nodu diseksiyonları dahil tüm cerrahi işlemler rekonstrüksiyon zorluğuna bakılmaksızın uygun şekilde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: MM, YYMM, LMM

Şekil 1.



Şekil 1. Baş boyun malign lezyonlarının sayısal analizi

Baş boyun malign lezyonların sayısal analizi

SB-025

Plastik Cerrahi Servisinde El Cerrahisi Rekonstrüksiyon Hastalarının Psikiyatrik Durumunun İncelenmesi

Özer Özmut, Arda Tınaz, Süleyman Can Ceylan, Melih Çakaroğlu, Mehmet Ali Yıldırım, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: Rekonstruktif ve estetik cerrahi alanında bulunan her iki hasta grubunda da psikolojik etkilerin önem taşıdığı bilinmektedir. Postoperatif memnuniyetsizliği bulunan hastalarda yüksek riskte psikiyatrik komorbid durumlar yer almaktadır. Cerrahlar hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların prelevansını göz önüne almalıdır. Meme rekonstrüksiyonu ve konjenital ve kazanılmış defektler de olduğu kadar estetik durumlar için de yaşam kalitesinin ve psikolojik iyilik halinin pozitif etkilerini gösteren güçlü çalışmalar bulunmaktadır.

Cerrahlar tedavi seçeneklerine ve komplikasyon yönetimine karar verirken hem hasta hekim ilişkisini hem hasta memnuniyetini geliştirmek için ve cerrahiye uygun olmayan psikiyatrik komorbid hastaları ayırt etmek için her zaman hastaların psikolojik durumlarını göz önüne almalıdır. Literatürde bir çok çalışma plastik cerrahi hastalarındaki psikiyatrik tanıların %70 ine kadar birliktelik gösterdiğini ifade etmektedir.

Bu durum için psikiyatrik özellikleri ortaya çıkarmak için çeşitli ölçekler kullanılmakta olup kulanım ile ilgili ortak bir kanıya varılmış değildir. Hem estetik hem de rekonstruktif prosedürlerdeki amaç hastaların kendi beden algısı ile bedensel karakteri arasındaki uyumu sağlamaktadır. (grabb) Psikolojik komplikasyonlar asla küçümsenmemelidir çünkü cerrahi ve medikal komplikasyonlardan, hasta memnuniyetsizliğinden, postoperatif sürecin uzamasından, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinden daha sık görülmektedir.

Rekonsrüktif ve estetik hastaların psikolojik çerçevede motivasyonu ve davranışlarındaki farklılıkları dikkat edilecek ölçüde önemlidir. Ortak noktaları memnuniyetsizlikleri abartı olması ile ilişkilidir. Rekonstrüktif cerrahide önemli bir yer tutan el cerrahisi gerek fonksiyonel gerekse de estetik açıdan özellikli bir yeri vardır. Dolayısıyla kişide psikolojik etkisinin küçümsenmemelidir. El yaralanmalarının öncesinde ve sonrasında bulunan psikolojik etkiler uzun zamandan beri araştırılan bir konudur. Literatürde pek çok yayın psikolojik etkileri ve cerrahi durumu birlikte değerlendirmede yetersizdir. Acil

servis şartlarında değerlendirilen el yaralanmalarında psikolojik değerlendirmeler genel olarak atlanılan bir durumdur. Bu durum gerek psikiyatrik relaps açısından gerekse de cerrahi başarı açısından önemlidir.

Yapılan el yaralanmaları çalışmalarında depresyon, post travmatik stres bozukluğu, duygudurum değişiklikleri sık görülen durumlardandır.Yaptığımız bu çalışmada hem psikiyatrik değerlendirmeyi hem de cerrahi değerlendirmeyi birlikte detaylı incelemeyi planlamaktayız. Ayrıca sosyodemokgrafik bilgilerinde ilişkisini incelemeyi amaçlamaktayız.

Çalışmamızda el yaralanması hastalarını hem psikiyatrik değerlendirmesi hem de el cerrahisi değerlendirmesi birlikte yapılmıştır. El yaralanması ile meydana gelen durumun psikolojik etkileri psikiyatrik muayene ve psikiyatrik ölçekler ile cerrahi olarak eksplorasyon birlikte araştırma yönünden ele alınmıştır. El yaralanması olan kişilerde psikiyatrik semptomların daha fazla olabileceği bu nedenle yaralanma şiddeti ile ilişkisinin araştırma gerekliliğini bu çalışmada hedefledik. Özellikle eşlik edebilecek psikiyatrik tablolar: post travmatik stres bozukluğu, majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk, kronik ağrı sendromu gibi durumlardır.

Yöntem: Çalışmamıza plastik cerrahi servisinde yatan el cerrahisi yönünden müdahale edeilen 41 adet hasta alındı. Hastalar 2021-2022 de acil servise başvuran el yaralanması hastalarıdır. Değerlendirme esnasında cerrahi eksplorasyon için bir plastik cerrah ve bir psikiyatrist hazır bulunulmuştur. Psikiyatrik değerlendirme psikiyatrik muayene ile birlikte kısa psikiyatrik semptom ölçeği ve yarı yapılandırılmış görüşme formu verilmiştir. Ayrıca Beck depresyon ve anksiyete ölçekleri birlikte verilmiştir. Cerrahi açıdan demografik özelikler, yaralanma süresi, yaralanma şekli, yaralanan yapılar, yaralanan yapıların yüzdesi ile psikiyatrist eşlinde yapılan muayene, kısa semptom envanterinin ve Beck anksiyete ve depresyon ölçeklerinin ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 35,7 olarak tespit edilmiştir. %80 erkek %20 kadın olarak tespit edilmiştir. %68 kaza sonrası olduğu, %19,5 suicidal amaçlı olduğu, %4,8 çevresine yumruk atarak yaralandığı, %4,8 diğer, %2 trafik kazası sonrası yaralandığı tespit edilmiştir. Çalışmada 18 soruluk kısa psikiyatrik semptom envanteri bir psikiyatrist eşliğinde hastalara uygulanmış muayene temelli değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede; kısa psikiyatrik semptom envanterinde el cerrahisi geçiren hastaların en çok etkilendiği ilk beş parametre sırasıyla 1. Anksiyete ortalama puanı 2,04, 2.Gerginlik ortalama puanı 2, 3. Suçluluk duyguları ortalama 1,8, 4- Duygusal İçe Kapanma ortalama puanı 1,63, 5-Kuşkuculuk ortalama puanı 1,39 tespit edilmiştir. Bu verilerde anksiyete ve depresyon yönünden hastaların sıkıntı yaşadığı ve bu durumun literatür ile uyumlu olduğu anlaşılmaktadır.En az üç parametre olarak manyetrizm ve postür ortalama 0,53, grandiyözite ortalama 0,41, dezorganizasyon ortalama 0,41 olarak dikkat çekmektedir. Yapılan Beck Anksiyete ölçeği verilerine göre; 6 hastada hafif derecede anksiyete mevcutken, 5 hasta da orta derecede anksiyete mevcuttu, 2 hastada şiddetli derece anksiyete mevcuttu, yapılan Beck depresyon ölçeğinin verilerine göre; 7 hastada hafif derecede depresyon mevcutken, 6 hasta da orta derecede depresyon mevcuttu, 4 hastada şiddetli derece depresyon mevcuttu. Bu verilere göre Klinik gözlemle anksiyete ölçümü yapan KSE-2 (kısa semptom envanteri-2) ölçeğine göre 6 hastada hafif derecede anksiyete mevcutken, 7 hasta da orta derecede anksiyete mevcuttu, 9 hastada şiddetli derece anksiyete mevcuttu bu durum şiddetli anksiyete de hastaların beyanın anlamlı derecede ifade etmekte zorlandığını ortaya koymaktadır. Yine Klinik gözlemle depresyonun bir parametresi olan suçluluk duygusu yapan KSE-3 (kısa semptom envanteri-3) ölçeğine göre 6 hastada hafif derecede depresyon mevcutken, 7 hasta da orta derecede depresyon mevcuttu, 5 hastada şiddetli derece depresyon mevcuttu. Bu durumda hastaların kendilerini ifade daha rahat olduklarını ancak şiddetli semptomları ifade etmekte zorlandıkları düşünülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak plastik cerrahinin rekonstrüksiyon kısmında yer alan el cerrahisi hastalarında meydana gelen travmanın kişinin beyninde bir takım kimyasal değişiklik yaptığı düşünülmektedir. Tüm bunların cerrahi açıdan ilişkisi ile psikolojik yansımaları dikkate değer şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmamızda ortaya koyduğumuz farklılıklar özellikle hastaların psikolojik durumunu anlamada önemli olduğunu düşünmekteyiz. Daha detaylı çalışmalarla bu durum arasındaki ilişkinin ortaya çıkmasına yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: el cerrahisi, psikiyatri, psikoloji

Beck Anksiyete, Depresyon, KSE-2, KSE-3

Kısa Semptom Envanteri

NO	SEMPTOM	PUAN
1	ANKSİYETE	2,04
2	GERGİNLİK	2
3	SUÇLULUK DUYGULARI	1,8
4	DUYGUSAL İÇE KAPANMA	1,63
5	KUŞKUCULUK	1,39
6	SOMATİK UĞRAŞLAR	1,36
7	DEPRESİF DUYGUDURUM	1,36
8	DUYGUSAL KÜNTLÜK	1,12
9	DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ	1,09
10	OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER	0,92
11	TAŞKINLIK	0,92
12	DÜŞMANCA DAVRANIŞ	0,85
13	İŞBİRLİĞİ KURMAMA	0,82
14	MOTOR YAVAŞLAMA	0,8
15	HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ	0,63
16	MANYERİZM VE POSTÜR	0,53
17	GRANDİYÖZİTE	0,41
18	DEZORGANİZAYON	0,41

SB-026

Parmak Volar Defektlerinde Dorsoulnar Arter (DUA) flep, Yüzeyel Sirkümfleks İliak Arter Perforator(SCIP) flep ve Radial Arterin Yüzeyel Dalı(SUBRA) fleplerinin fonksiyonel ve kozmetik olarak karşılaştırılması

Burak Ergün Tatar[1], Burak Sercan Erçin[2], Mehmet Bozkurt[1]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Bahçeşehir Üniversitesi VM Medicalpark Pendik Hastanesi

Amaç: Parmakların volar defektlerinde birçok rekonstruksiyon yöntemi mevcuttur. Lokal fleplerle rekonstrukte edilemeyen defektlerde serbest flepler kullanılır. Dorsoulnar Arter(DUA), Radial arterin yüzeyel dal(SUBRA) ve Yüzeyel Sirkümfleks Perforator Arter(SCIP) flepleri serbest flep olarak kullanılmaktadır. Literatürde bu üç flebin parmak volar defektinde fonksiyonel ve kozmetik etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışma yoktur. Biz bu çalışmamızda parmak volar defektinde DUA,SCIP ve SUBRA fleplerinin karşılaşttırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 32 hasta dahil edildi. Dahil edilme kriterleri: Proksimal, orta ya da distal falanks volarinde greft ya da sekonder iyileşme ile rekonstrukte edilmeyen defektli, fraktürü olmayan hastalar. Grup I(N:11): SCIP flep uygulanan, Grup II(N:8): DUA flep uygulanan ve Grup III(N:13): SUBRA flep uygulanan grup. Hastaların yaşı, cinsiyeti, defekt nedeni, defekt yeri, defekt boyutu, flep boyutu, flep elevasyon zamanı, alıcı damarlar not edildi. Operasyon sonrası erken dönem komplikasyonu, takip süresi, Michigan El Soruları(MHQ), Vancouver Skar Skoru(VSS), iki nokta ayırımı(2-PD), soğuk intoleransı ve donör saha morbitidesi ölçüldü.

Bulgular:

Grup I: 10 erkek, 1 kadın. 6 hasta sıkışma, 5 hasta yanık sebebiyle defekt oluşumu. Defekt boyutu 10.36 ± 6.43 cm2, flep boyutu 13.6±7.3 cm2, flep elevasyon süresi 69.09 ± 6.64 dakika. Erken dönemde 2 hastada venöz konjesyon 1 hastada hematom görüldü. Takip süresi ortalama 14.7 ± 4.83 ay. MHQ skoru 80.45 ± 5.68, VSS ortalaması 4.8 ± 0.9, 2-PD testi 8.45 ± 1.8 mm'ydi. 4 hastada hafif, 3 hastada orta derecede soğuk intolerans görüldü. 8 hastada iyi, 3 hastada gecikmiş donör saha iyileşmesi görüldü.

Grup II: 6 erkek, 2 kadın. 4 hasta sıkışma, 4 hasta yanık sebebiyle defekt oluşumu. Defekt boyutu 8.9 ± 3.63 cm2, flep boyutu 12.25 ± 4.3 cm2, flep elevasyon süresi 90.62 ± 12.93 dakika. Erken dönemde 1 hastada venöz konjesyon 1 hastada hematom görüldü. Takip süresi ortalama 13.7 ± 4.06 ay. MHQ skoru 74.37 ± 6.2, VSS ortalaması 9.37 ± 1.06, 2-PD testi 9.5 ± 1.6 mm'ydi. 3 hastada hafif, 3 hastada orta derecede soğuk intolerans görüldü. 4 hastada iyi, 4 hastada gecikmiş donör saha iyileşmesi görüldü.

Grup III: 11 erkek, 2 kadın. 8 hasta sıkışma, 5 hasta yanık sebebiyle defekt oluşumu. Defekt boyutu 13.1 ± 5.78 cm2, flep boyutu 17.1 ± 6.9 cm2, flep elevasyon süresi 87.69 ± 10.1 dakika. Erken dönemde 1 hastada venöz konjesyon 2 hastada hematom görüldü. Takip süresi ortalama 14.92 ± 5.07 ay. MHQ skoru 85.76 ± 3.44, VSS ortalaması 3.7 ± 0.9, 2-PD 7.92 ± 1.15 mm'ydi. 5 hastada hafif, 3 hastada orta derecede soğuk intolerans görüldü. 9 hastada iyi, 4 hastada gecikmiş donör saha iyileşmesi görüldü.

SCIP flep uygulanan grupta elevasyon süresi anlamlı derecede daha az, ve DUA flep uygulanan grupta MHQ skoru diğer iki gruba göre anlamlı derecede az olduğu görüldü.($p<0.01$) Ayrıca VSS skoru DUA flep uygulanan grupta anlamlı derecede fazla görüldü.($p<0.01$)

Sonuç: DUA, SCIP ve SUBRA serbest flepleri volar rekonstruksiyonda kullanılmaktadır. SCIP flep elevasyon süresi ve dolayısıyla morbitide açısından anlamlı bir fleptir ancak doku uyumu, fonskiyonel ve duysal açıdan DUA flep birincil tercih olmamalıdır. SUBRA ve SCIP flep cerrahın tecrübesi ve tercihine göre öncelikli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parmak Defekti, Flep, SUBRA, DUA, SCIP

SB-027

Parmak Ucu Defektlerinin Onarımında Homodigital Perfaratör Propellar Flepler ile Ayaktan Serbest Pulpa Flebi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Reha Furkan Ekici[1], Nuh Evin[1], Şeyda Güray Evin[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik,Rekonstriktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstriktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Travmatik parmak ucu yaralanmaları elin en sık yaralanmalarından biridir. Parmak ucu defektlerinin rekonstüksiyonunda birçok teknik tanımlanmıştır. Parmak ucu defektlerinin rekonstrüksiyonunda ideal teknikler; parmağın uzunluğunu korumalı, tırnak yatağı, çevre kemik ve ligamantöz yapıları destekleyecek vaskülaritesi zengin doku getirmeli, fonksiyonel özelliklerin devamını sağlamalı, parmak ucunun duyusunu sağlarken estetik açıdan yeterli olmalıdır. Bu amaçla Kosima ve ark. tarafından homodigital perfaratör propellar flepler tanımlanmış olup, el yaralanmalarında farklı şekillerde kullanılmıştır. Yine el yaralanmalarında 'benzer doku ile onarım' prensibine dayalı hareket eden Buncke ve Rose tarafından ayaktan ele serbest pulpa transferi tanımlanmış ve çeşitli modifikasyonları parmak ucu rekonstrüksiyonu için kullanılmıştır.

Bu çalışmada parmak ucu yaralanmalarında homodigital perfaratör propellar flep ile serbest ayak başparmak pulpa flebi sonuçları karşılaştırılmaktadır.

Hastalar ve yöntem: 2018-2021 yılları arasında parmak ucu yaralanması nedeniyle başvuran ve homodigital duyulu propellar fleplerle rekonstrüksiyon yapılan 11 hasta ile ayaktan serbest pulpa flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Başparmak pulpa defektleri çalışmaya dahil edilmedi.

Homodigital fleplerde flep cilt adaları orta falanks üzerinden propellar flep olarak planlandı. Distal interfalangeal eklem üzerinde transvers kommissural arter üzerinden kaldırıldı. Digital arter ve sinir flebe dahil edildi. Flep pedikül üzerinden 180 derece döndürüldü.Flebin digital siniri karşı taraf digital sinir güdüğüne koapte edildi. 2 hastada donör alan kapatılmasında deri grefti gerekti.(Resim 1a,1b,1c)

Serbest flep grubunda ayak başparmak lateral pulpa yüzeyinden flep dorsalis pedis arter bazlı eleve edildi. Alıcı alanda digital arter, ven ve sinirlere anastomoz yapıldı. Tüm hastalarda donör alanlar primer kapatıldı. (Resim 1d,1e,1f)

Tüm hastalar yaş, cinsiyet, etiyoloji, ek hastalıklar, defektin lokalizasyonu, flep içeriği ve genişliği, cerrahi süreleri ve komplikasyonlar açısından incelendi. Hastaların el fonksiyon kazanımları kol, omuz ve el sorunları hızlı anketi (Q-DASH), donör ayak kısıtlılığı ayak fonksiyon indeksi (FFI), parmak kozmetik memnuniyetleri Likert

5-nokta memnuniyet skalası, flep duyuları statik iki nokta ayrımı testi (s2PD) ve SemmesWeinstein monofilaman testi (SWM), parmak kavrama gücü pulpa pinch testi (PPT) yardımıyla değerlendirildi.

Bulgular: Homodigital grupta 8 hasta erkek, 3 hasta kadındı. Hastaların yaşları ortalaması 35.9'du. Etyolojide crush travma (n=7), giyotin tarzı parmak ucu amputasyonu (n=4) vardı. Yumuşak doku defektleri 2.2±1.2 cm2 arasındaydı. Post-op 3 hastada venöz konjesyon gözlendi, ancak spontan düzeldi. Ortalama cerrahi süreleri 88.7±19.5 dk idi. Parmaklarda soğuk intoleransı, hipersentivite, anestezi gözlenmedi. El fonksiyonel kazanımları, flep duyu skorları ve pinch kavrama skorları karşı ekstremiteyle istatistiksel olarak farklı değildi. Tüm hastalar sonuçtan estetik olarak memnundu.

Serbest flep grubunda 12 hasta erkek, 3 hasta kadındı ve yaşları ortalaması ilk grupla benzer olup 32.6±8.7 idi. Etyolojide crush travma (n=12) ve parmak amputasyonu (n=3) vardı. Serbest flep cilt adalarının ortalama büyüklüğü 3.6±1.1 cm2 idi.Post-op 1 hastada venöz yetmezlik gelişti, 24 saatte düzeldi. Donör alanlarda konservatif tedaviyle iyileşen dehisens (n=3) ve geçici hiperaljezi(n=1) gelişti. Alıcı parmakta 1 hastada geçici soğuk intoleransı gelişti. Ortalama cerrahi süreleri 202.9±51.7 dakikaydı. Ortalama takip süreleri 18.1±2.7. Duyu skoru SWM; 3,26±0,42, 2pd:3.76±0.72 idi. Flepler alıcı alanlara iyi adapte oldu, fonksiyonel ve estetik deformite oluşturmadı. Ortalama memnuniyet skoru 4.8±1.3 olup hastalar flep kontur ve estetiğinden olarak ileri derecede memnundu. 4 hastada donör alan komplikasyonu gelişti, diğer hastalarda donör alanlar sorunsuz iyileşti.

Tartışma: Homodigital perfaratör propellar flepler; benzer renk ve doku uyumu sağlayan ve aynı cerrahi alandaki parmak dokularının parmak ucuna taşınmasına imkan sağlar. Parmak ucu duyusu ve parmak uzunluğu koruyarak fonsiyonel ve estetik açıdan da tatmin edici sonuçlar elde edilebilir. Tekniğin lokal anestezi altında tek aşamada gerçekleştirilebilmesi, kısa ameliyat süreleri diğer avantajlarıdır. Ancak geniş defektlerde yetersizdir, tırnak, kemik ve tendon defektlerinin olduğu olgularda kompozit rekonstrüksiyon sağlamaz.

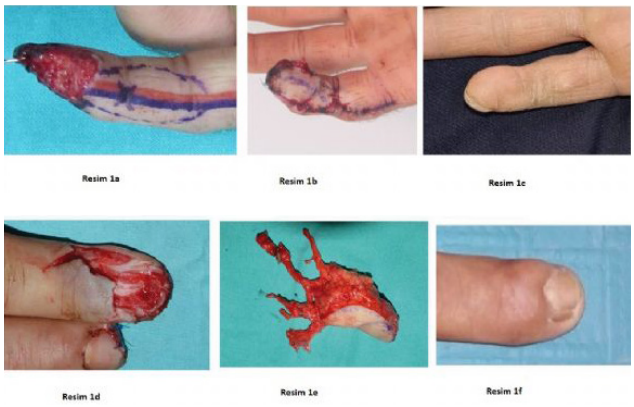
Serbest pulpa flebi ile onarımda mevcut kompozit defektin aynı ölçüde tek bir flep ile rekonstrüksiyonu sağlanır. Duyunun devamlılığı sağlanır ve fonksiyonel herhangi bir kısıtlılığa yol açmaz.Daha büyük defektlerin tek bir flepla kapatılabilmesi avantajına sahiptir.Ayrıca defekt ve çevresine ulaşan kan miktarını arttırarak doku iyileşmesini olumlu etkiler. Donor alanın primer suturasyonu sayesinde verici alanda fonksiyonel kayıp gerçekleşmez.

Çalışmamızda her iki teknikte özellikle küçük defektlerde duyu,fonksiyonel ve estetik kazanımlar açısından anlamlı bir fark gözlenmezken,daha büyük defektlerde ve kompozit doku defekti varlığında homodigital perfaratör propellar flepler yetersiz kalmaktadır.Ayrıca yaralanma tipi ve yaygınlığı da rekonstrüksiyonda çevre dokuların kullanılması engelleyip serbest doku getirilmesi ihtiyacını oluşturabilir.Serbest pulpa transferinde ameliyat süresinin daha fazla olması, mikrocerrahi gerektirmesi,uzun öğrenme eğrisi ve vücutta iki farklı alanda çalışılmasının gerekmesi görece teknik dezavantajlarıdır.İki teknikte de post-op flep dolaşımı sorunsuz sağlanmış olup, oluşabilecek venöz yetmezlik gibi durumlar spontan gerilemiştir. Alıcı alanda hiperaljezi, soğuk intoleransı gibi duyu bozuklukları homodigital perfaratör fleplerde yaşanmazken, serbest pulpa transferi yapılan iki hastada az olarak rastlanılan soğuk intoleransı geçici olup düzelmiştir.İlk grupta donor alanda bir komplikasyon yaşanmazken,daha büyük bir dokunun transferini gerektiren serbest pulpa fleplerinde donor alan morbiditesi daha fazla olup,oluşabilecek yara dehissansları konservatif tedaviyle düzelmiştir.

Sonuç olarak parmak ucundaki defektin büyüklüğü, kompozit doku transferi ihtiyacı gerektirip gerektirmemesi, çevre dokuların travmadan etkilenme düzeyleri, hastanın beklenti ve istekleri göz önüne alınarak gerçekleştirilen her iki teknikte de hastanın fonksiyonları korunarak, estetik açıdan hastanın tatminini sağlayacak sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: homodigital, flep, parmak, propellar, pulpa, serbest

Resim 1



1a Homodigital flep tasarımı 1b Flebin adaptasyonu 1c Post-op 12.ay sonuç 1d Kompozit parmak ucu defekti 1e Serbest pulpa flebi 1f Post-op 12.ay sonuç

SB-028

Dupuytren Kontraktüründe Komplikasyonlardan Kaçınma ve Komplikasyonların Yönetimi

Ahmet Özdemir, Safa Eren Atalmış, Özge Eren, Salih Can Sezer, Mustafa Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Dupuytren hastalığının tarihi 19. yüzyıl başlarına kadar uzanır. Günümüzde de hastaların el fonksiyonlarını, dolayısıyla yaşamlarını ciddi anlamda etkileyen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalık adını ilk kez tarifleyen Fransız cerrah Baron Dupuytren'den almıştır. Dupuytren hastalığı el palmar ve dijital fasyanın etkilendiği progressif fibroproliferatif bir hastalıktır. Hastalık, Peyronie (penil fibromatosis) ve Ledderhose (plantar fibromatosis) hastalığı ile ilişkilidir. Dupuytren hastalığının etyolojisi bilinmemekle birlikte hastalığın genetik, immunolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluştuğu öne sürülmektedir. Hastalık insidansı 5. dekattan sonra artar ve erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre 3 ila 4 kat daha fazladır.Diyabetes mellitus bu hastalıkla genetik ve diğer etyolojilerden daha fazla ilişkilendirilmiştir. Diyabetes mellitus dışında, tekrarlayıcı travma,alkol kötüye kullanımı, kronik karaciğer hastalığı,sigara kullanımı,KOAH,HIV,epilepsi ve antiepileptik kullanımı ise ilişkili olduğu diğer durumlardır. Günümüzde Dupuytren hastalığı tedavisinde perkutan iğne fasyotomi, kollajenaz injeksiyonları, sınırlı fasyektomi, dermatofasyektomi/deri grefti uygulanması gibi birçok yöntem tanımlanmış olsa da hastalığın yüksek rekürrens ve progresyon oranları göz önüne alındığında cerrahi yöntemler günümüzde altın standart yaklaşım olmayı sürdürmektedir.

Bu retrospektif araştırmada 2010-2022 yılları arasında kliniğimizce, Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri, tutulum alanları, tutulum seviyeleri, tutulum evreleri, tedavide kullanılan cerrahi insizyonlar ve nüks oranlarını içeren deneyimlerimizi paylaşacağız.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Şubat 2010-Mayıs 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi plastik cerrahi kliniğince Dupuytren hastalığı nedeniyle ameliyat edilen toplam 52 hasta üzerinde yapıldı. Tüm hastalar; yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, yandaş hastalık, meslek, alkol kullanımı, sigara kullanımı,antiepileptik kullanımı vb. epidemiyolojik özellikler, hangi el hangi parmaklarda ve hangi seviyeye uzanım gösteren tutulum olduğu, Tubiana evresi ve tedavide tercih edilen cerrahi insizyon açısıdan sistem kayıtları aracılığıyla geriye dönük olarak tarandı.

Bulgular: Ortalama yaşları 59.9(37-77 yaş) olan 47'si erkek (%90.3) ve 5'i kadın (%9.7) toplam 52 hasta çalışmaya dahil edildi. 35 hastada (%67,3) dupuytren hastalığı semptomlarının 5. dekattan sonra başlamış olduğu görüldü. Hastaların 14'ünün (%26,9) ele yönelik tekrarlayıcı travmaya maruz kaldığı inşaat, makine bakımı, tekstil, şoförlük, çiftçilik gibi mesleklere sahip olduğu saptandı. Hastaların 8'inde(%15,3) alkol kullanımı, 7'sinde (%13,4) sigara kullanımı olduğu, 21'inin (%40,3) Diyabetes mellitus tanısının olduğu, 16'sının (%30,7) hipertansiyon tanısının olduğu, 1'inin (%1,9) HBV taşıyıcısı olduğu, 8'inin (%15,3) dupuytren hastalığı için aile öyküsünün olduğu, 1'inde (%1,9) ek tutulum olarak Peyronie hastalığı olduğu saptanırken hiçbirinde antiepileptik kullanım öyküsünün olmadığı saptandı. Hastaların 29'unda (%55,7) ellerde tutulum bilateral saptanırken, 15'inde (%28,8) yalnızca sağ elde, 8'inde (%15,5) ise yalnızca sol elde tutulum olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamında daha çok 4. Parmağın etkilendiği saptandı.Tutulumun seviye olarak 7 (%13,4) hastada zone 4'e kadar uzanım gösterdiği saptanırken geri kalan hastalarda tutulumun zone 2 ve 3'te sınırlı kaldığı saptandı. Tubiana sınıflmasına göre 8 (%15,3) hastada Tubiana evre 1 tutulum saptanırken, 31 (%59,6) hastada evre 2, 10 (%19,3) hastada evre 3, 3 (%5,8) hastada evre 4 tutulum saptandı. Cerrahi tedavileri sırasında 33 hastada (%63,5) çoklu z-plasti, 10hastada (%19,2) brunner insizyon, 3 hastada (%5,8) çoklu z-plasti ve tam kalınlıkta deri grefti, 3 hastada (%5,8) çoklu z-plasti ve V-Y ilerletme flebi, 2 hastada (%3,8) vertikal insizyon, 1 hastada (%1,9) transvers insizyon kullanıldı. Başvurusu sırasında 7 hastanın (%13,4) daha önce dış merkezde opere olduğu ve nüks ile başvurduğu saptanırken tarafımızca yapılan operasyonlardan sonra bir hasta dışında Dupuytren Hastalığı açısından nüks vaka saptanmadı. Nüks olması üzerine tarafımızca toplamda 4 kez opere edilen tek hastaya operasyonlar sırasında tenoliz, Kirschner teli ile fiksasyon, transpozisyon flebi, z plasti uygulandı. Son operasyonu sonrasında nüks bildirilmedi. Hastanın bize ilk başvurusu öncesinde dış merkezde dupuytren kontraktürü nedeniyle opere olduğu ve nüks üzerine tarafımıza başvurduğu saptandı. Flep yapılan hastalarda 1 hasta hariç (nüks eden tek vakamız) erken dönemde fleplerde nekroz, hematom, yara yerinde seperasyon, nekroz vb komplikasyonlar saptanmazken 1 hastada (nüks eden tek vakamız) postop erken dönemde (3. operasyonunda) parmak distal kapiller dolumunda uzama saptanması üzerine süturlar aralıklı olarak alındı ve cilt sekonder iyileşmeye bırakıldı. İyileşme döneminde nekroz görülmedi, debritman ve reoperasyon ihtiyacı saptanmadı.

Tartışma: Bu retrospektif çalışmada semptomların hastaların %69'unda 5. dekat ve sonrasında başladığı, hastaların %90'ının erkek olması, %26'sında tekrarlayıcı travmaya maruz kaldığı mesleklerinin olması ve %40'ının diyabetes mellitus tanısının mevcudiyeti gibi literatürde hali hazırda saptanmış risk faktörlerinin varlığı göz önünde bulundurulduğunda toplumumuzda Dupuytren Hastalığı açısından risk altında bulunan popülasyonun azımsanamayacak sayıda olduğu aşikar gözükmektedir. Buna yönelik olarak en azından başlangıçta iş yeri hekimlikleri ve aile hekimlikleri başta olmak üzere 1. basamak sağlık hizmeti sırasında Dupuytren hastalığı için tarama programları geliştirilmesi ile bu hastaların tanılarının erken koyulması ve erken evrelerde opere edilmeleri sağlanarak enfeksiyon, kanama, dolaşım bozukluğu, nüks, onarım sırasında greft ihtiyacı gibi komplikasyon ve morbiditeyi artırıcı durumlardan korunmada fayda sağlayabileceği düşünülebilir. Cerrahi dışı tedavilerin başarı şansını arttırmak ve hastaları cerrahi gereksinimi olmadan tedavi edebilmek adına yine söz konusu tarama programları ve erken evrede, erken yaşlarda tedavilere başlanmasının faydalı olabileceği düşünülebilir. Zigzag insizyon, öğrenme eğrisi z-plasti ve flep cerrahilerine nispeten daha kolay bir yöntem iken, kliniğimizde 1. sırada tercih edilen z-plasti ve Brunner insizyonların preop planlanlanması, cerrahi sırasında uygulanması daha zor tekniklerdir. Bu çalışmada kliniğimizce uygulanan insizyonlar arasında postop komplikasyonlar ve fonksiyonalite açısından belirgin farklılık saptanmamıştır. Kliniğimizce yapılan tüm dupuytren kontraktürü operasyonları, operasyon sahasının sinir ve arterlere yakınlığı, titiz cerrahi gereksinimi sebebiyle loupe altında yapılmış ve hiçbir vakamızda nörovasküler yaralanma ile karşılaşılmamıştır. Bu yorumlar ışığında dupuytren cerrahisinde loupe kullanımı, titiz cerrahi, hasta bazında uygun insizyon seçimi ve planlanmasının operatif ve postoperatif komplikasyonların önlenmesi ve fonksiyonalite açısından optimum sonuçların alınmasında faydalı olacağı aşikardır.

Bu retrospektif araştırmada 2010-2022 yılları arasında kliniğimizce, Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri, tutulum alanları, tutulum seviyeleri, tutulum evreleri, tedavide kullanılan cerrahi insizyonlar ve nüks oranlarını içeren deneyimlerimizi paylaştık.

Anahtar Kelimeler: brunner insizyon, çoklu z plasti, dupuytren kontraktürü

SB-029

De Quervain Tenosinovitinde Michigan El Skorlamasına Göre Tedavi Seçimi

İbrahim Çaltıner[1], Ahmet Rıfat Doğramacı[1], Gökçe Yıldıran[1], Tuğba Gün Koplay[2], Zekeriya Tosun[1]

[1]selçuk üniversitesi tıp fakültesi, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalı,konya
[2]konya şehir hastanesi, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi, konya

Giriş ve Amaç: De Quervain tenosinoviti birinci dorsal kompartmanın stenozan tenosinoviti olup tedavi seçenekleri arasında konservatif(yaşam tarzı değişikliği, NSAİİ, splint), enjeksiyon ve cerrahi yer alır. Bu çalışmadaki amaç, el cerrahisi polikliniğine başvuran ve De Quervain tenosinoviti tanısı konulan hastaların incelenerek konservatif tedavi alan hastaların cerrahi endikasyonlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2020 – Nisan 2022 tarihleri arasında el cerrahisi polikliniğine başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, uygulanan tedavi şekli (medikasyon ve splint ile konservatif,

enjeksiyon ve cerrahi tedavi veya kombinasyonları), Michigan el sonuç anketi ile genel el fonksiyonu ve günlük yaşam aktivitesi ham puanları normalizasyon formülü uygulanarak değerlendirildi. Ağrı için görsel analog skala (VAS) uygulandı. SPSS programı kullanılarak One Way Anova testi yapılarak verilerin analizi yapıldı.

Bulgular: Başvuran toplam 56 hastanın (54 kadın, 2 erkek) yaş ortalaması 35.1±11.4 olarak bulundu. Bu hastalardan 36'sına daha önce başka merkezlerde konservatif bir tedavi uygulanmıştı, ancak 21'i bu tedavileri düzenli uygulamamıştı. Bu nedenle başvurusu esnasında toplam 41 hastaya nonsteroid antienflamatuar ilaç tedavisi, splintleme ve hayat şekli modifikasyonu önerildi. Bu hastaların genel el fonksiyonu, günlük yaşam aktivitesi ve ağrı skorlamaları ortalamaları sırası ile 45.3, 48.9 ve 57.3 olarak bulundu.

Daha önce konservatif tedavi alarak başvuran 7 hastaya ve konservatif tedaviden fayda görmeyen/koopere olamayan 5 hastaya 0.1-0.75 ml metilprednizolon enjeksiyonu uygulandı. Bu hastaların genel el fonksiyonu, günlük yaşam aktivitesi ve ağrı skorlamaları ortalamaları sırası ile 24.5, 3.3 ve 85 olarak bulundu.

Cerrahi tedavi uygulanan 8 hastanın ortalamaları sırası ile 0, 0 ve 100 idi.

Medikasyon, yaşam tarzı değişiklikleri ve splintleme tedavilerinden fayda gören hastalar (Grup 1) ve enjeksiyondan fayda gören hastalar (Grup 2) ve cerrahiden fayda gören hastalar (Grup 3) olarak üç gruba ayrıldı. Genel el fonksiyonu açısından tüm gruplar arasında fark saptandı ($p<0.05$). Günlük yaşam aktivitesi açısından Grup 2 ve Grup 3 arasında belirgin bir fark yoktu($p>0.05$). Grup 1'deki hastalar ile diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).Normalize VAS ağrı skoru açısından tüm gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü($p<0.05$).

Tartışma: Dequervain tenosinoviti birinci dorsal kompartmanın tenosinoviti olup tedavisi için çeşitli yöntemler tanımlanmıştır. Bunlara NSAİİ, splintleme ve yaşam tarzı değişikliği, steroid enjeksiyonu ve cerrahi tedavi örnek verilebilir. Mevcut tedavilerin uygulanmasında doğru hastalara doğru basamak tedavisinin seçimi hastaların erken dönemde semptomlarının giderilmesi ve iş gücü kaybı süresinin en aza indirilmesi açısından önemlidir. Hastalara uygulanacak tedavilerin seçimi ve tedavinin başarısını öngörülmesinde hastanın mevcut semptomlarının şiddeti yön gösterici olarak kabul edilebilir. Semptomların şiddetinin belirlenmesinde kullanılabilecek testlerden bazıları Michigan el sonuç anketi skorları ve VAS ağrı skorudur. Bu çalışma göstermiştir ki; hastaların Michigan el sonuç anketi ile tedavi öncesi normalize genel el fonksiyonları skorları karşılaştırıldığında düşük skora sahip, belirgin fonksiyon kısıtlılığı gösteren hastalar cerrahi tedaviyi hak etmekte olup fonksiyon kısıtlılığının hafif olduğu, normalize genel el fonksiyonu skorları yüksek olan hastaların NSAİİ splintleme ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavileri mümkündür. Günlük yaşam aktivitesi normalize skorları değerlendirildiğinde tedavi seçiminde günlük yaşam aktivitelerinin konservatif tedavi ile steroid enjeksiyonu ve cerrahi tedavi uygulanacak hastalarda ayırım sağlayabilecek ve tedavi seçiminde yol gösterici olabilecektir. Ancak steroid enjeksiyonu ya da cerrahi tedavi seçiminde ayırım yapılmasında yardımcı olacak bir test gibi görülmemektedir. Hastaların tedavi öncesi VAS skorlarının değerlendirilmesi ile elde edilecek sonuçlar da tedavi seçimini etkilemektedir. Hastalara tedavi seçiminde VAS skorunun önem teşkil ettiği görülmekle beraber skorlamanın objektif olmayışı, hastaların ağrı şiddetini tanımlayış biçimindeki subjektivite nedeniyle diğer test skorları ile hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesi mecburiyetini doğurmaktadır.

Sonuç olarak hastaların tedavi öncesi Michigan el sonuç anketi ile genel el fonksiyonu ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ve VAS skorunun bu değerlendirmeye dahil edilmesi ile tedavi seçeneklerinin doğru şekilde tercihi mümkündür. Böylelikle hastaların doğru basamak tedaviyi erken dönemde alabilmeleri ve erken dönemde fayda görebilmeleri ayrıca cerrahi tedaviyi hak eden hastaların operasyon kararının geciktirilmeden verilmesi sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dequervain tenosinoviti, Michigan el sonuç anketi, tedavi, VAS

Cerrahi tedavi

1. ekstensör kompartman

SB-030

A4 Pulley Rekonstrüksiyonunda Çift-Loop Tendon Grefti Tekniğine Alternatif Modifiye Fleksör Digitorum Superficialis Slip Flebi Tekniği

Oğuz Eker, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Konya

Giriş ve Amaç: Dijital A4 pulley rekonstrüksiyonunda otolog tendon grefti kullanılarak orta falanks çevresinde çift loop ile onarım yapılabilmektedir ancak bunun için yaralanma sahasına uzak bir bölgeden otolog tendon grefti alınması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı; dijital pulley rekonstrüksiyonunda klasik tekniklere iyi bir alternatif olan ve uzak bölgelerden tendon grefti alınması ihtiyacını ortadan kaldıran 'modifiye fleksör digitorum superficialis (FDS) slip flebi yöntemi' ile yapılan pulley rekonstrüksiyonu sonuçlarının otolog tendon grefti kullanarak yapılan klasik loop tekniği ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında keskin fleksör zon IIb yaralanması sonrası bir hafta içinde 6-iplikli primer fleksör digitorum profundus (FDP) onarımı ve akut A4 pulley rekonstrüksiyonu yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Hastalar çift loop tendon grefti tekniği (Grup 1) ve modifiye FDS slip tekniği (Grup 2) kullanılarak onarılanlar olarak iki ayrı gruba ayrıldı. [Şekil 1] Her iki grup arasında yaş, hastaların ameliyat sonrası 1 ve 6. aylardaki total aktif hareketleri (TAH) ve Q-DASH anketi skorları kaydedilerek istatistiksel analiz yapıldı.

IBM SPSS 25.0 programı kullanılarak verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi ve Mann-Whitney U testi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 31 hastanın (34 parmak) yaş ortalaması 34.7±14.9 idi.

Grup 1 (n = 15) ve Grup 2 (n = 19) için ameliyat sonrası 1. aydaki TAH ortalaması sırası ile

149.33±17.40 ve 150.26±17.27 olarak bulundu. TAH 1. ay değerlerinde Grup 1 ve 2 arasında

istatistiksel olarak benzer olduğu gözlenmiştir (sig.=0.848> p-value=0.05). Grup 1 ve 2 için ameliyat sonrası 6. aydaki TAH ortalaması sırası ile 235±31.39 ve 239.21±42.07 olarak bulundu. TAH 6. ay değerlerinde Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel olarak benzer olduğu gözlenmiştir (sig.=0.363> p-value=0.05).

Grup 1 ve 2 için ameliyat sonrası 1. ayda QDASH anket sonuçları ortalaması sırası ile 48.12±4.52 ve 47.63±4.47 olarak bulundu. QDASH 1. ay anket ortalamaları açısından Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel olarak benzer olduğu gözlenmiştir (sig.=0.634> p-value=0.05). Grup 1 ve 2 için ameliyat sonrası 6. ayda QDASH anket sonuçları ortalaması sırası ile 0.76±1.40 ve 0.72±1.32 olarak bulundu. QDASH 6. ay anket ortalamaları açısından Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel olarak benzer olduğu gözlenmiştir (sig.=0.964> p-value=0.05).

Grup 1 ve 2 için 1 ve 6. aylar arasında TAH ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu gözlenmiştir (sig.=0.000< p-value=0.05). Grup 1 ve 2 için 1 ve 6. aylar arasında QDASH anket ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu gözlenmiştir (sig.=0.000<p-value=0.05).

Tartışma ve Sonuç: El parmaklarının pulley sistemi, fleksör tendonları falanksla uygun bir ilişki içinde tutan

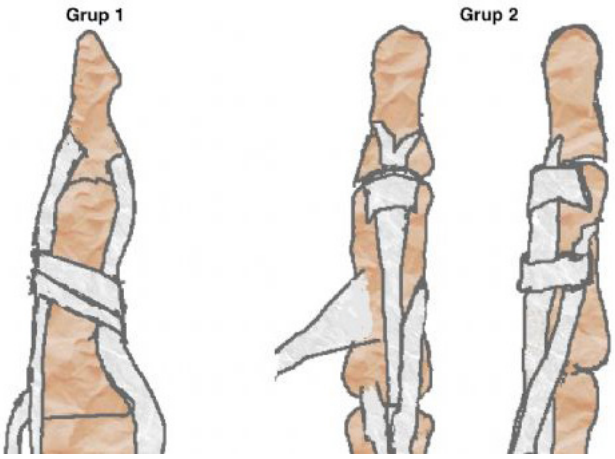
fibroosseöz kanallar oluşturarak, elin biyomekanik verimliliğini optimize etmede önemli bir rol oynar. Fleksör tendonlar, parmakta bulunan bu kılıflar içerisinde 5 annüler (halkasal) pulley ve 3 krusiat (çapraz) pulley ile sarılmıştır. Fleksör tendonlar anüler pulleyler (A) aracılığı ile üzerinden geçtikleri interfalangeal eklemlerin rotasyon merkezine yakın bir konumda tutularak minimum tendon ekskürsiyonu ile maksimum eklem hareketi üretilir. A2 ve A4 pulleyin diğer pulleylere oranla parmak fleksiyonunda daha önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Bu pulleylerin tendon onarım cerrahisi esnasında uygunsuz açılması tendonların volar tarafa kaymasına ve bowstringing denilen deformiteye sebep olur.

Fleksör tendon sisteminin başarılı bir rekonstrüksiyonu için fleksör tendon onarımının yanı sıra pulley sisteminin de onarılması gerekmektedir. Pulleyler fibröz karakterde yapılar olduğu için açıldıktan sonra tekrar kapatılmaları sıklıkla mümkün olmaz. Bu nedenle pulley onarımı, genel kabul görmüş tendon grefti tekniği ile yapılmaktadır. A4 pulley için elin başka bir bölgesinden alınacak bir tendon grefti (örn. palmaris longus), A4 pulleyin bulunduğu alana çift loop olarak ve tendon ile kemiği içine alacak şekilde sarılarak sütüre edilir ve yeni pulley oluşturulur (çift loop tendon grefti ile pulley onarım tekniği). Literatürde, yaralanma sahasına uzak bir alandan otolog tendon grefti alınma ihtiyacı olmaksızın, fleksör digitorum superficialis (FDS) tendonunun bir slibinin yeniden düzenlenmesi ile diğer tekniklere alternatif 'FDS tendon slibi ile pulley rekonstrüksiyonu' yöntemi tanımlanmıştır. Bu teknikte FDS tendonun bir slibinin distal yapışma ucu korunarak serbest olan ucu fleksör digitorum profundus tendonu (FDP) üzerinden geçirilerek karşı taraftaki rezüdü pulley dokusuna, kemik periostuna veya diğer FDS slibine sütüre edilerek başarılı ve donör alan morbiditesi olmayan bir pulley rekonstrüksiyonu gerçekleştirilir. Literatürde yeni modifiye FDS slip tekniği ile konvansiyonel teknik hiç karşılaştırılmamış olup çalışmamız modifiye FDS slip tekniği ile konvansiyonel tekniğe benzer fonksiyonel sonuçlar elde edilebileceğini göstermiştir.

Modifiye FDS slip tekniği basit, hızlı ve donör saha morbiditesi az bir prosedür olarak düşünülmekte, fleksör pulley rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek diğer tekniklere alternatif bir teknik olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: A4 pulley rekonstrüksiyonu, Bowstringing, Dijital pulley, Fleksör pulley rekonstrüksiyonu, FDS slip flebi tekniği

Şekil 1



Grup 1: Çift Loop Tendon Grefti Tekniği Grup 2: Modifiye FDS Slip Flebi Tekniği

SB-031

El bileği yaralanmalarında acil flow through serbest ALT flep kullanımı

Hasan Demirbaşoğlu, Ahmet Kaplan, Hülda Rıfat Özakpınar, Sebat Karamürsel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Yumuşak doku ile birlikte damar,sinir,tendon ve kemik hasarı da içeren majör yaralanmalara rekonstrüktif cerrahide zaman içerisinde farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Özellikle dolaşım problemi olan durumlarda hem dolaşımın sağlanması hem de hayati yapıların üzerini örtecek yeterli doku sağlanması gereken durumlarda çok aşamalı cerrahiler yerine aynı anda iki soruna da çözüm olan flow-through flepler tanımlandığı günden itibaren kurtarıcı bir alternatif olmuştur. El bileği yaralanmaları da gerek yaralanma distalinde elin dolaşımının sağlanması gerek koruyucu örtü ihtiyacı olan dokulardan zengin olması nedeniyle hem acil hem bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu durumda donör olarak ALT ve lateral arm flepleri hem pedikül çapı ve uzunluğu, hem donör morbiditelerinin az olması hem de aynı pozisyonda diseke edilebilmeleri nedeniyle öne çıkan flepler olmuştur.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak hasta kayıtları, fotoğrafları ve ameliyat notları incelendi. Son 1 yıl içerisinde kliniğimizde ateşli silah ile el bileği yaralanması sonrası elde dolaşımı olmaması/zayıf olması üzerine iki hastaya tek ekip tarafından acil olarak flow-through serbest ALT flebi uygulandı.

Olgu – 1: 33 yaş erkek komorbiditesi bulunmayan ve aktif sigara kullanan hasta, sol önkol distal 1/3 – el bileği seviyesinde ateşli silah yaralanması sonrası 6.saatte dış merkezden sevk ile tarafımıza başvurdu ve ilk muayenesinde elde dolaşım olmaması üzerine acil olarak operasyona alındı. Kemik hasarı olmayan hastada FCR, FDS2-3, FDP 3-4-5, FPL, median ve ulnar sinir, ulnar ve radial arterin kesik ve yaklaşık 12x7cmlik cilt defekti olması üzerine sağ uyluktan flow through serbest ALT flebi planlandı. Flep cilt adası 14x9 cm olarak kaldırılırken kesik olan tendonlar onarıldı. Doppler yardımı ile tespit edilen 1 adet muskulokutan perforatör takip edilerek yaklaşık 10cmlik pedikül uzunluğu elde edildikten sonra flep ayrıldı ve LCFA inen dalı alıcı sahada radial arterin distal ve proksimal uçlarına, konkomitan ven ise sefalik vene uç uca anastomoz edildi. Flep adaptasyonundan önce median sinirin defektif olması üzerine sağ bacaktan alınan yaklaşık 15cmlik sural sinir grefti üçe bölünerek sinir onarımı yapıldı. Yaklaşık 10 saat süren operasyon sonrası hasta 10 gün boyunca serviste takip edildi, takiplerinde herhangi bir akut komplikasyon gelişmedi, fizik tedavi görüşleri alınarak taburcu edildi.

Olgu – 2: 56 yaş erkek sigara kullanan diyabetik hasta, sağ önkol distal 1/3-el bileği seviyesinde ateşli silah yaralanması sonrası 10.saatte dış merkezden sevk ile tarafımıza başvurdu ve ilk muayenesinde elde dolaşımın zayıf olması ve Gustillo-Anderson tip IIIC radius-ulna fraktürü olması üzerine ortopedi ile birlikte acil olarak operasyona alındı. Eksplorasyonda yüzeyel fleksör tendonların total ve derin tendon grubunun parsiyel kesik olduğu, radial ve ulnar arterin defektif olduğu ve 12 x 10cmlik cilt defekti olduğu görüldü. Ortopedi ekibi tarafından ulna ve radius distal uç fraktürü için redüksiyon ve eksternal fiksasyon yapıldıktan sonra tarafımızca devralınan hastaya sağ uyluktan flow trough ALT flebi planlandı. 15 x 10 cm cilt adası ve doppler yardımı ile tespit edilen 1 adet muskulokutan perforatör takip edilerek eleve edilen flep alıcı sahada proksimalde radial artere distalde ise ulnar artere iki adet ven ise biri yüzeyel vene diğeri ise ulnar konkomitan vene uç uca anastomoz edildi. Flep proksimalinden kubital fossaya kadar fasyatomi insizyonu açıldı. Yaklaşık 5 saat süren operasyon sonrası hasta ortopedi ve ekibimiz tarafından takip edildi, 14 günlük yatışı boyunca akut bir komplikasyon gelişmeyen hasta fasyatomi alanı greftlendikten sonra taburcu edildi. Takiplerinde ortopedi ekibi tarafından el bileği artrodezi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç: Damar yaralanması ile birlikte yumuşak doku ve cilt defektinin olduğu durumlarda hem damar onarımının yapılması hem de damarın üzerinin sağlıklı bir doku ile örtülmesi kritik önem taşımaktadır. Bu amaçla damar onarımı için ven greftleri ve üzerinin örtülmesi için cilt greftleri, pediküllü flepler, groin flepler veya serbest flepler kullanılabilir. Cilt greftlerinin kullanılabilmesi için sağlıklı bir zemin olması gerekliliği ve özellikle crush yaralanmalarda debridman sonrasında uygun bir zemin olmaması kullanımını kısıtlamaktadır. Groin flepler ise rekonstrüktif cerrahinin geleneksel yöntemlerinden olup hayati yapıların üzerini örtmede başarılı olmasına rağmen ekstremitenin sabitlenmesi, ek morbiditeye neden olması ve hasta konforu açısından dezavantajları olan bir yöntem haline gelmiştir. Pediküllü flepler ise hem operasyon süresi hem ek morbiditeye daha az neden olması ve defekt bölgesine yakınlığı sebebiyle iyi uyum göstermesi ile öne çıksa da yüksek enerjili ve crush yaralanmalarda vasküler yapılarda travma zonunun geniş olması sebebiyle kullanımı kısıtlıdır. Serbest flep tercihinde ise alıcı alandaki kontaminasyon durumu, üzeri örtülecek dokunun fonksiyonu, flebin hasta pozisyonu değiştirilmeden kaldırılabilmesi ve cerrahın tercihi gibi faktörler göz önüne alınmaktadır.

Flow through flepler distaldeki dokununun kanlanmasına olanak sağlarken yumuşak doku ve cilt defektini de kapatmasıyla özellikle üst ve alt ekstremite yaralanmalarında oldukça kullanışlıdır. Bu amaçla iskemi gelişen ekstremitelerde, beslenmenin tek artere bağlı olduğu ve sakrifiye edilemediği durumlarda köprü görevi görmektedir. El bileği gibi tendon ve sinirden zengin ve hareketli bir bölgede fasyokütan flepler daha çok tercih edilmektedir. Kliniğimizde ALT flebini elektif şartlarda da sık kullanmamız sebebiyle acil opere ettiğimiz bu iki hastada ALT flebi ilk tercihimiz olmuştur. Operasyon sırasında dolaşımın sağlanması ile birlikte eşlik eden tendon ve sinir onarımlarının da yapılması hastaların tekrarlayan operasyonlara ihtiyacını azaltmıştır. İki ekip çalışabilen durumlarda ameliyat süresinin de kısalacağı düşünülerek flow through flepler crush yaralanmalarda alternatiften öte ilk tercih olarak düşünülebilir. Flep dizaynına kas dokusu,sinir gibi yapılar da eklenerek kullanım alanları genişletilebilir.

Anahtar Kelimeler: acil, alt flep, el cerrahisi, flow through, serbest flep

Olgular

SB-032

Brakiyal Pleksus Köklerinin Proksimal Ligamentovasküler Bağlantılarından Hareketlendirilmesi

Ahmet Biçer[1], Hamit Hakan Bekir[1],
Ceren Günenç Beşer[2], Bahattin Paslı[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Brakiyal pleksus paralizilerinin büyük bir kısmı traksiyonel yaralanmalar sonucu oluşur. Etiyolojide: trafik kazaları, perinatal travmalar veya ameliyat edilen hastaların kollarının uygun olmayan şekilde pozisyonlanması gibi travmatik nedenlere ek olarak torasik çıkış sendromları, hematom, primer ve metastatik tümörler gibi kompresyon yapan nedenler ve daha az sıklıkta da olsa radyoterapi yer almaktadır. Brakiyal pleksus yaralanmalarında erken dönemde sağlıklı köklerin bulunması halinde direkt veya otojen sinir greftleriyle onarım, kısmen sağlıklı kök bulunması halinde intrapleksal sinir transferleri, kök avülsiyonu durumlarında kök reimplantasyonu, ekstrapleksal proksimal veya distal sinir transferleri, kontralateral C7 kökü ile nörotizasyon kullanılmaktadır. Reinerve edilecek motor ünite bulunmadığı durumlarda veya iyileşme süresinin denervasyon hasarının önüne geçemeyeceği öngörülen durumlarda serbest fonksiyonel kas transferleri, tendon transferleri, eklem füzyonları ve osteotomilerle hastaların yaşam kaliteleri artırılmaya çalışılır. Sinir onarımlarının sonuçlarını etkileyen en önemli perioperatif faktörler arasında onarım hatlarını travma zonu dışında tutmak, ezilmiş sinir uçlarının temizlenmesi ve onarım hatlarında gerginlik bulunmamasıdır. Bunun sağlanması için proksimal ve distal sinir uçlarının mümkün olduğunca mobilize edilebilmesi büyük önem taşımaktadır. Periferde sinirleri sınırlayan ligamantovasküler yapılar sınırlı oluğu için serbestlenmesi de daha kolay olmaktadır. Ancak brakiyal pleksus sinir köklerinin bulunduğu proksimal bölümünün serbestlenmesi üzerine yapılmış çalışma nadirdir. Aksonal bütünlüğü bozmadan brakiyal pleksusu oluşturan proksimal yapıların olabilecek en iyi şekilde serbestlenmesi, bu bölgedeki tüm sinir onarım teknikleri için yararlı olacaktır. Bunun için brakiyal pleksusun hareketini kısıtlayan proksimal ligamentovasküler yapıları ortaya koymak gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışmamızda brakiyal pleksusun ligamentovasküler bağlantılarıyla mikroskobik ve makroskobik düzeyde anatomik ilişkilerini ortaya koyarak bu yapılardan mümkün olduğunca diseke edilmesi sonucu proksimal sinir uçlarının cerrahi olarak hareketlendirilmesi. brakiyal pleksusa kazandırılan bu mobilizasyon ile pleksus yaralanmalarında primer onarımların sonuçlarını iyileştirme, kök avülsiyonları sonrası intrapleksal ve ekstrapleksal sinir transferlerinde greft gereksinimini en aza indirmeyi hedeflemekteyiz.

Yöntem: Çalışmamızda 3 kadavra kullanılmış olup her bir kadavranın iki brakiyal pleksusu diseke edilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir kadavranın bir taraf pleksusunda C5-C6 kökleri, C7, C8 -T1 kökleri ortaya konarak her kök için ayrı ayrı 3 hareket uygulanmıştır. Hareketler uygulanmadan önce köklerin hareketliliği ayrı ayrı not edildi. Birinci hareket köklerin skalen fasyadan serbestlenmesi (C8-T1 kökleri için ek olarak 1.kot fasyasından serbestlenmesi), ikinci hareket köklerin rami dorsalislerinden diseksiyonu, üçüncü hareket ise epinöryum diseksiyonu, foraminal ligamanların diseksiyonu ve derin servikal arter dallarının mezosundan ayrılması şeklinde tanımlanmıştır. Diseksiyonlar sonrası bu hareketlerin köklere mediolateral, anteroposterior ve superoinferior yönde kazandırdıkları mobilizasyonlar referans alınan noktalardan yapılan ölçümlerle ortaya konularak not edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar Tablo-1 de gösterilmiştir..

Sonuç: Literatürde brakiyal pleksusun proksimal bölümünün hareketliliği ile ilgili çalışmalar nadir olarak görülmektedir. Ligamentlerin serbestlenmesi sonrası değişim ile ilgili Jack ve arkadaşlarının foraminal ligamentleri serbestleyerek yaptıkları ölçümler bulunmaktadır.

Kanımız odur ki, brakiyal pleksus proksimal yapılarını, sinir ve majör damar yapılarına klinik olarak anlamlı ölçüde zarar vermeyecek şekilde tüm dizginlerinden ayırarak kazanılabilecek mobilite uzunluğuyla ilgili bir çalışma literatüre önemli bir katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: *brakiyal pleksus, kök, ligamentovasküler, serbestleme, sinir,*

Brakiyal Pleksus Köklerinin Hareketlendirilmesi

	1. HAREKET İLE KAZANDIRILAN MOBİLİZASYON			2. HAREKET SONUNDA KAZANDIRILAN MOBİLİZASYON			3. HAREKET SONUNDA KAZANDIRILAN MOBİLİZASYON		
	ANTEROPOSTERİOR	MEDİOLATERAL	SUPEROİNFERİOR	ANTEROPOSTERİOR	MEDİOLATERAL	SUPEROİNFERİOR	ANTEROPOSTERİOR	MEDİOLATERAL	SUPEROİNFERİOR
KADAVRA I									
SAĞ									
C5-C6	0,5 cm	1 cm	0,1 cm	0,6 cm	1,3 cm	0,3 cm	0,8 cm	1,5 cm	0,5 cm
C7	0,3 cm	0,7 cm	0,2 cm	0,5 cm	0,9 cm	0,3 cm	0,7 cm	1,2 cm	0,5 cm
C8-T1	0,2 cm	0,6 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,8 cm	0,4 cm	0,4 cm	1 cm	0,6 cm
SOL									
C5-C6	0,4 cm	0,8 cm	0,2 cm	0,5 cm	1,1 cm	0,4 cm	0,7 cm	1,4 cm	0,7 cm
C7	0,2 cm	0,6 cm	0,3 cm	0,3 cm	0,8 cm	0,5 cm	0,5 cm	1 cm	0,8 cm
C8-T1	0,1 cm	0,4 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,8 cm	0,3 cm	0,4 cm	0,9 cm	0,5 cm
KADAVRA II									
SAĞ									
C5 -C6	0,6 cm	0,9 cm	0,3 cm	0,8 cm	1,2 cm	0,5 cm	1 cm	1,5 cm	0,8 cm
C7	0,2 cm	0,7 cm	0,3 cm	0,4 cm	1 cm	0,4 cm	0,6 cm	1,3 cm	0,6 cm
C8-T1	0,2 cm	0,4 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,6 cm	0,4 cm	0,4 cm	0,8 cm	0,6 cm
SOL									
C5-C6	0,5 cm	1 cm	0,4 cm	0,7 cm	1,3 cm	0,5 cm	0,9 cm	1,6 cm	0,7 cm
C7	0,4 cm	0,5 cm	0,2 cm	0,5 cm	0,7 cm	0,4 cm	0,6 cm	1,2 cm	0,6 cm
C8 -T1	0,2 cm	0,3 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,6 cm	0,4 cm	0,5 cm	1 cm	0,7 cm
KADAVRA III									
SAĞ									
C5 -C6	0,4 cm	1,2 cm	0,1 cm	0,6 cm	1,4 cm	0,3 cm	0,8 cm	1,7 cm	0,6 cm
C7	0,3 cm	0,6 cm	0,3 cm	0,4 cm	0,8 cm	0,5 cm	0,7 cm	1,3 cm	0,7 cm
C8-T1	0,1 cm	0,2 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,5 cm	0,4 cm	0,5 cm	1,1 cm	0,6 cm
SOL									
C5 -C6	0,5 cm	0,9 cm	0,3 cm	0,6 cm	1,1 cm	0,5 cm	0,8 cm	1,4 cm	0,8 cm
C7	0,2 cm	0,6 cm	0,2 cm	0,3 cm	0,8 cm	0,5 cm	0,6 cm	1 cm	0,7 cm
C8-T1	0,3 cm	0,4 cm	0,2 cm	0,4 cm	0,6 cm	0,4 cm	0,6 cm	0,9 cm	0,6 cm

Tablo-1

SB-033

Çocuk ve erişkin hasta grupları arasında tetik parmak hastalığının özelliklerinin ve cerrahi tedavi sonuçlarının karşılaştırılması

Alaz Çırak, Arda Saltaş, Murat Kara, Galip Gencay Üstün, Hakan Uzun

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

Tetik Parmak, parmaklardan bir veya birkaçının fleksör pozisyonda kilitli kalması ve ekstensiyona getirilirken takılma, atma hissi yaratmasını tanımlayan klinik durumdur. Toplumda ortalama yüzde 2 oranında görülen ve el cerrahlarının en çok karşılaştığı antitelerden birisidir. Sıklıkla eşlik eden hastalığı bulunmayan bireylerde ortaya çıksa da diabetes mellitus, romatoid artrit, hipotiroidi gibi sistemik hastalıkların bir yansıması olarak da gelişebilir. Yetişkin bireylerde sıklıkla tekrarlı hareketlerin fleksör tenosinovite yol açması ve buna ikincil tendonda gelişen nodal formasyonların sıklıkla A1 pulley altından geçerken takılması ile oluşurken pediatrik yaş grubunda patofizyoloji net değildir. Pediatrik yaş grubunda tetik baş parmak ve tetik parmak olarak iki farklı şekilde görülmektedir. Kişinin günlük aktivitelerini etkileyecek ölçüde fonksiyon kısıtlılığı, ağrı yaratabilen bu durum için tedavi modaliteleri arasında istirahat, splintleme, analjezik kullanımı, steroid

enjeksiyonu bulunmakla beraber cerrahi tedavi her iki yaş grubunda da diğer tedavi seçeneklerinin başarısız kaldığı noktada yüksek başarı oranlarıyla tercih edilmektedir.

Bu çalışmada kliniğimizde son beş yıl içinde yapılmış tetik parmak onarımı operasyonları (ilgili pulley serbestlenmesi) incelenerek, cerrahi uygulanmış hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, sigara kullanımı verileri, etkilenen parmak verileri ve perioperatif ve postoperatif dönemde yaşanan komplikasyon verileri toplanmıştır. Ardından hastalar rutin kontroller için kliniğimize geldiklerinde hastaların geçirilen operasyondan memnun olup olmadıkları, yeniden tetiklenme şikayetlerinin olup olmadığı sorulmuştur. Ardından hastaların etkilenen parmakları için Total Aktif Hareket (TAH) skoru hesaplanmıştır ve hastalara yaş gruplarına göre 18 yaşından büyük hastalara DASH anketi, 8 yaşından büyük hastalara QuickDASH anketi uygulanmıştır. Bu verilerden yola çıkarak farklı etiyolojiler ve presentasyonlar ile karşımıza çıkan tetik parmak hastalığının ve hastalığın cerrahi tedavisinin pediatrik ve erişkin yaş gruplarındaki farklılıkları ve benzerliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Nucleus Hastane Bilgi Sistemi kullanılarak 01.08.2017 – 01.08.2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde tetik parmak sebebiyle opere edilmiş olan hastalar taranmıştır. 74 hasta bulunmuştur. Hastane bilgi sistemi kullanılarak bu hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, sigara kullanımı verileri, etkilenen parmak verileri ve perioperatif ve postoperatif dönemde yaşanan komplikasyon verileri toplanmıştır. Bu hastalar operasyon sonrası polikliniğimize kontrol amaçlı geldiklerinde memnuniyet, fonksiyonel geri kazanım ve bu süreçte etkili faktörleri saptamak amaçlı hastalar değerlendirilmiştir. Memnuniyeti değerlendirmek amacıyla 18 yaşından büyük hastalara DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) anketi uygulanmıştır. 8-18 yaş arasındaki hastalara QuickDash anketi uygulanmıştır. Hastaların muayenesi sırasında TAM(Total Active Motion) Skoru hesaplanarak fonksiyonel kaybın miktarı objektif olarak ortaya konulmuştur.

Opere edilen 74 hastanın 17'si pediatrik (%23) yaş grubunda 57'si ise erişkin (%77) yaş grubunda bulunmaktadır. Pediatrik yaş grubundaki hastaların 10'u erkek (%59) 7'si kız (%41) olarak saptanırken erişkin yaş grubundaki hastaların ise 20'si erkek (%35) 37'si kadın (%65) olarak görülmüştür. Pediatrik yaş grubundaki hastalarda ortalama yaş 6yaş 3 ay, erişkin yaş grubunda ise erkeklerde 52 kadınlarda 57 olarak saptanmıştır. 57 erişkin hastanın 24'ünün sigara kullandığı (%42), 22 hastanın ek hastalıklara sahip olduğu (%39) görülmüştür. Çocuk hastalar içinde ise ek hastalığı olan 2 hasta olduğu (%11) görülmüştür. Aile öyküsü incelendiğinde, aile öyküsünün erişkin hasta grubunda 2 hastada (%3), çocuk hasta grubunda ise 1 hastada (%5) olduğu görülmüştür. Hastaların opere olan parmakları hakkında şikayetleri olup olmadığı sorulduğunda çocuk hastalar içinde 3 opere olan parmak ile ilgili şikayeti mevcutken (%15), erişkin hasta grubunda ise opere olan 23 parmak hakkında (%30) şikayet mevcut olduğu görülmştür. Ardından memnuniyet ve fonksiyonellik hakkında anketler doldurulmuş ve DASH/quickDASH skorları hesaplanmıştır. Anket uygulanan 11 çocuk hasta içinde 0 en iyi sonuç 100 en kötü sonuç olarak tanımlanan ankette, ortalama anket puanı 100 üzerinden 4,51 olarak hesaplanmıştır. Erişkinler için ise puan 6,75 olarak hesaplanmıştır. Hastalara rekürrens düşündürecek tetiklenme mevcudiyeti sorulduğunda, çocuk hastalarda 1 hastada (%5), erişkin hastalarda 12 hastada (%15) yeniden tetiklenme olduğu öğrenilmiştir. Postoperatif komplikasyon oranlarına bakıldığında çocuk hastalarda 1 hastada komplikasyon geliştiği görülürken (%5), erişkinler içinde 6 hastada (%7) komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Ameliyat sonuçları objektif olarak eklem açıklıkları ölçümü yoluyla hesaplanan TAM skoru kullanılarak hesaplandığında çocuk hastalar içinde 19 parmağın (%95) mükemmel grupta yer alırken, 1 parmağın (%5) iyi grupta yer almakta olduğu görülmüştür. Çocuk hastalar içinde orta ve kötü grupta hiç hasta olmadığı görülmüştür. Erişkin hasta grubuna bakıldığında 71 parmağın (%93) mükemmel grupta, 1 parmağın (%1) iyi grupta, 1 parmağın (%1) orta grupta ve 3 parmağın (%3) kötü grupta yer aldığı görülmüştür. Toplamda 96 parmak çalışma süresince opere edilmiş olup 53 sağ el parmağı ve 43 sol el parmağı opere edilmiştir. Bunlardan 20'si pediatrik yaş grubuna ait iken 76'sı erişkin yaş grubuna aittir. Pediatrik yaş grubunda en sık sol el 1. parmak, erişkin yaş grubunda ise en sık sağ el 1. parmak opere edilmiştir. Erişkin yaş grubunda parmaklardan en sık sağ el 1. Parmak etkilendiği görülürken (n: 23, %31), çocuk yaş grubunda en sık sol el 1. Parmak etkilendiği (n:9, %45) görülmüştür. DASH skoru TAM skoru ile korele saptanmıştır. Ek hastalık varlığı yüksek DASH skoru ile birlikte görülmekle beraber istatistiki bağlantı gösterilememiştir (p: 0.098). Çocuk yaş grubunda erişkin gruba göre postoperatif komplikasyon, rekürrens, şikayet miktarlarının daha az olduğu; TAM puanlarının daha yüksek ve DASH skorlarının daha düşük saptandığı kaydedilmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tetik parmak cerrahisi sonrası memnuniyetin genel olarak yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Postoperatif komplikasyon, şikayetlerin tekrarlama olasılığı, DASH ve TAM skorlarına bakıldığı zaman pediatrik yaş grubunda cerrahi başarının erişkin gruba göre daha yüksek olduğu söylenebilir ancak bu fark anlamlı istatistiksel bir fark oluşturmamaktadır. Bu sonuç literatür bilgisiyle de uyumludur. Tetik parmak cerrahisi sonrası ek hastalığı olanlarda düşük bir derecede de olsa DASH puanlarının, diğer bir deyişle genel memnuniyetin, daha az olacağı öngörülebilir. Pediatrik yaş grubunun cerrahisi ise genel olarak erişkin yaş grubuna göre daha yüz güldürücüdür. Pediatrik yaş grubu ile karşılaştırıldığında erişkin yaş grubunda ek hastalık oranının daha fazla olması ise pediatrik yaş grubundaki yüksek cerrahi başarı oranının yaştan bağımsız olarak ek hastalık oranı ile ilgisi olabileceği ihtimalini de yaratmaktadır.

Tetik parmak cerrahisinin yüksek başarı oranları her iki yaş grubunda da dikkat çekmektedir. İstatistiki olarak anlam göstermemekle birlikte çocuk hasta grubunda komplikasyon ve rekürrens oranları erişkin hasta grubuna göre daha düşük olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: cerrahi, pediatrik, tenosinovit, tetik parmak

SB-034

Parmak Defektlerinin Süperfisyel Sirkümfleks İliak Arter Perforatör Serbest Flebi ile Çok Yönlü Rekonstrüksiyonu

Nuh Evin[1], Ahmet Kirazoğlu[1], Şeyda Güray Evin[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul
[2]Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Parmaklar elin en sık yaralanan bölgeleridir. Travmanın tipi ve şiddetine göre çeşitli lokalizasyon ve içerikte defektler gelişmekte, ciddi iş gücü ve maddi kayıtlarla neden olmaktadır. Bu nedenle parmak yaralanmalarında hızlı, etkin ve fonksiyonel bir onarım gerekmektedir.1

Sirküler ve uzunlamasına yapısı, içerdiği çok sayıda anatomik ve hareketli ünitesi nedeniyle parmak yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu oldukça zorlayıcıdır.

İdeal bir örtücü dokunun kemik, ligamentöz ve nörovasküler yapıları yeterli incelik, yumuşaklık ve dolgunluğa sahip vasküler bir dokuyla örtmesi, parmak uzunluğunun ve sirküker yapısını korunması, kılsız olması, benzer renk ve doku uyumuna sahip olması, parmak fonksiyonlarını olumsuz etkilememesi gerekmektedir.1,2,3

Geleneksel kasık flebi uzun yıllardır parmak defektlerinde ince ve esnek yapısı, minimal donör alan morbiditesi nedeniyle tek ya da iki aşamalı kullanılmıştır. Bu flepten köken alan SCIP serbest flebi de benzer özellikleri nedeniyle parmak defektlerinde kullanılmaktadır.3

Bu çalışmada parmak doku defektlerinde süperfisyel sirkümfleks iliak arter perforatör (SCIP) serbest flebiyle rekonstrüksiyon deneyimimlerimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 2018-2021 yılları arasında çeşitli seviyelerde el parmaklarında yumuşak doku defekti bulunan ve SCIP serbest flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. El sekeline sahip olan ve uzuv kaybıyla sonuçlanan olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, etyoloji ve yaralanma mekanizmaları, defekt lokalizasyon ve büyüklükleri, flep ebat ve içerikleri, cerrahi süreleri ve komplikasyonları açısından değerlendirildi.

Cerrahi teknikte nekrotik ve enfekte dokular debride edildi ve gerçek defekt açığa çıkarıldı. Bu aşamada alıcı arter ve venler hazırlandı, gerekli pedikül uzunluğu belirlendi. Ardından non dominant inguinal bölgede el tipi vasküler doppler kullanılarak superfisyel sirkümfleks iliak arter trasesi ve perforatörleri belirlendi. Arter trasesi üzerinde yapılan insizyonla öncelikle flep pedikülü retrograde diseke edildi. Yeterli pedikül uzunluğuna ulaşıldığında flep serbest flep olarak eleve edildi ve pedikül ayrıldı. Alıcı alana adapte edildikten sonra sırasıyla arter ve ven anastomozları yapıldı. Donör alanlar primer kapatıldı.

Hastaların el fonksiyon kazanımları kol, omuz ve el sorunları hızlı anketi (Q-DASH) ve parmak kozmetik memnuniyetleri Likert 5-nokta memnuniyet skalası yardımıyla cerrahi sonrası 12. ayda değerlendirildi ve cerrahi öncei dönemle karşılaştırıldı. Hastalar ortalama 20.3 ay takip edildi.

Bulgular: 14 hasta erkek, 3 hasta kadındı ve yaşları ortalaması 30.3±9.2 yıldı. Etyolojide ezilme yaralanması (n=9), amputasyon (n=2), giyotin tarzi keskin yaralanma (n=3) ve kontraktürler (n=3) vardı. 10 hastada tek cilt adası, 5 hastada iki cilt adası, 1 hastada cilt ve fasya adası, 1 hastada 3 cilt ve 1 fasya adası içeren SCIP serbest flebiyle rekonstrüksiyon yapıldı. Serbest flep adalarının ortalama büyüklüğü 4.6- 21 cm2 arasındaydı. Post-op 1 hastada arteryal, 1 hastada venöz yetmezlik gelişti, ikincil cerrahilerde anastomoz yenilenerek tedavi edildi. Flep kaybı gözlenmedi. Ortalama cerrahi süreleri 132.9±21.4 dakikaydı. Flepler alıcı alanlara iyi adapte oldu, fonksiyonel ve estetik deformite oluşturmadılar. Ortalama memnuniyet skoru 4.7±1.2 olup hastalar flep kontur ve estetiğinden olarak ileri derecede memnundu. Tüm hastalarda donör alanlar sorunsuz iyileşti.

Ameliyat öncesi hastaların üst ekstremitelerinde ileri derecede fonksiyon kısıtlılıkları varken (ort. DASH: 81.4±6.4, cerrahi sonrası 12. ayda fonksiyonel kapasite artışı istatistiksel olarak anlamlıydı (ort. DASH:14.4±5.6).

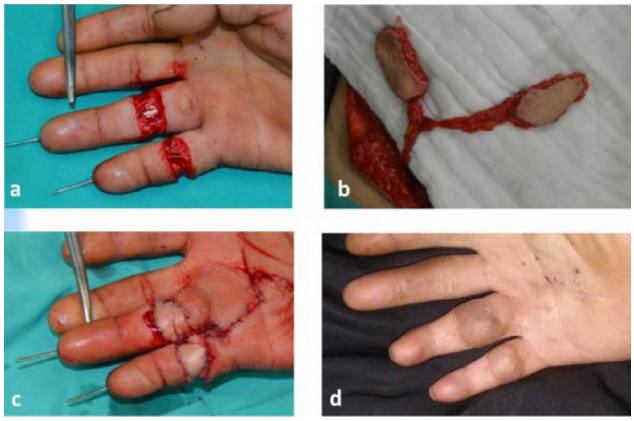
Sonuç: Kompleks ve çoklu parmak defektlerinin onarımı rekonstrüktif cerrahinin zorlu uygulamalarından biridir. Özellikle el parmakları gibi fazla doku rezervine sahip olmayan, ince cilt-cilt altı dokuya sahip, önemli ve çok sayıda anatomik yapıyı barındıran estetik ve fonksiyonel ünitelerin rekonstrüksiyonunda ince ve esnek flep seçenekleri gerekmektedir. Serbest SCIP flebinin; ince ve esnek yapısı, çok sayıda cilt, kemik ve fasya perforatörü sayesinde kimerik tasarlanabilmesi, minimal donor alan morbiditesi ve iyi gizlenmiş donor alan skarları nedeniyle parmak yumuşak doku rekonstrüksiyonunda etkili ve güvenli bir flep seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

Referanslar:

1. Lai CS, Lin SD, Yang CC. The reverse digital artery flap for fingertip reconstruction. Ann Plast Surg. 1989;22:495–500.
2. Dellon AL. The proximal inset thenar flap for fingertip reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1983;72:698–704.
3. Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T. Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. Plast Reconstr Surg. 2004;113:233–40.

Anahtar Kelimeler: Parmak defekt, Rekonstrüksiyon, SCIP flep, Süperfisyel Sirkümfleks İliak Arter Perforatör Serbest Flebi

Resim 1



4. ve 5. parmak deektlerinin kimerik SCİP serbest flebiyle onarımı

SB-035

Çoklu Parmak, Minör ve Major Amputasyon Olgularının Yönetimi

Nuh Evin[1], Muhammed Nebil Selimoğlu[3], Şeyda Güray Evin[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul
[2]Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Serbest hekim, Tekirdağ

Giriş: Mikrocerrahi teknikler, enstrümanlar ve en önemlisi mikrocerrahi tecrübedeki artış amputasyonların replantasyon endikasyonlarını genişletmektedir. Replantasyon endikasyonu konulurken ilk planda ampute segmentin yaşanırlılığını devam ettirmekten ziyade uzuvun uzun dönem fonksiyonel sonucunun başarılı olması gözönüne alınmalıdır. Bununla birlikte rehabilitasyon tekniklerinde genişlemeler daha önceleri fonksiyonel kazanımlar elde edilemeyen major replantasyon olgularını da replante edilebilir kılmaktadır.1,2,3

Pediyatrik yaş grubu amputasyonları, başparmak, çoklu parmak amputasyonları, el bilek ya da palmar seviye el amputasyonları, kolun proksimalinden amputasyonları kesin endikasyonları oluşturmaktadır. Amputatların ileri derece hasarlandığı durumlar, çok seviyeli amputasyonlar

ve hastanın genel durumunun kötü olması replantasyonu göreceli olarak kontrendike kılmaktadır.2,3

Bu çalışmanın amacı çoklu parmak ve major amputasyon olgularındaki yönetim tecrübelerimizi paylaşmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2016 ve 2021 yılları arası çoklu parmak, minor ve major uzun amputasyonu ile başvuran ve replantasyon yapılan 36 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyeti ek hastalık, replante uzuv ve seviyesi, sıcak ve soğuk iskemi süreleri, cerrahi süreleri, komplikasyonlar, takip ve rehabilitasyon süreleri açısından incelendi. Tek parmak amputasyonları ve replante edilemeyen amputasyonlar çalışmaya dahil edilmedi.

Replantasyon endikasyonu verilirken; amputate ve güdüğün makroskopik incelenmesine, hastanın yaşı ve ek hastalıklarına, metobolik ve genel durumuna, travmamekanizmasına, sıcak –soğuk iskemi sürelerine dikkat edildi. Cerrahi teknikte; tüm hastalar genel travma prensiplerine göre stabilize edildi.Tüm hastalara genel anestezi altında replantasyon işlemi uygulandı. Öncelikle loop ve mikropkop büyüte altında ampütat ve güdükte debridman yapıldı, nörovasküler yapılar, tendonlar ve kemik yapı eksplore edidi. İntraartiküler ampütasyonlar dışındaki vakalarda kemikte 0,5 ila 1 cm kısaltma işlemi uygulandı. Kirschner teli ya da eksternal fiksatörler yardımıyla kemik çatı tesbiti yapıldı. Ardından iskemi süreleri uzun vakalarda arterlerden başlayarak vasküler yapılar, diğer olgularda ise tendonlar, arter, ven ve sinir onarımları sırasıyla gerçekleştirildi. Olgularda en az 2 arter 2 ven anastomozu yapıldı.

Post operatif takipte; tüm hastalara geniş spektrumlu antibiyotik, düşük molekül ağırlıklı heparin, asetilsalisilik asit, düşük molekül ağırlıklı dekstranlar uygulandı. Postoperatif replantastonun canlılığı kapiller dolum, ısı, renk, turgor ve tonus, vasküler Doppler yardımıyla saatlik değerlendirildi. Dolaşım problem olgularında acil cerrahiye alındı. Başarısız replantasyon olgularında amputasyon ve güdük kapama uygulandı. Başarılı replantayson olguları kemik kaynama süreleri boyunca atelle takip edildi. 3. haftada pasif, kaynama tamamlanınca aktif hareketlere ve yürüme egzersizlerine başlandı.

Bulgular: 29 hasta erkek 7 hasta kadındı. Hastaların yaşları ortalaması 33,4 ± 11.6(18-51) yıldı. Etyolojide giyotin-ezelime tipi (n=16), ezilme tarzı (n=12), avulsiyon tarzı (n=8) amputaysonlar vardı.17 hasta çoklu parmak amputasyonu, 12 hastada minor amputayson, 7 hastada ise major amputasyon vardı. Ortalama acil servise başvuru süreleri 5 saat 40 dakika saat civarındaydı. Ortalama sıcak iskemi süreleri 55 dakika, soğuk iskemi süreleri ise ile 5 saat 35 dakika arasındaydı. Kemik fiksasyonları bilek seviyelerine kadar K-teli, proksimallerde eksternal fiksatör yardımıyla yapıldı. 21 hastada anastomozlarda en az 1 ven grefti kullanıldı. Cerrahi başlangıcı ve arteriyo-venöz vaskülarizasyon arası süre ortalama 2 saat 35 dakika, ortalama cerrahi süresi 7 saat 35 dakikaydı. Tüm hastalar başarılı vaskülarize edildi. Takiplerde 19 hastada dolaşım problem görüldü ve revizyona alındı. 9 hastada dolaşım pronlemleri, enfeksiyon ve iskemi reperfüzyon hasarına bağlı kısmi ya da total kayıp gözlendi.

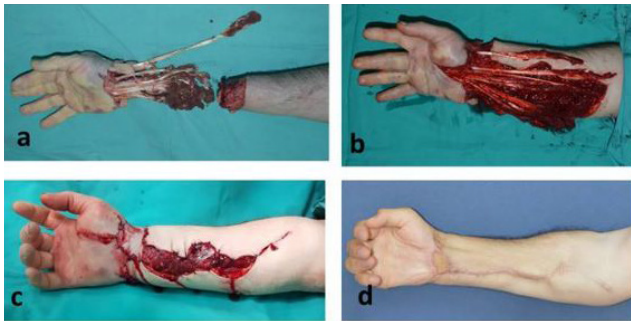
Tartışma ve Sonuç: Çoklu ve major uzuv amputaysonları değişik mekanizmalarla özelliklede yüksek enerjili yaralanmalarla oluşan ve hayatı tehdit edebilen ciddi yaralanmalardır. Bu nedenle bu hastaların yönetiminde iyi bir mikrocerrahi ve el cerrahi tecrübesinin yanında travma yönetim bilgisi ve iskemi sendromlarının patofizyolojisine hakim olmaktır. Replantasyonun başarısı sadece kopan parçanın beslenmesi ile değil, hareket ve duyu fonksiyonlarının tekrar kazanılması ile ölçülmelidir.1,2,3

Referanslar:

1. Emre Orhun, Ersin NuzumlaIt, Oguz Polatkan. Major ekstremite replantasyonlarmda endikasyonlar ve degerlendirme yontemleri. Acta Ol1hop Trallmatol Turc 33: 158-161,1999.
2. Kadir Ertem, Ahmet Harma, Muharrem İnan, Hacı Bostan, Arslan Bora. Üst Ekstremite Majör Replantasyon veya Revaskülarizasyon Yapılan Olguların Fonksiyonel Sonuçları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 11(2) 85-88 (2004).
3. Tahir Sadık SÜGÜN, Kemal ÖZAKSAR, Sait ADA, Firdevs KUL, Fuat ÖZERKAN, İbrahim KAPLAN, Yalçın ADEMOĞLU, Murat KAYALAR, Emin BAL, Tulgar TOROS, Aslan BORA. Üst ekstremitede majör replantasyonların uzun dönem izlem sonuçları. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(3):206-213 doi:10.3944/AOTT.2009.206

Anahtar Kelimeler: Çoklu Parmak amputasyonu, Minör ve Major Amputasyonlar, Replantasyon

Resim 1



El bilek seviyesi replanyasyon olgusu; ameliyat öncesi (a), ameliyat esnasında (b), ameliyat sonrası (c), 3. yıl (d) görüntüleri.

SB-036

Modifiye Camitz Prosedürünün İlerlemiş Karpal Tünel Sendromunda Kullanımı

Saruhan Mahmutoğlu, Yunus Ertaş, Büşra Güçlü, Oğuzhan Tekin, Yasin Canbaz, Perçin Karakol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Karpal Tünel Sendromu en sık görülen üst ekstremite kompresyon sendromudur. Tekrarlayan ve geceleri daha ağır seyreden ağrılar, volar el yüzünde uyuşukluk, tenar bölgede kas atrofisi ve baş parmak opozisyon hareketindeki zayıflık karpal tünel sendromundaki bulgulardandır (I). Modifiye Camitz yöntemi, cerrahi prosedürler arasında bulunan özellikle tenar bölgede kas atrofisi ve opozisyon hareket kısıtlılığı olan hastalarda median sinir dekompresyonuna ek olarak uygulanan bir tendon transfer tekniğidir (II,III). Biz bu çalışmamızda kliniğimizde Modifiye Camitz yöntemiyle opere ettiğimiz hastaları değerlendirdik.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız Seyrantepe Hamidiye Etfal hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine Ocak 2022- Agustos 2022 tarihleri arasında başvuran ve tarafımızca median sinir dekompresyonunun yanında Modifiye Camitz yöntemi ile opere ettiğimiz hastalar dahil edildi. Hastaların opozisyon hareketlerindeki düzelmeyi ölçmek amacı ile preoperatif ve postoperatif

dönemde opozisyon muayenesinde Kapandji skorlaması kullanıldı. Operasyon sırasında tenar krize paralel olacak şekilde median sinir relaksasyon insizyonu planlandı ve insizyonlar el bileği distal krizinin distalinde brunner insizyon ile genişletilerek Kaplan'ın kardinal çizgisine doğru uzatıldı. İnsizyonlardan girilerek ulaşılan PL tendonu, etrafındaki palmar aponörozdan disseke edilip, distalinde aponörozdan toplanarak tendon transferinde kullanılması amacı ile ayrıldı. Ardından transvers karpal ligaman insize edildi. Baş parmak PIP eklem seviyesinden yapılan V şeklinde insizyon ile APB tendonuna ulaşıldı. Ardından transvers karpal ligamente yapılan insizyon ile tünel açıldı. PL tendonu transvers karpal ligament içinden geçirilip APB tendonuna pulvertaft tekniği ile adapte edildi.

Bulgular: Tarafımıza başvuran 8 erkek, 3 kadın toplam 11 hastanın EMG sonuçlarına göre 6'sı ağır düzeyde, 3 hasta orta-ağır ve 2 hasta orta düzeyde karpal tünel sendromu ile uyumlu bulunmuştu. 11 hastamızın tamamında opozisyon kısıtlılığı ve geceleri artan el bilek bölgesinde ağrı, 7 hastada median sinir trasesi ile uyumlu hipoestezi mevcuttu. 11 hastamızın tamamı ameliyat sonrası 4-5. haftadan itibaren semptomlarının yok olduğunu söyledi. Opozisyon fonksiyonu için Kapandji skoru ile değerlendirmede 4 hastamızın operasyon öncesi ve sonrası opozisyon fonksiyonunda %100 artış saptadık. Diğer hastalarımızın opozisyon fonksiyonlarındaki artış ise %50-95 arasında değişmekteydi.

Tartışma ve Sonuç: Opozisyon hareketinde güç ve fonksiyon kaybı yaşayan hastalar giyinme, yazı yazma, eşya tutma gibi hareketleri yerine getirmede güçlük yaşarlar. Özellikle ilerlemiş karpal tünel sendromlu hastalarda görülebilen opozisyon hareketindeki kısıtlılık operasyon esnasında median sinir dekompresyonun yanına eklenebilecek Modifiye Camitz yöntemi ile geri döndürülebilir.

Kaynaklar:

(I) Camitz H.: Surgical treatment of paralysis of opponens muscle of thumb. Acta Chir Scand 1929; pp. 77-81.

(II) Wan S.H., Wong T.C., Yip T.H., et. al.: Clinical experience of open carpal

tunnel release and Camitz operation in elderly Chinese patients. Hong Kong Med J 2007; 13: pp. 340-341.

(III) Park I.J., Kim H.M., Lee S.U., Lee J.Y., Jeong C.: Opponensplasty using palmaris longus tendon and flexor retinaculum pulley in patients with severe carpal tunnel syndrome. Arch Orthop Trauma Surg 2010; 130: pp. 829-834.

Anahtar Kelimeler: camitz prosedürü, karpal tünel sendromu, modifiye camitz yöntemi

SB-037

Deri Kanserlerine Farklı Bir Yaklaşım: 3 Boyutlu Histolojik İnceleme ile Tecrübelerimiz

Yiğit Özer Tiftikçioğlu[1], Mehmet Emre Yeğin[1], Ege Topaloğlu[1], Ceyhun Yazgan[1], Banu Yaman[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi A.D.
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji A.D.

Giriş: Deri kanserlerinin eksizyonunda cerrahi alan temizliğini sağlamak kadar, bunu minimum defektle yapabilmek de esastır. Özellikle yüz gibi değerli ve deri kanserlerinin sıklıkla karşılaşıldığı bir bölgede minimum defekt ile cerrahi başarıyı sağlamak daha da fazla önem arz eder. Kendi klinik pratiğimizde bu nedenle eksizyon sınırlarının değerlendirilmesinde 3 boyutlu (3d) histolojik inceleme tekniğinden faydalanmaktayız. Çoğu merkezde sıklıkla kullanılan histolojik teknik olan seri kesit (serial section) tekniğinden farklı olarak, bu teknik ile cerrahi sınırların tamamı hiçbir nokta atlanmadan histolojik olarak incelenebilmektedir, dolayısıyla sınır güvenliğini sağlamak için daha geniş eksizyona gerek olmamaktadır. Mohs tekniğine göre avantajı ise rutin parafin bazlı doku takip ve döküm/kesit işlemlerinin yapılmasıdır. Mohs cerrahisi ile de cerrahi sınırlar tamamen değerlendirilebilmektedir, ancak frozen tekniğine bağlı bir inceleme olduğu için doku bütünlüğünü sağlamak zor olabilir ve mikroskobide donma artefaktları izlenebilir. Amacımız bu bildiride 3d histolojik inceleme uyguladığımız hastaların sonuçlarını ve bu teknik ile ilgili tecrübelerimizi paylaşmaktır.

Yöntem: 2021 Ağustos ve 2022 Ağustos arasındaki bir yıllık sürede kliniğimizde 15 hastaya deri kanseri nedeniyle geniş eksizyon uygulanmış ve spesimenler 3d histolojik inceleme ile incelenmiştir. Geniş eksizyon sınırları Bazal hücreli karsinom (BHK) şüpheli lezyonlar için 3 mm, Yassı hücreli karsinom (YHK) şüpheli lezyonlar için 6 mm olarak belirleniştir. Spesimenler 3d inceleme tekniğine uygun olarak kasetlenmiştir (Şekil 1) ve Patoloji Anabilim Dalı tarafından 3d histolojik inceleme ile cerrahi sınırlarda tümör varlığı açısından araştırılmıştır. Histolojik inceleme sonuçları 24 saat içerisinde bildirilmektedir. Dolayısıyla gerekmesi durumunda reeksizyon ilk operasyondan sonra 1-2 gün içerisinde yapılabilmektedir.

Sonuçlar: Bu yöntemi tercih ettiğimiz hastaların hepsinde tümöral lezyonlar yüzde H bölgesi olarak tanımlanan yüksek risk alanında bulunmaktadır. Opere edilen lezyonlar en sık olarak burun üzerinde yerleşmiş olmakla beraber, glabella, medial kantal, malar, temporal, preaurikuler alanlar ve servikal bölgede de lezyonlar görülmüştür. 3 hasta YHK ve 12 hasta BHK nedeniyle opere edilmiştir. Opere edilen BHK'lar arasında karşılaşılan tipler sıklık sırasıyla infiltratif, nodüler, mikronodüler ve nodüloülseratif olmuştur. Opere edilen hastalarda henüz nüks izlenmemiştir. Sınır pozitifliği saptanmayan 12 hastanın 5'inde defektler lokal flepler ile (glabellar, romboid ve bilobe), 6 hastada tam kalınlıkta deri grefti (TKDG) kullanılarak rekonstrükte edilmiştir. 1 hasta takibini aksattığı için defekti sekonder iyileşmiştir.

3 hastada ilk operasyon sonrasında sınır pozitifliği saptanmıştır. Sınır pozitiflikleri preparatların hazırlanması esnasında tanımlanan saat kadranlarına göre rapor edilmiş olup ilgili kadranlarda reeksizyon uygulanmıştır. Sınır pozitifliği saptanan ilk 2 hastadaki lezyon infiltratif BHK, üçüncü hastada ise mikronodüler BHK olarak tanımlanmıştır.

Bu hastalardan ilkinde saat 4-9 kadranında yan cerrahi sınır pozitifliği rapor edilmiş olup 3 gün sonra yapılan ikinci operasyonda saat 3-9 kadranları arası 2 mm sınır ile reeksizyon uygulanmış olup sınırlar tümörden temizlenmiştir. Bu hasta rekonstrüksiyon için planlanan operasyonu kabul etmemiştir ve defekt yaklaşık 3 haftalık bir sürede sekonder iyileşmiştir.

Sınır pozitifliği saptanan ikinci hastada ilk operasyonda 9-11 kadranları arası yan sınırda tümör devamlılığı bildirilmiştir. İlk operasyondan 2 gün sonra 8-12 kadranları arası 2 mm sınır ile reeksizyon uygulanmıştır. 2. Reeksizyondan sonra sınırlar tümörden temizlenmiştir. Defekt TKDG ile rekonstrükte edilmiştir.

Üçüncü hastada 10-11 kadranlarında sınır pozitifliği saptanmıştır. Postoperatif 3. Günde 2 mm sınır ile 9-12 kadranına 2 mm sınır ile reeksizyon uygulanmıştır. Reeksizyon ile sınırlar tümörden temizlenmiştir. İlk eksizyondan 4 gün sonra defekt TKDG ile rekonstrükte edilmiştir.

Tartışma: Son yılda uygun hastalarda 3d histoloji tekniğinden faydalanmaktayız. Sınırlar hakkında tam bilgi verebilmesi, daha dar eksizyon sınırlarında güvenliği sağlayabilmesi ve dolayısıyla yüz gibi değerli alanlarda daha az defekt oluşması, 2-3 gün gibi kısa bir süre içerisinde patoloji sonucunun tarafımıza bildirilmesi bu tekniğin başlıca avantajlarıdır.

Literatürde yapılan çalışmalarda geniş serilerde 3d histoloji tekniği, seri kesit histolojik inceleme tekniği ile karşılaştırılmıştır. 3d histoloji gruplarında seri kesit inceleme tekniğine göre reeksizyon oranlarının daha yüksek, lokal nüks oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Özetle 3d histolojik incelemenin sınır pozitifliklerini yakalamada daha duyarlı olduğu söylenebilir. Bunun başlıca sebebi, seri kesit inceleme tekniğinde spesimen 1-4 mm arasında kalınlıkta dilimlere bölünür ve yan sınırların kaset ile teması tam olmadığı için duyarlılık kesit kalınlığına bağlıdır.

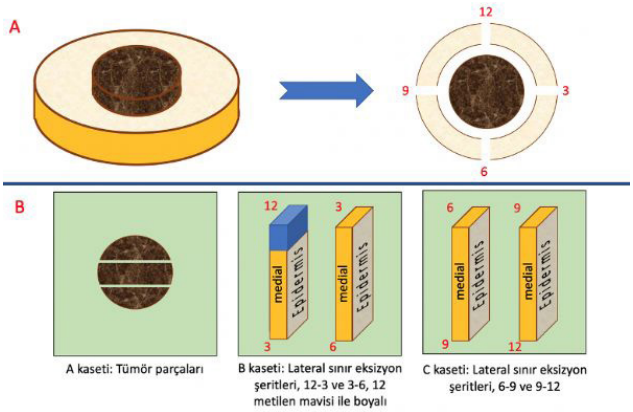
3d histoloji tekniğinde yan sınırlar bütünüyle değerlendirilebildiği için özellikle yüz gibi daha değerli alanlarda eksizyon sınırları daraltılabilir. Biz kendi pratiğimizde seri kesit inceleme tekniğini tercih ettiğimiz eksizyonlarda BHK'larda 5 mm, YHK'larda 1 cm sınır ile geniş eksizyon uygulamaktayız. Ancak 3d histoloji tercih ettiğimiz hastalarda bu sınırlar sırasıyla 3 mm ve 6 mm olarak değişmiştir, böylece defektler küçülmüş ve rekonstrüksiyon kolaylaşmış ve estetik sonuçlar iyileşmiştir.

Bize göre tekniğin tek sınırlılığı kasetleme aşamasında yan eksizyon şeritlerinin kaset içerisinde dönebilme ve parçaların sıralarının karışabilmesi ihtimalidir. Böyle bir durumda teknik duyarlılığı azalmasına bağlı yalancı negatiflikler görülebilir, sınır pozitifliği olan kadran yanlış tanımlanabilir. Bu nedenle eksizyon esnasında lateral sınırların olabildiğince dik bir açıyla çıkarılması ve bu şeritlerin uzunluğunun uygun ayarlanması ve oryantasyonuna dikkat edilmesi, yan eksizyon şeritlerinin kasetlenmesini kolaylaştıracaktır ve doğru değerlendirmeyi sağlayacaktır.

Sonuç: 3d histolojik inceleme, yan eksizyon sınırlarını bütünüyle değerlendirmesi, daha küçük defektler oluşmasına izin vermesi ve diğer teknikler ile kıyaslandığında uzun dönem nüks oranlarının daha düşük olması açısından özellikle yüz bölgesinde gelişen deri kanserlerinin eksizyonunda oldukça faydalı bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Bazal Hücreli Karsinom, Deri Kanserleri, Üç Boyutlu Histoloji, Yassı Hücreli Karsinom

Şekil 1



Şekil 1: A: Geniş eksize edilen deri tümör spesimeni, şeklin sağ tarafında gösterildiği üzere parçalara ayrılır. Tümöral lezyon ayrı bir parça, Yan sınırlar da tercihen 4 ya da 6 eşit boyutta şerit olacak şekilde parçalara ayrılır. Bu noktada lateral sınırların birbirlerine göre konfigürasyonlarında karışıklık olmaması önemlidir. B: Spesimenin kasetlenmesi gösterilmiştir. A kasetinde tümör fragmanları bulunur. Bu lezyonun tipinin belirlenmesi için önemlidir. B ve C kasetlerinde lateral sınırlar saat kadranlarındaki sıraya göre yerleştirilmiştir. Burada önemli olan şeritlerdeki epidermisin sağa dönük olması ve lateral sınırların kasetin zeminine temas etmesidir. 12 yönü oryantasyonu sağlaması için metilen mavisi benzeri bir boyar madde ile işaretlenmelidir.

SB-038
İnguinal Lenf Nodu Diseksiyonu Sonrası Profilaktik VAC Uygulanması

İsmail Tekfiliz[1], Berkay Çınar[1], Can İlker Demir[2], Emrah Kağan Yaşar[1], Murat Şahin Alagöz[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[2]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İnguinal lenf nodu diseksiyonu özellikle malign melanomların tanı ve tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır.[1] Diseksiyon sonrası yüksek komplikasyon oranları çözülmesi gereken bir problem haline gelmiştir. Seroma, diseksiyon sonrası hastaların yaklaşık yüzde 80'inde karşımıza çıkmakla beraber, yara yeri iyileşmesinin bazen yeniden operasyon gerektirecek kadar gecikmesi, enfeksiyon, hematom ve lenfödem başlıca karşılaşılan komplikasyonlardandır.[2] Bu gibi kısa ve uzun dönem komplikasyonlar özellikle hastanın yaşam kalitesini düşürmekle beraber primer hastalığının tedavisini de zorlaştırmaktadır.

Bu çalışmada inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda konvansiyonel pansumana karşılık negatif basınçlı yara tedavisi (VAC) ile takibinin komplikasyonlar oranı açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu çalışmada kliniğimizde 2019-2022 yılları arasında malign melanom nedeniyle inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılan 14 hasta incelendi. İnguinal lenf nodu diseksiyonu sonrası rezidü tümör kaldığı düşünülen hastalar ve bir seneden uzun takipleri yapılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İnguinal diseksiyon planlanan hastaların ameliyat öncesi fotoğrafları çekildi, ameliyat esnasında femoral üçgenin inferiorunda kalan 2x2 cmlik alan açık bırakılarak yara yeri üzerine VAC cihazı uygulandı.(Resim 1.A-B) Bütün hastalarda VAC 120mmHg negatif basınç ile çalıştırıldı. 24 saat sonra VAC cihazı

aralıklı moduna alındı. 2 seans uygulandı ve dört günde bir VAC değiştirildi. Hastaların günlük dren ölçümleri yapıldı. Geri kalan 7 hasta VAC uygulanmadan konvansiyonel pansuman ile takip edildi. Günlük dren ölçümleri yapıldı. Her iki grup da seroma, yara yeri enfeksiyonu, hematom açısından düzenli takip edildi.(Resim 1.C)

Bulgular: Malign melanom nedeni ile inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılan toplam 14 hasta konvansiyonel takip edilen (grup-1) (n=7) ve VAC ile takip edilen (grup-2) (n=7) hastalar olarak iki gruba ayrıldı. İki grubun da demografik özellikleri benzerdi. Ortalama yaş Grup-1'de 73.2 Grup-2 de 75.6 olarak not edildi. VAC ile takip ettiğimiz hastalarda drenlerin çıkma süresi ortalama (n=7) 14.7 gün, konvasiyonel takip edilen grupta (n=7) 8.3 gündü. Günlük ortalama dren getirisi grup-1 (n=7) 85 mL grup-2 de 190 mL olarak not edildi. Seroma grup-1 de 3 hastada (%42.8) görülürken grup 2 (%0) de görülmedi. Yara yeri enfeksiyonuna grup 2 de karşılaşılmazken grup-1 de 2 (%28.5) hastada görüldü. (Tablo-1) Her iki grupta da takiplerinde bacak çaplarında anlamlı bir değişiklikle karşılaşılmazken lenfödem de izlenmedi.

Tartışma: İnguinal lenf nodu diseksiyonu, yüksek riskli melanom hastalarında hastalığı evrelemek ve kontrol altına almak için günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır. İnguinal lenf nodu diseksiyonu ne kadar malign melanom hastalarında hastalığı bölgesel olarak kontrol alma imkanı sunsa da yüksek riskli komplikasyonları da beraberinde getirmektedir.Bu komplikasyonlar arasında seroma başı çekmekle beraber yara yeri enfeksiyonu, lenfödem, hematom da sıklıkla görülmektedir. Diseksiyon sonrası gelişen komplikasyonlar çok sık karşımıza çıkmakla beraber seneler içersinde bu komplikasyonlarla başa çıkmak için minimal invaziv lenfadenektomi teknikleri, fasyanın prezervasyonu gibi teknikler geliştirilmesine rağmen bu tekniklerin etkisi ve onkolojik olarak güvenliği kanıtlanamamıştır. [3]

Diseksiyon sonrası komplikasyonları azaltmak için temel olarak çok titiz bir hazırlık süreci ve cerrahi gerekmektedir. Eba ve arkadaşları inguinal lenf nodu diseksiyonu sonrası seroma oluşumunu önlemek için 28 hastada sartorius kas transpozisyon flebini kullanmış fakat komplikasyonlarda bir azalma izlenmemiş.[4] Diğer bir çalışmada diseksiyon sonrası pediküllü omentum flebi ile yapılan onarım ile komplikasyon ilişkisi araştırılmış olup anlamlı sonuçlar alınamamış. Abdomende ikinci bir kesi ihtiyacı ve de kanserin peritona yayılma ihtimali de çalışmanın eksikleri olarak belirtilmiş. [5]

Negatif basınçlı yara tedavisi(VAC), yaranın yüzeyine eşit bir negatif basınç uygulayarak iyileşmeyi destekler. Etkinliği, dokuların makrodeformasyonu, hücre dışı inflamatuar sıvıların drenajı, yara ortamının stabilizasyonu ve mikrodeformasyon dahil olmak üzere dört ana etki mekanizması ile açıklanmaktadır.[6] Kronik yaralar, diyabetik ayak yönetimi, deri grefti adaptasyonu gibi bir çok kullanım alanı olmakla beraber büyüme faktörleri ve anjiogenezi uyardığı için malignitelerde kullanımı kontraendike olarak kabul edilmektedir.[6] Fakat son zamanlarda bu teoriyi desteklemeyen çalışmalar yapılmıştır. Cai ve arkadaşları tarafından tümör eksizyonu sonrası abdomen ön duvarında gelişen yara için kullanılan VAC herhangi bir yan etkiye yol açmamakla beraber yine yapılan bir çalışmada onkoplastik meme kanseri hastalarında eksizyon sonrası yara yeri iyileşmesi için VAC tedavisi kullanılmış olup ileride daha sık kullanılabileceği bildirilmiş. [7-8]

Sonuç: Çalışmamızda inguinal lenf nodu diseksiyonu sonrası VAC uygulanmasının, seroma, yara yeri detaşmanı, enfeksiyon gibi komplikasyonları azalttığı izlenmiş olup diseksiyon sonrası VAC uygulamasının yararlı olabileceğini düşünmekteyiz fakat kullanılan malzemelerin pahalı olması ve dren çekilme süresini uzatması dezavantajlarından olup akılda tutulması gereken noktalardır.

Kaynakça

1. Faries MB, Thompson JF, et al. Completion Dissection or Observation for Sentinel-Node Metastasis in Melanoma. N Engl J Med. 2017 Jun 8;376(23):2211-2222. doi: 10.1056/NEJMoa1613210. PMID: 28591523; PMCID: PMC5548388.
2. Chang SB, Askew RL, Xing Y, Weaver S, Gershenwald JE, Lee JE, Royal R, Lucci A, Ross MI, Cormier JN. Prospective assessment of postoperative complications and associated costs following inguinal lymph node dissection (ILND) in melanoma patients. Ann Surg Oncol. 2010 Oct;17(10):2764-72. doi: 10.1245/s10434-010-1026-z. Epub 2010 Mar 25. PMID: 20336388; PMCID: PMC2943041.
3. Jørgensen MG, Toyserkani NM, Thomsen JB, Sørensen JA. Prophylactic incisional negative pressure wound therapy shows promising results in prevention of wound complications following inguinal lymph node dissection for Melanoma: A retrospective case-control series. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2019 Jul;72(7):1178-1183. doi: 10.1016/j.bjps.2019.02.013. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30898502.
4. Erba P, Wettstein R, Rieger UM, et al. A study of the effect of sartorius transposition on lymph flow after ilioinguinal node dissection. Ann Plast Surg 2008;61:310e3.
5. Benoit L, Boichot C, Cheynel N, et al. Preventing lymphedema and morbidity with an omentum flap after ilioinguinal lymph node dissection. Ann Surg Oncol 2005;12:793e9.
6. Normandin S, Safran T, Winocour S, Chu CK, Vorstenbosch J, Murphy AM, Davison PG. Negative Pressure Wound Therapy: Mechanism of Action and Clinical Applications. Semin Plast Surg. 2021 Aug;35(3):164-170. doi: 10.1055/s-0041-1731792. Epub 2021 Sep 10. PMID: 34526864; PMCID: PMC8432996.
7. Cai SS, Gowda AU, Alexander RH, Silverman RP, Goldberg NH, Rasko YM. Use of negative pressure wound therapy on malignant wounds - a case report and review of literature. Int Wound J. 2017 Aug;14(4):661-665. doi: 10.1111/iwj.12665. Epub 2016 Oct 3. PMID: 27696723; PMCID: PMC7949817.
8. Iqbal FM, Reid JP, Vidya R. Oncoplastic breast surgery: the role of negative pressure wound therapy. J Wound Care. 2020 Dec 2;29(12):777-780. doi: 10.12968/jowc.2020.29.12.777. PMID: 33320749.

Anahtar Kelimeler: dren, inguinal diseksiyon, lenf, seroma, VAC

Tablo-1

	Konvansiyonel takip edilen hastalar Grup-1 (n=7)	VAC ile takip edilen hastalar Grup-2 (n=7)
Ortalama yaş (yıl)	73.2	75.6
Günlük drenden gelen ortalama sıvı (mL)	85	190
Drenlerin ortalama çekilme süresi (gün)	8.3	14.7
Seroma gelişen hasta sayısı	3 (%42.8)	0
Yara yeri enfeksiyonu gelişen hasta sayısı	2 (%28.5)	0
Lenfödem gelişen hasta sayısı	0	0

Resim 1

Resim 1.A: Pre-operatif sol taraf inguinal lenf nodu diseksiyon hastası 1.B:Per-operatif lenf nodu diseksiyonu sonrası VAC uygulanacak femoral üçgenin inferiorundaki yerin şematize hali 1.C: Post-operatif VAC ile takip edilen hastanın 6.ay kontrolü

SB-039

Breslow kalınlığı ile tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonunun ilişkisi: Tek merkez deneyimi

Servet Yekta Aydın, Uğur Çelik, Tolga Sarıgöz, Cemal Burak Sirkeci, Anıl Demiröz, Yağmur Aydın

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

Giriş: Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), son yıllarda yapılan çalışmalar ile malign melanomun cerrahi tedavisinde en önemli basamaklardan biri haline gelmiştir. SLNB, güncellenen rehberler ile endikasyonları da genişletilerek sadece tanısal bir işlem olmanın ötesinde tedavi edici bir yöntem olarak da kabul görmektedir. Süregelen tartışma konularından biri SLNB pozitif hastalarda yapılması önerilen tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonudur (TLND). Bu çalışmada tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların rezeksiyon materyallerindeki pozitiflik ile breslow kalınlığı ve SLNB işleminde çıkartılan çoklu pozitif nod sayısının (>1) ilişkisine bakılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Yöntem: Retrospektif olarak 2016-2022 yılları arasında kliniğimizde malign melanom nedeniyle primer tümörün eksizyonu ve SLNB işlemi yapılmış olan 94 hasta değerlendirilmiştir. SLNB sonucu pozitif olan ve tarafımızca tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu yapılan 24 hastanın demografik özellikleri, tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu (TLND) patolojisi sonuçları, primer tümör patolojisi sonuçları hastane sisteminden incelenmiştir. TLND patolojilerinde pozitif lenf nodu bulunan hastalar ile negatif olanlar primer tümörlerindeki breslow kalınlığı ve SLNB işlemindeki çıkartılan nod sayısı ile ilişkisi açısından Ki-kare ve Student's t testi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplamda 47 hasta erkek, 37 hasta kadındı. Hastaların yaş ortalaması 48 olarak bulundu. 94 hastadan 33'ünün SLNB'si pozitif, 61'inin SLNB'si negatif olarak bulundu. SLNB'si pozitif olan hastalardan 7 tanesi çeşitli sebeplerden (hastanın ameliyatı kabul etmemesi, başka merkeze başvuru, takibe gelmemesi) dolayı tarafımızca opere edilemedi ve çalışmaya dahil edilmedi. SLNB'si pozitif 24 hastadan 7'sinin TLND sonucunda da pozitiflik mevcut olarak görüldü. 17 hastanın SLNB'si pozitif ancak TLND'si negatif olarak geldi. SLNB ve TLND pozitif olan hastaların breslow kalınlıklarının ortalaması 7,25 mm olarak hesaplandı. SLNB pozitif, TLND negatif hastaların breslow kalınlıklarının ortalaması 4,135 mm olarak hesaplandı. Breslow kalınlığı ile TLND pozitifliği anlamlı olarak bulundu ($p<0,0417$). SLNB ve TLND pozitif 7 hastanın 4'ünde SLNB'de çoklu lenf nodu eksize edilmiş olarak bulundu. Bu hastaların 2 tanesinde çoklu pozitiflik saptandı (%28,5). SLNB pozitif, TLND negatif 17 hastanın 10 tanesinde SLND'de çoklu lenf nodu eksize edilmiş olarak bulundu. Bu hastaların 6 tanesinde çoklu pozitiflik saptandı (%35,3). Çoklu lenf nodu pozitifliğinin anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.75$).

Tartışma: Literatürde belirli kriterlere uyan (breslow kalınlığı, lenf nodunda makrometastaz, kapsül invazyonu, ülserasyon vb.) SLNB pozitif hastalarda TLND'nin morbiditesi de göz önüne alınarak yapılmamasının surviye etkisi tartışılmıştır (Nagaraja ve ark). SLNB pozitif hastalardaki nod pozitiflik sayısı ile tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonunun surviye etkisi da daha önce literatürde kısıtlı sayıda grupla çalışılmıştır (Persa ve ark.). Benzer bir çalışma Breslow kalınlığı ile tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonun surviye etkisi üzerine yapılmış olup orta kalınlıktaki (1-4mm) melanomlar için önerilmiştir (Nowecki ve ark.). Çalışmamızda TLND yapılmış hastalar retrospektif olarak SLNB'de çoklu pozitiflik ve breslow kalınlığı açısından değerlendirilmiş, TLND sonucu pozitif gelen hastaların daha yüksek breslow değerlerine sahip oldukları görülmüştür. Kısıtlı örneklem grubu nedeniyle breslow kalınlığı için bir eşik değer önermek mümkün değildir. SLNB'de çoklu lenf nodu pozitifliğinin literatürün aksine TLND pozitifliği ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Çalışmada hastaların sürvisine bakılmamasına rağmen daha yüksek breslow değerlerine sahip hastalarda anlamlı olarak TLND'de metastatik lenf nodu bulunması istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Breslow kalınlığının prognoza etkisi göz önüne alınarak TLND işleminin daha yüksek breslow kalınlığına sahip hastalarda metastatik lenf nodu sonucuyla birlikte olduğu, metastatik lenf nodu olmayan hastaların da daha düşük breslow kalınlığına sahip olduğu görülmüştür. Daha geniş serilerle belirlenecek bir breslow kalınlığı eşiği üzerinde ve SLNB pozitif hastalarda yapılan TLND işleminin metastatik lenf nodlarının eksizyonunu sağlayacağı ve sürviyi artıracağı düşünülmektedir.

Sonuç: Melanomun cerrahi tedavisinde kilit noktada SLNB işlemi bulunmaktadır. Tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu gerekliliği tartışılagelmektedir. Yüksek breslow değerine sahip SLNB pozitif melanom hastalarında yapılacak TLND işleminin metastatik lenf nodlarının uzaklaştırılmasında etkin olacağı düşünülmekte ve önerilmektedir. Eşik breslow değeri belirlenmesi için benzeri daha geniş serilerde çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: breslow kalınlığı, malign melanom, sentinel lenf nodu biyopsisi, tamamlayıcı lenf nodu diseksiyonu

SB-040

Kulak Defektlerinin Tek Basamaklı Rekonstrüksiyonunda İyi Bir Seçenek: Posterior Auriküler Ada Flebi

Burkay Akduman, Arda Küçükgüven, Uğur Koçer

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

Giriş: Kulak, sıklıkla kutanöz malign tümörlere yatkın olan karmaşık bir anatomik alandır. Boyutları küçültmeden ve doğal şekli değiştirmeden kulağın parsiyel ve tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonu zorludur. Anterior kulak defektlerinin rekonstrüksiyonu planıyla literatürde çeşitli prosedürler daha önce tanımlanmıştır. Flep ile rekonstrüksiyona alternatifler arasında ise sekonder iyileşme, deri greftleri ve kulak yüksekliğini azaltan kama eksizyonlar bulunur. Tanımlanan tüm bu teknikler içerisinde belirli bir defekti onarmanın en iyi yolu hakkında karar vermek zordur ve her bir işlemin avantaj ve dezavantajları değerlendirilmelidir. Donör alan olarak posterior aurikular bölge, düşük morbidite, gizlenebilen yara izi, doğrudan donör sahasının kapatılmasına izin vermesi, kulakta iyi cilt uyumuna ve zengin vaskülarizasyonu sebebiyle öne çıkmaktadır. Tek aşamalı bir prosedür olan posterior auriküler transpozisyonel ada flebi hem küçük hem de büyük parsiyel ve tam kalınlıkta defektler için uygun olmasının yanı sıra cilt rengine, kalınlığına ve dokusuna uyum sağlar ve ortaya çıkan izler iyi gizlenebilir. Bu nedenle, bu flep, olumlu kozmetik sonuçların yanında güvenilir, fonksiyonel ve tek aşamalı olması ile daha uygulanabilir bir fleptir. Bu bağlamda çalışmamız posterior aurikular transpoziyonel ada flebinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: 2020 - 2022 yılları içerisinde Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde opere edilen ve kutanöz malignite eksiyonu sonrası oluşan defektlerin onarımı amacıyla posterior auriküler flep ile tek aşamalı rekonstrüksiyon uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik özellikleri; defekt etiyolojisi, defekt boyut, uygulanan cerrahi teknik, taburculuk ve takip süreleri, erken ve geç postoperatif komplikasyonlar ile estetik ve fonksiyonel sonuçları kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Anterior kulak rekonstrüksiyonu uygulanan toplam 5 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 57,6 (47 - 67 yaş). Tüm hastaların etiyolojisini kutanöz deri maligniteleri oluşturmaktadır. Defektlerin boyutları 16x15 mm ila 10x8 mm arasında ölçülmüştür. Tümör eksiyonu sonrası oluşan defektlerin dördü parsiyel kalınlıkta olup biri tam kalınlıkta defektlerdi. Tüm hastalar lokal anestezi altında opere edildi. Tüm hastalara inferior pedikküllü posterior auriküler transpozisyonel ada flebi ile tek aşamalı rekonstrüksiyon uygulandı. Parsiyel kalınlıkta defekti olan hastalarda flep, postauriküler cilt ve kıkırdak üzerinden açılan pencere üzerinden anteriora transpoze edildi. Transpozisyon sırasında postauriküler cilt altında kalacak alan deepitelize edildi. Akut postoperatif komplikasyonlar arasında dört hastada işlemin hemen ardından belirgin arteriyel yetmezlik görüldü ancak bu durum postoperatif erken dönemde düzeldi. Postoperatif geç dönemde üç hastada belirgin venöz konjesyon görüldü. Bu hastaların birinde venöz konjesyon spontan gerilerken diğer üç hastaya sülük uygulaması yapıldı. Sülük uygulaması sonrası venöz konjesyon geriledi. Hastaların hiçbirinde hematom, enfeksiyon ve tam flep kaybı izlenmedi. Kronik dönemde bir hastada yüzeyel flep nekrozu görüldü. Nekrotik alanın debribmanı sonrası sekonder iyileşmeye bırakıldı ve ek müdehele uygulanmadı. Takipler sonrası estetik ve fonksiyonel sonuçlar tüm hastalarda oldukça tatmin edici olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Posterior auriküler transpozisyonel ada flebi, anterior kulak defektlerinin rekonstrüksiyonunda lokal anestezi altında ayaktan hastalarda uygulanabilen tek aşamalı ve oldukça kullanışlı bir fleptir. Bu avantajına ek olarak küçük-büyük ve parsiyel-tam kalınlıkta defektler için uygundur. Kulak ile benzer cilt rengine ve dokusuna sahip olması kozmetik sonuçları iyileştirmektedir. Donör alanın primer onarımı ve saklanabilir skar alanı nedeniyle donör saha morbiditesi minimaldir. Postoperatif sonuçlar değerlendirildiğinde estetik ve fonksiyonel sonuçlar oldukça tatmin edicidir.

Anahtar Kelimeler: kulak, kulak defektleri, tek aşamalı onarım, posterior auriküler flep

Şekil 1

A. Preoperatif görünüm B. Eksizyon sonrası posterior auriküler transpozisyonel ada flebinin elevasyon görüntüsü C. Flebin adaptasyonu sonrası erken postoperatif görünüm D. Postoperatif 1. Ay görüntüsü

SB-041

Serbest Grasilis Flebi ile Tüm/ Tüme Yakın Alt Dudak Defektlerinin Rekonstrüksiyonu:2 Vaka Sunumu

Burak Özkan[1], Mehmet Cömert[2], Çağrı A. Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Bursa

Giriş: Alt dudak yüzde estetik bir ünite olmasının yanında; konuşma, beslenme fonksiyonlarına çok önemli katkısı olan bir anatomik yapıdır. Total alt dudak rekonstrüksiyonunda amaç, oral kompetansın restorasyonuyla anlaşılabilir konuşmanın sağlanması ve kabul edilebilir estetik sonuç elde etmektir. Serbest grasilis flebi total alt dudak rekonstrüksiyonunda yeterli pedikül uzunluğu ve çapı, güvenilir dolaşımı, nörotizasyon imkanının olması sebebiyle kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda serbest grasilis flebiyle onarım yaptığımız vakalar sunulacaktır.

Vaka 1: 70 yaşında erkek hasta dudağında 1 yıl önce başlayan ülsere lezyonun giderek büyümesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın alınan insizyonel biyopsinde Skuamoz Hücreli Karsinom gelmesi üzerine hastaya total

alt dudak tümör eksizyonu, bilateral suprahyoid boyun diseksiyonu ve serbest grasilis flebi ile total alt dudak onarımı planlandı. Tümör eksizyonu ve boyun diseksiyonuyla eş zamanlı olarak, sağ grasilis kası pedikülü ve obturator siniri ile diseke edilip kaldırıldı. Kas adaptasyonu, kalan orbiküler kasa 2.0 yuvarlak vikrille kilitlemeli dikiş şeklinde sabitlendi. Arter anastomozu 8.0 dylon ile superior tiroid artere, ven anastomozu internal juguler ven dalına, end to end tarza yapıldı. Sinir anastomozu ise marjinal mandibüler sinire epinöral teknikle koapte edildi. Kas üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti konuldu. Hastaya post-operatif dönemde günde 2 kez 0.6 cc düşük molekül ağırlığında heparin başlandı. Hastanın beslenmesi ilk iki hafta nazogastrik sonda ile sağlanırken, iki hafta sonrasında yumuşak gıdaya geçildi. Hastada dinamik dudak hareketleri 6.aydan sonra komissürde çekinti nedeniyle azalması üzerine hastaya kommisüroplasti yapıldı. Daha geç dönem takibinde ek sorunla karşılaşılmadı.

Vaka 2: 65 yaşında erkek hasta alt dudakta Skuamöz hücreli karsinom nedeniyle dış merkezden tarafımıza sevk edildi. Hastanın 30 paket yılı sigara öyküsü mevcuttu. Hastada yapılan sistem taramasında uzak metastaz görülmemesi üzerine hastaya Level 3 bilateral boyun diseksiyonu, total alt dudak eksizyonu ve serbest grasilis flebi ile total alt dudak rekonstrüksiyonu planlandı. Tümör eksizyonu ve boyun diseksiyonu ardından split grasilis flebi defekte adapte edildi. Adaptasyon esnasında kalan orbiküler kasla maksimum integrasyonuna dikkat edildi. Arter anastomozu 8.0 dylon ile fasial artere ucuca, ven anastomozu internal juguler vene uç yan tarza yapıldı. Sinir anastomozu ise obturator sinirle marjinal mandibüler arasında epinöral teknikle koapte edildi. Kas üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti konuldu. Hastaya post-operatif dönemde günde 2 kez 0.6 cc düşük molekül ağırlığında heparin başlandı. Hastanın beslenmesi ilk iki hafta nazogastrik sonda ile sağlanırken, iki hafta sonrasında yumuşak gıdaya geçildi. Erken ve göç dönem komplikasyon görülmezken, post operatif 6. Ayda hastada dinamik dudak hareketleri gözlendi.

Tartışma ve Sonuç: Tüm ve tüme yakın alt dudak defektlerinin onarılmasında lokorejyonel flepler, serbest flepleri kaldırayamacak hastalarda, teknik ve personel yetersizliğinde halen kullanılmaktadır. Mikrostomi ve geniş skar yaratması bu fleplerin başlıca dezavantajlarındandır. Serbest flep olarak palmaris longus fasyası ile birlikte kullanılan radyal ön kol flebi, alt dudak defektlerinin kapatılmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Dinamik onarım imkanı olmaması, ön kolda bırakılan morbidite bu flebi cazip kılmamaktadır. Grasilis flebi dinamik onarıma imkan tanıması, zaman içerisinde kontraksiyonla küçülmesi, oral komptensı sağlaması, beslenme ve konuşma esnasında gerekli bariyeri sağlaması açısından oldukça avantajlı bir fleptir. Donör saha morbiditesi radyal ön kol flebiyle mukayese edilemeyecek kadar iyidir. Sinir onarımı yapılmadan dahi kasın, orbiküler kasla sıkı temasıyla nöratize olabileceği Ömer Özkan ve arkadaşları tarafından parsiyel latissimus dorsi kasında gösterilmiştir. Bu bağlamda obturator sinir koaptasyonu yeterli orbiküler kas varlığında zaruri olmamakla birlikte kliniğimizdeki vakalarda yapılmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak tüm ve tüme yakın alt dudak defektlerinde serbest grasilis flebini düşük morbidite ile estetik ve fonksiyonel sonuç elde etme açısından oldukça faydalı bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: grasilis kas flebi, serbest flep, alt dudak rekonstrüksiyonu, deri kanseri

Resim 1

Üst: Birinci olgunun preoperatif, intraoperatif ve komisüroplasti yapılmadan önce mikrostomi gelişmiş fotoğrafı Alt: İkinci olgunun intraoperatif ve post operatif 3. ay görünümü.

SB-042

Nazal Tip Defektlerinin Nazolabial Ada Flebi ile Rekonstrüksiyonu

Şeyda Güray Evin

Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Burun, konumu açısından yüzün en belirgin estetik yapısıdır. Yüzün anatomik öncüsüdür ve bu nedenle travmaya karşı oldukça savunmasızdır. (1) Ayrıca baş boyun bölgesinde bazal hücreli ve skuamöz hücreli karsinomdan en sık etkilenen bölgedir.(2) Burundaki kısmi veya tam kalınlıktaki defektlerin rekonstrüksiyonu plastik cerrahinin özellikli alanlarından biridir. Nazal defektlerin rekonstrüksiyonunun amaçları arasında renk ve doku açısından benzer tipte bir rekonstrüksiyon sağlamak ve optimum bir donör saha morbiditesi elde etmektir. Bu amaçla çeşitli lokal ve uzak flepler tanımlanmıştır. Nazolabial cilt, mükemmel renk ve doku uyumu ve nazolabial sulkustaki skarın kamufle olabilmesi ile burun rekonstrüksiyonu için ideal donör bölge olarak kabul edilir. Random patterned kaldırıldığından iki aşamalı bir prosedüre ihtiyaç duyulması bir dezavantaj gibi görülse de son yıllarda tanımlanmış nazolabial ada ve nazolabial perforatör fleplerle bu dezavantaj ortadan kaldırılmıştır. Bu çalışmanın amacı nazal bölgedeki nonmelanositik cilt malignitelerinin rekonstrüksiyonunda nazolabial ada flebinin fonksiyonel ve estetik sonuçlarını sunmaktır.

Materyal-Method: 2019- 2022 yılları arasında burun ucunda skuamöz hücreli ya da bazal hücreli karsinom nedeniyle opere edilen 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda tümöral kitleler aynı cerrah tarafından en az 5 mm sağlam sınır ile eksize edildi. Burunda santralize olmayan defektler için defekt tarafında bulunan anguler arter trasesi işartelendi. Santralize defektler için her iki taraftaki anguler arterler izlenerek kalibrasyonu daha iyi olan taraftan flep planlandı. Nazolabial krizin lateralindeki dokudan eliptik şekilli flep işaretlendi Önce flebin distali insize edildi. Burun lateraline doğru tüm vasküler yapılar açığa çıkarıldı flebin distalinde kalanlar bağlandı. Angüler artere ulaşıldıktan sonra flep angüler arter bazlı ada şeklinde kaldırıldı. Flebin sefalik cilt bağlantıları da ayrılarak tamamen serbestlendi. Subkutan tünel vasıtasıyla flep defekt alana taşındı. Donör alan primer kapatıldı. Hastaların demogafik verileri ve tümör patolojileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. 6. ayda tüm hastaların görüntüsü hasta memnuniyet skalası ile değerlendirildi. (-1:memnun değil, 0:nötr, 1:orta,

2:iyi, 3: çok iyi derecede memnun) Burunda yeni gelişen eksternal ya da internal valv yetmezlikleri analiz edildi.

Sonuçlar: Hastalardan 7'si erkek 5'i kadındı. Hastaların yaş ortalamaları 60,3±9,4 idi. 12 hastadan yalnızca 1'inde total flep nekrozu görüldü başka bir lokal flep ile defekt onarıldı. Diğer hastalarda kısmi ya da total flep kaybı yaşanmadı. Hiçbir hastada hematom ya da yara dehisensi ile karşılaşılmadı. Hastaların 6 aylık takiplerinde tümör nüksüne rastlanmadı. 5 hasta sonuçtan çok iyi derecede, 5 hasta iyi derecede, 2 hasta flepte gelişen ödematöz görünüm nedeniyle orta derecede memnundu. Eksternal ve internal nazal valvlerin 6. ay değerlendirilmesinde yeni gelişen bir valv yetmezliği ile karşılaşılmadı.

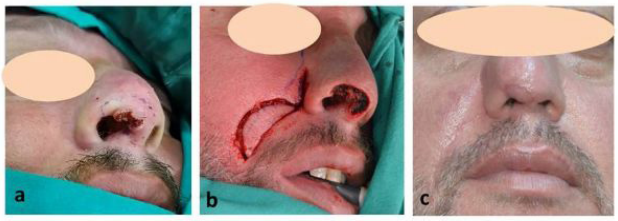
Tartışma: Nazolabial flep, ada şeklinde kaldırıldığında defekt için özel olarak planlanabilir, böylece değişken cerrahi planlara uyum sağlar ve estetik sonuçları da iyidir. Ada flebin geniş rotasyon arkı kolumelladan burun sırtına kadar birçok defekt alanında kullanımına olanak sağlar. Nazolabial ada flebinin güvenilir vaskülaritesi, flebin daha ince kaldırılmasını sağlar böylece burun kontürleri korunur ve köpek kulağı gibi deformitelerden kaçınılır. Nazolabial bölge, donör alanın nazolabial kıvrımda başarılı bir şekilde gizlendiği ideal bir donör alandır. Nazolabial ada flebinin güvenilirliği ve çok yönlülüğü, nazal defektlerin rekonstrüksiyonunda bu flebin uygulama alanını artırmaktadır. (3)

Referanslar:

1. 1. Singh DJ, Bartlett SP. Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. Plast Reconstr Surg. 2003;111:639–48
2. Wesser DR, Burt GB., Jr Nasolabial flap for losses of the nasal ala and columella. Case report. Plast Reconstr Surg. 1969;44:300–2.
3. Prakash S, Panda R, Kumar V, Saha SS, Choudhary L, Pandey A, Reddy JS. Nasolabial Perforator Flap for One-stage Reconstruction of Nasal Defects. J Cutan Aesthet Surg. 2017 Jan-Mar;10(1):22-27.

Anahtar Kelimeler: Cilt kanseri, Nazal rekonstrüksiyon, Nazolabial ada flebi

Vaka



Nazolabial Ada Flebi ile Nazal Rekontrüksiyon Yapışmış Hastanın a) preoperatif b)intraoperatif c) postoperatif 6. ay görüntüsü

SB-044

Modifiye Karapandzic Flebi İle Üst Dudak Rekonstrüksiyonu

Tuğba Akgün, İpek Allı, Özer Özmut, Arda Tınaz, Süleyman Can Ceylan, Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani

Ankara Şehir Hastanesi

Amaç: Üst dudak benign ve malign neoplazmları eksizyonu sonrası ve üst dudak defektlerinde lokal flep uygulamaları sıkça tercih edilen bir yöntem olup kliniğimizde alt ve üst dudak rekonstrüksiyonu yapılmaktadır. Bu çalışmada amacımız kitle eksizyonu sonrası üst dudak defektlerinde modifiye karapandzic flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastalarımızın preop, postop takiplerini, uzun dönem sonuçlarını ve klinik tecrübemizi paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada hastanemiz açılış tarihi olan Şubat 2019 ile Haziran 2022 arasında yapılmış olan Modifiye Karapandzic flep ile onarılan 2 hasta dahil edilmiştir. Hastaların öntanı süreci, preop, postop ve uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: 1 numaralı 82 yaş erkek hasta 3-4 aydır üst dudak santralinde bulunup gingivobuccal mukozayı da infiltre eden, dış merkez punch biyopsi ile SCC tanılı lezyonu ile başvurdu. Preop tetkiklerde bilateral level 1B ve 2A-B yerleşimli kısa aksı 10 mm'yi geçmeyen multıple lenf nodları tespit edildi. Hastaya aynı seansta tümör eksizyonu ve bilateral level 5 boyun diseksiyonu operasyonu planlandı. Tümörün enblock eksizyonunu takiben defekt Modifiye Karapandzic Flep ile rekonstrükte edildi. İntraop ve postop cerrahi komplikasyon gelişmedi. Tümör dokusunun patolojik incelemesi SCC olarak değerlendirilmiş, cerrahi sınırlar 0,5 cm ile 2 cm olarak değerlendirilip uygun bulunmuştur. Uzun dönem değerlendirmede hasta minimal drolling tariflemekte fakat yemek yiyebilmekte, hipoestezi tariflemedi, üfleme hareketi mevcut. 2 numaralı 67 yaş erkek hasta 6 aydır bulunan üst dudakta dermatoskopik SCC öntanılı lezyonu ile başvurdu. Preop tetkiklerde bilateral level 1b, level 2a lokalizasyonlarında en büyüğü 8-9 mm çapta birkaç adet lenf nodu tespit edildi. Tümör eksizyonunu takiben defekt Modifiye Karapandzic Flep ile rekonstrükte edildi. İntraop ve postop cerrahi komplikasyon gelişmedi. Tümör dokusunun patolojik incelemesinde histopatolojik tanı az diferansiye SCC olarak değerlendirilmiş, cerrahi sınırlar 0,5 cm ile 0,8 cm olarak değerlendirilip uygun bulunmuştur. Uzun dönem değerlendirmede hastadrolling ve hipoestezi tariflemedi, üfleme hareketi mevcut.

Sonuçlar: Üst dudak rekonstrüksiyonunda Modifiye Karapandzic flep diğer fleplerle (estlander, burrow, webster-bernard, abbe vb.) karşılaştırıldığında nörovasküler yapıların korunarak motor ve duyu fonksiyonların korunduğu tek aşamalı bir teknik olması, oral orifisi daha az daraltması avantajdır. Modifiye Karapandzic Flep tarihsel süreçte bu avantajlarıyla önemini korumuştur; erken ve geç post-op dönemdeki başarılı sonuçlarıyla da önemini korumaya devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Karapandzic, rekonstrüksiyon, üst dudak

SB-045

Skuamöz Hücreli Karsinom Gelişen Epidermolizis Bülloza ve Cerrahi Tedavi Yaklaşımı

Mertcan Karagül, Özlenen Özkan, Mehmet Tapan, Abdülhadi Özsüren, Ömer Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Antalya

Giriş: Epidermolizis bülloza(EB) seyrek görülen, deri ve mukozalarda frajilite artışına bağlı travmalar sonucu tekrarlayıcı bül oluşumu ve epidermal erozyonlarla karakterize çok sayıda bozukluğu içerisine alan hastalık grubudur. Bül oluşumunun nedeni dermoepidermal bileşkede bulunan proteinleri kodlayan genlerde meydana gelen mutasyonlardır. Hastaların büyük kısmında bulgular doğumdan hemen sonra başlar. EB simpleks(EBS), junctional eb(JEB), distrofik eb(DEB) ve kindler sendromu olarak dört ana gruba ayrılır. Olguların 90%'sinden fazlası EBS, yaklaşık 5%'i DEB, 1% JEB ve geri kalan yüzdesi sınıflandırılamayan tip olarak bildirilmektedir. JEB ve DEB gibi şiddetli formlarda belirgin morbiditeye ve kimi zaman mortaliteye neden olabilecek deri dışı komplikasyonlar eşlik edebilir.

Epidermolizis bülloza hastalarında, özellikle distrofik tip EB'de kronik skar alanlarından skuamöz hücreli karsinom gelişme riski yüksektir.

Olgu sunumu: 14 yaşındaki epidermolizis bülloza tanılı erkek hasta; sağ ayak, sırt, sakral bölge, servikal bölge üzerinde açık yaralar ve her iki el ve ayakta mevcut olan kontraktürler nedeniyle Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi servisine yatırılmıştır. Sağ ayak dorsumundan ayak distaline kadar uzanım gösteren ve uzun zamandır bulunan destrükte görünümlü ülseratif lezyondan insizyonel biyopsi materyali alınmış ve patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlanmıştır. Hasta için yapılan inguinal ultrasonografi sonucunda patolojik lenfomegali saptanmıştır. Sonrasında hastanın sağ aksiller, boyun sol laterali, ve sırt orta hatta bulunan açık yaralarından çoklu insizyonel biyopsiler alınmış olup patoloji raporları non-akantolitik subepidermal ayrışma ve ülserasyon/granulasyon dokusu olarak sonuçlanmıştır.

Hasta için sağ diz altı amputasyon ve sağ inguinal diseksiyon operasyonu yapılmıştır. Amputasyon materyali ve sağ inguinal diseksiyon ile elde edilen lenf nodu materyalleri patolojiye gönderilmiştir. Hastanın amputasyon materyali patolojisi onyedi cm çapında iyi derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlanmış, tümörün yağ doku ve lenfovasküler yapılara invaze olduğu görülmüştür. Patoloji sonucunda eksize edilen yedi lenf nodunun altısında skuamöz hücreli karsinom metastazı saptanmıştır. Yara iyileşmesini takiben hasta PET görüntüleme sonrası Pediatrik Onkolojiye yönlendirilmiştir.

Tartışma: EB; özellikle deri ve mukozal yüzeyleri etkileyen, mekanik travma sonrası bül oluşumuyla karakterize genetik bir hastalıktır. Mutasyon sonucu epidermisin dermis ile bağlantısını sağlayan proteinlerde disfonksiyon ya da sayıca yetersizlik meydana gelir.

Büller genellikle mekanik travmanın olduğu bölgelerde görülür. Tırnaklarda şekil bozuklukları çoğu hastada mevcuttur.

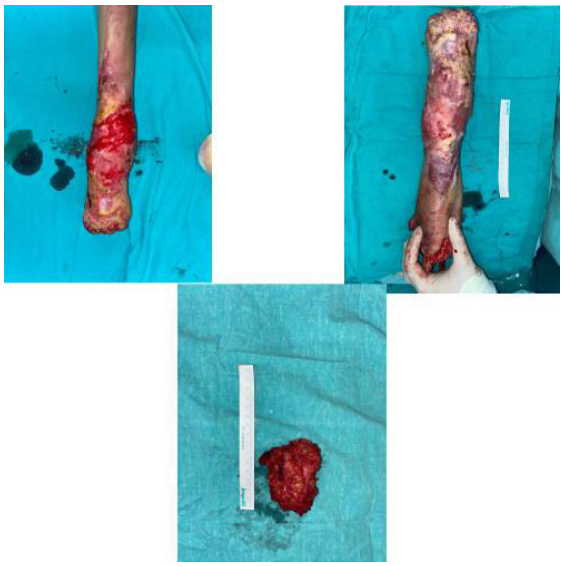
Skuamöz hücreli karsinom bildirilen en ciddi ve ölümcül olabilen komplikasyondur. Hastaların çoğunda erken yaşta en az bir bölgede skuamöz hücreli karsinom gelişmekte ve bu hastaların 80%'i agresif cerrahi eksizyona rağmen uzak metastazlar nedeniyle kaybedilmektedir. Hastalarda sikatris üzerinde, kontrolsüz epidermal proliferasyonun skuamöz hücreli karsinoma zemin hazırladığı bilinmektedir. Özellikle epidermodermal bileşkede bulunan bağlayıcı kollajen kaybı dermal bölgede artmış vasküler endotelyal faktör (VEGF) ve trombospondin miktarı ile ilişkilidir. VEGF ve trombospondin artışı ise anjiyogenezi arttırarak skuamöz hücreli karsinom gelişimini tetiklemektedir. Ayrıca bazal lamina yapısının bozulması da skuamöz hücreli karsinom gelişiminde rol oynamaktadır.

EB hastalığının tam tedavisi yoktur, yaklaşımlar genel olarak palyatif amaçlıdır ve multidisipliner kontroller ile semptomlar azaltılabilir. Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi açısından yara bakımları, el-ayak-boyunda görülen kontraktürlerin açılması ile fonksiyonelliğin arttırılması sık tedavi çeşitleridir. Gen terapileri henüz deneyseldir, birçok ileri araştırmaya ihtiyaç duymaktadır fakat umut vadedicidir.

Sonuç: EB, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen, kronik seyirli ve yaşam kalitesini belirgin ölçüde düşüren, tam tedavisinin henüz mümkün olmadığı bir hastalık grubudur. Cilt ve cilt dışı komplikasyonlar sıkça görülür ve tedavi multidisipliner yönetilmelidir. Bu hastalarda skuamöz hücreli karsinom gelişme sıktığı normal popülasyona göre artmış olup hastanın fizik muayenesinde ve açık yaralarının takibinde mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Deri Kanseri, Epidermolizis Büllosa, İnguinal Diseksiyon, Skuamöz Hücreli Karsinom

Hasta Fotoğrafı



SB-046

Sakral Bölge Rekonstrüksiyonunda Katmanlı Onarım: Bipediküllü Bilaminar Gluteal Flep

Safa Eren Atalmış, Hüseyin Emre Ulukaya, Merve Terzi, Tahir Babahan, Cenk Demirdöver

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalı, İzmir

Giriş: Sakral bölgedeki büyük boyutlu benign veya malign tümörlerin eksizyonu sonucu oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu için farklı alternatif teknikler mevcuttur. Özellikle malign veya büyük boyutlu kitlelerin eksizyonu sırasında oluşan defektin büyüklüğü,şekli ve defektin derinliği rekonstrüksiyon operasyonları sonrasındaki postoperatif komplikasyon risklerini belirleyen önemli ölçütlerdir. Malign kitleler nedeniyle gerçekleştirilen sakrektomi operasyonu sonucu derin ve ölü boşluk miktarının fazla olduğu defektlerin rekonstrüksiyonu için serbest flepler veya daha sıklıkla lokal kas flepleri tercih edilse de tercih edilecek kas flebinin tasarımı önem arz etmektedir. Sıklıkla rotasyon, V-Y ilerletme fleplerinin tercih edildiği sakral defektler için tarafımızca tanımlanan bipediküllü bilaminar gluteal flep seçeneği katmanlı onarım sayesinde ölü boşluk ve yara iyileşme komplikasyonlarını azaltmakta, postoperatif mobilizasyon dengesini korumaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bipediküllü bilaminar gluteal flep tekniğinin tarafımızca tanımlanmasının ardından sakral bölgede defekt açısından tarafımıza peroperatif dönemde danışılan sakral bölgede defekti olan 2 olguda bu flep tekniğini gerçekleştirdik. Kordoma ve skuamöz hücre karsinomu ön tanılarıyla DEÜTF Hastanesi genel cerrahi ve ortopedi birimlerince opere edilen, abdominoperineal rezeksiyon ve sakrektomi operasyonları gerçekleştirilen iki olgu defektin rekonstrüksiyonu açısından tarafımıza yönlendirmişti. Olgulardan birincisinde defektin etiyolojisinde kordoma eksizyonu yer alırken diğer olgu anal sfinkter tutulumu olan perineal bölgede yerleşimli SCC ön tanısıyla opere edilmişti. SCC ön tanısıyla opere edilen olgunun peroperatif dönemde sakrum tutulumunun da fark edilmesi üzerine iki olguda da sakrektomi ilgili birimlerce gerçekleştirilmiş ve operasyon sonrası kanama kontrollerinin sağlanmasının ardından tarafımıza rekonstrüksiyon açısından devredilmişti.

Cerrahi Teknik: Sakral bölgedeki defektin tanımlanması, boyut ölçümlerinin yapılmasının ardından olgular gluteal bölgede varsa geçirilmiş cerrahi ve yaralanmalar açısından değerlendirildi. Defekt boyutu ve derinliğinin tanımlanmasının ardından orta hatta gluteal kaslarından üzerinden fasiyokütan flepler eleve edilmeye başlandı. Ardından sakrektomi sonrası eksize edilmiş alandaki gluteus maksimum kaslarının medial kenarları tanımlanarak kas altı planda kaslar eleve edilerek hem kas hem de fasiyokütan fleplerin birbirinden ayrı olarak elevasyonu defekt kenarlarından başlayacak şekilde sağlanmış oldu. Superior ve inferior gluteal arter perforanlarının orta hat ve trokanter majus arasındaki mesafenin lateral 1/3'lük kısmında sayıca az yerleşimli olmasından dolayı apeksleri trokanter majustan orta hatta çizilen horizontal planın 2/3 lateralinde kalan açıklığı mediale bakan kresentrik insizyonlar sayesinde fasiyokütan fleplerin tasarımı bipediküllü olarak tamamlanmış oldu. Fleplerin gluteal kas üstünde tam mobilizasyonunun sağlanması sonrasında fleplerin orta hatta gergin olmadan yerleşimleri konfirme edildi.Kas flepleri altına dren yerleştirilmesi sonrası eleve edilen gluteal kas flepleri orta hatta 0 PDS ile over over onarılarak sakrektomi sonrası oluşan kemik defektinin üzeri örtüldü. Fasiyokütan flepler orta hatta katmanlara uygun olarak sütüre edildi. Relaksasyon insizyonları sonrası oluşan defektler ise laterallerdeki cilt fleplerinin underminininginin sağlanmasının ardından primer olarak sütüre edildi. 2. Olgunun sol lateral defektinin primer sütüre edilememesi üzerine orta hatta ve sağ lateral bölgedeki defektlerin primer onarımı sonrası gelişen dog-ear defomitelerinin eksizyonu sırasında elde edilen tam kalınlıklıktaki deri greftleri ile bu bölgedeki defekt onarıldı. Orta hatta kas planı altına ve kas planı üstüne 2 adet, relaksasyon insizlarına sekonder gelişen lateral defektlerin altına da iki taraflı 1'er adet hemovak dren uygulaması sütürasyon öncesi tamamlandı. Olgular postoperatif dönemde prone pozisyonunda sağ yan ve sol yan 45derece yatışa izin verilerek yatırıldı ve bası yarası gelişiminin önlenmesi açısından aralıklı pozisyon değişikliği sağlandı. Postoperatif erken dönemde bir hafta süreyle mobilizasyonu kısıtlanan olgular fizyoterapist eşliğinde uyluk fleksiyona gelmeyecek şekilde mobilize edildi.

Bulgular: Kordoma ön tanısıyla opere edilen olguda defekt boyutları 10x20x12 cm iken SCC tanısıyla opere edilen olgudaki defekt boyutu 15x25x13 cm idi. Özellikle defektlerin eliptik şekilleri nedeniyle seçilen bu flep sonrasında opere edilen iki olgunun da yara iyileşmesinde erken dönemde sorun gözlenmez iken perianal SCC ön tanısıyla opere edilen olguda postoperatif 1.ayda barsak anastomoz kaçağı sonrası geliştiği düşünülen batın içi yaygın enfeksiyon ve peritonit bulguları nedeniyle sütür hattında pürülan akıntı ve seperasyon gelişmesi üzerine hastanın ilgili komplikasyon nedenli tedavisi genel cerrahi bölümünce sürdürüldü. Olguların patoloji sonuçları preoperatif tanılarına uygun olarak raporlandı ve iki olguda postoperatif dönemde radyoterapi almalarına rağmen flep viabiliteleri ve skar alanlarında sorun gözlenmedi. Olguların mobilizasyon kusurlarının olmadığı, uyluk fleksiyonu ve ekstansiyonunda güç kaybı yaşanmadığı görüldü.

Tartışma: Sakral bölge defektlerinin boyutu, derinliği ve defektin şekli göz önüne alındığında yapılacak olan rekonstrüksiyon cerrahisi için farklı alternatifler mevcut olsa da özellikle malign natürdeki kitlelerin eksizyonu sonrası adjuvan kemoterapi ve radyoterapi tedavileri yara iyileşmesi komplikasyonlarını arttırmaktadır. Tarafımızca tanımlanan bipediküllü bilaminar gluteal kas ve fasiyokütan flebinin kullanıldığı iki olguda da malign natürdeki kitleler nedeniyle genel cerrahi bölümünce abdominoperineal rezeksiyon ve ortopedi bölümünce sakrektomi operasyonları gerçekleştirilmişti. Bu majör operasyonlar sonrasında adjuvan olarak başlanacak tedaviler için yara iyileşme sürecinin kısa tutulması gerekmektedir. Bu aşamada rekonstrüktif olarak seçilecek yöntem önem arzetmekte olup tarafımızca tanımlanan bu teknik ile opere edilen iki olgunun postoperatif dönemdeki iyileşme süreci olağandan daha kısa sürmüştür. Özellikle kas fleplerinin orta hatta sling yapısıyla yeniden sütürasyonu ve kemik defekt üzerinde kas dokularından sağlanmış olan örtü sayesinde ölü boşluğun hacimli dokularla giderilmesi enfeksiyon, seroma gibi komplikasyonları azaltacağını öngörmekteyiz.

Sonuç: Sakral bölge defektleri için defektin tipi, boyutu ve derinliği rekonstrüktif seçenekler için önem arzmektedir. Eliptik defektler için uygun olan bu teknik, abdominopelvik rezeksiyon ve sakrektomi operasyonları sonrasında gelişen sakral defektlerin rekonstrüksiyonu için postoperatif dönemde adjuvan kemo/radyoterapi süresini geciktirmeden uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: bilaminar bipediküllü flep, perianal skuamöz hücreli karsinom, sakral bölge rekonstrüksiyonu, sakrektomi

SB-047

Skuamoz Hücreli Karsinom Hastalarında Rekürrens Parametlerinin Değerlendirilmesi:347 Hastanın Uzun Dönem Analizi

Süleyman Yıldızdal, Gökberk Çavusoğlu, Mert Çalış, İbrahim Vargel

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

Deri kanserleri Dünya'da en sık görülen kanserlerdir. Tüm deri kanserleri içerisinde ikinci en sık görülen deri kanseri skuamoz hücreli karsinomdur(SCC). En yüksek risk faktörü güneş ışığıdır. Yaş, cinsiyet, sigara içiciliği, Fitzpatrick tip 1-2 cilt yapısı, kanser öncülü lezyonlar ve immünsüpresyon diğer risk faktörleri olarak sayılabilir. DNA onarım mekanizmasının bozuk olduğu kseroderma pigmentosum ve albinism gibi genetik bozukluklarda yine sıklığı artar.

SCC tedavisinde eksizyon, kemoterapik ajanlar ve radyoterapi gibi farklı tercihler olsa da lezyonun tamamen çıkarılması altın standart tedavi yöntemidir. Güncel tedavi algoritmalarına göre 4-6 mm cerrahi sınırla lezyonu çıkarmak ve mikroskobik olarak sağlam sınırlar elde etmek düşük riskli SCC tedavisinde yeterli görülmektedir. Yüksek riskli SCC tedavisinde 10 mm kadar klinik sınırla çıkarılması önerilmektedir. Ancak yüz gibi kozmetik ve fonksiyonel olarak önem arz eden bölgelerde yeterli sınırla çıkarmak her zaman mümkün olmayabilir. SCC sonrasında rekürrens oranları farklılık göstermekle beraber 5 yılda rekürrens oranı %6-14 olarak düşünülmektedir. Rekürrens ile ilişkili faktörler arasında tümör kalınlığı, boyutu, perinöral invazyon, tümör bölgesi ve tipi sayılabilinir.

Histopatolojik olarak yakın cerrahi sınırlar reeksizyon açısından tartışmalıdır. Literatürde bununla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmalarda genellikle erken dönemde rekürrens oranları göz önüne alınmış ancak geç dönemde rekürrens oranları ile ilgili yeterli veri mevcut değildir. Yakın bir mikroskobik sınırla çıkarılan lezyonlarda rekürrens ihtimali de göz önüne alındığında tekrar bir cerrahi kararı veya diğer tedavi modaliteleri kararı vermek hem hasta hem de doktor açısından oldukça güçtür.

Bu çalışmanın amacı yeterli sınırlarla çıkarılan SCC hastalarında rekürrens oranlarını görmek ve rekürrens ile ilişkili olabilecek faktörleri araştırmaktır. Ayrıca eksizyon sonrasında sınırları mikroskobik olarak yakın olan haslarda reeksizyon sonrasında tümör oranlarını görebilmektedir.

Retrospektif olarak 2012-2018 yılları arasında 347 SCC lezyonu eksize edilmiştir. Hepsi güncel NCCN kılavuzlarındaki klinik sınırlara uyularak çıkarılmıştır. Rekürrens olarak en az 1 sene sonra, önceki lezyonla aynı yerde oluşan lezyonlar kabul edilmiştir. Bu çalışmada toplam 32 hastada (%9.2) rekürrens görülmüştür.

347 hasta içerisinde ortanca yaş 66'ydı. En genç hasta 6 yaşında ve en yaşlı hasta 102 yaşındaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların 232'si erkek ve 115'i kadındı. Cinsiyet ile rekürrens arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Ancak bu çalışmada rekürrens görülen hastalarda yaş istatiksel olarak anlamlı şekilde daha küçüktü($p<0.001$).

Çalışmaya dahil edilen 347 hastada en sık (%66) iyi diferansiye SCC görülmektedir. Gruplar arasında sayısal olarak uygun dağılım olmadığından bu çalışmada kanser alt tipi ile rekürrens arasında istatiksel olarak bir ilişki görülmemiştir. SCC yerleşim bölgesine göre yüz, ekstremiteler, gövde ve oral kavite olarak sınıflandırılmıştır. Kanser yerleşimine bakıldığında en yüksek rekürrens oranı (%12) oral kavite kanserlerinde görülmüştür.

347 hastada tümör genişliğine bakıldığında 1 mm-230 mm arasında görülmüştür. Ortalama tümör genişliği 26.4 mm'di. Bu çalışmada tümör genişliği ile rekürrens arasında istatiksel olarak ilişki görülmemiştir. Ancak rekürrens olan hastalarda klinik olarak ortalama tümör genişliği daha büyüktü. Eksizyon sonrasında histopatolojik olarak 1 mm ve altında sınır olan hastalarda 21 rekürrens görülürken 3 mm ve altında 25 rekürrens görülmüştür. Rekürrens olan hastalarda ortalama histopatolojik sınır 3 mm iken rekürrens olmayan hastalarda ortalama 9.4'tü. Histopatolojik olarak temiz fakat yakın sınırı olan hastalarda rekürrens oranı artmaktadır($p<0.5$).

Derinde retiküler dermisi geçmiş ve altta yağ doku, kas, kemik, kıkırdak, perikondrium, perinöryum veya parotis invazyonu olan 107 hasta bulunmaktaydı. Derin doku invazyonu olan hastalarda rekürrens %13.1 iken olmayanlarda %7.5 olarak görülmektedir. Tümörün derinde infiltre ettiği dokunun olması rekürrens ihtimalini arttırmaktadır.

Çalışmaya katılan 347 hasta içerisinde ilk eksizyonel cerrahi sonrasında 102 hastada sınırların herhangi birinde devamlılık görülmüş veya histopatolojik olarak yeterli sınırlar elde edilememiş ve hepsinde reeksizyon yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 245(70.6%) hasta tek cerrahi geçirmiştir. Tek cerrahi geçiren 245 hastada takip sırasında 20 hastada (8.2%) rekürrens görülmüşken çoklu cerrahi geçiren 102 hastadan 12'sinde(11.8%) rekürrens görülmüştür. Birden fazla cerrahi geçiren 102 hastada yapılan reeksizyon sonrasında 73 hastada (%71.6) inflamasyon lehine patoloji görülmüşken 29 hastada (%28.4) eksizyon sonrasında rezidü tümör ve displastik değişiklikler görülmüştür. Reeksizyon sonrasında rezidü tümör olan hastaların 8'inde(%27.6) daha sonra rekürrens görülmüştür. Reeksizyon sonrasında histopatolojik olarak inflamasyon bulguları olan hastaların 4'ünde(%5.5) rekürrens görülmüştür. Bu bilgiler eşliğinde çoklu cerrahi sonrasında rekürrensin değişmediği, önemli olanın nihai histopatolojik temiz sınır elde etmek olduğu söylenebilinir. Ancak reeksizyon sonrası kanserin devam ettiği hastalarda rekürrens oranı daha yüksektir.

347 hastanın 29'u SCC'ye bağlı ölmüştür. Ölen hastaların %27'.6'sında ve yaşayan hastaların %7.5'inde rekürrens görülmüştür. Rekürrens olan hastalarda ölüm istatiksel olarak artmıştır. Odds oranına bakıldığında rekürrens olanlarda ölme riski rekürrens olmayanlara göre 4.7 kat daha fazladır.

SCC hastalarında tedavi sırasında sentinel lenfanektomi yerine elektif diseksiyon olan toplam 77 hasta vardır. Hastaların 41'ine sentinel lenfadenektomi yapılmıştır. Elektif diseksiyon yapılan hastalarda rekürrens görülme oranı %15.6 iken yapılmayan hastalarda %7.4'tür. Elektif diseksiyon yapılan hastalarda rekürrens oranı istatiksel olarak daha fazladır. Bunun sebebi olarak elektif diseksiyon hastalarında klinik muayenede muhtemel lenf nodu veya metastatik lezyonun görülmüş olması olabilir. Ayrıca uzak metastazı olan hastalarda ve cerrahi sonrasında ek olarak kemoterapi/radyoterapi alan hastalarda da rekürrens daha yüksek görülmüştür.

Sonuç olarak SCC hastalarında rekürrens birden fazla parametreden etkilenmektedir. En önemli faktörlerden birisi yakın sınırlarla eksizyonunun yapılmasıdır. Bu çalışmada görülen diğer risk faktörleri derin doku invazyonu, reeksizyon yapılan hastaların patolojisi, elektif diseksiyon yapılma ihtiyacı, tümörün boyutu ve uzak metastaz olma durumudur. Ayrıca rekürrens olan hastalarda sağkalım belirgin olarak azalmakta ve ek olarak kemoterapi/radyoterapi görme olasılığı artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: SCC, deri kanseri, rekürrens, histopatolojik sınır, sağkalım

SB-048

Malign Melanom Tanılı Hastaların Cerrahi Tedavisinde Klinik Tecrübelerimiz

Ömer Özkan, Taylan Cihan Zöhre, Mehmet Tapan, Özlenen Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Kanser türleri içerisinde en sık görülen deri kanserleridir. Deri kanserleri arasında en sık görülen tipi ise yaklaşık 80% oranla bazal hücreli karsinomdur. Malign melanom ise deri kanserlerinin 1%'ini oluşturmasına rağmen cilt kanseri nedenli ölümlerin en sık sebebidir. Nöral krestten köken alan melanositlerin malign transformasyonu sonucu ortaya çıkan bu kanser türü deri dışında gastrointestinal sistem, göz ve beyinde de görülebilmektedir. Erkeklerde yaşam boyu %2,67, kadınlarda ise %1,79 olarak gelişme riski belirlenmiştir.

Risk faktörleri arasında güneş maruziyeti, aile hikayesi, mavi göz-açık renkli saç, çok sayıda displastik melanositik nevüs bulunması, immünsüpresif durumlar(transplantasyon öyküsü olan hastalar ve hematolojik malignensiler) yer almaktadır.

Cerrahi tedavisinin tamamlanmasının ardından 2 sene içerisindeki rekürrens oranları %13,4 olarak saptanmıştır. Rekürrens oranlarını arttıran faktörler arasında lezyonda ülserasyon mevcudiyeti, mitotik figürlerin >3 olması, ileri klinik evre (2C ve üzeri) yer almaktadır. Baş boyun tümörlerinde rekürrens oranı gövde ve alt ekstremiteye oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Hastaların cerrahi tedavisinde National Comprehensive Cancer Network tarafından 2016 yılında yayınlanan kılavuza göre Breslow kalınlığına göre cerrahi marjin 0,5-2 cm arasında olacak şekilde eksizyon önerilmektedir.

Breslow kalınlığı 0,75mm altında olan melanom hastalarında SLNB önerilmezken, 1-4mm arasındaki hastalara SLNB önerilmektedir. Breslow kalınlığı 0,75-1 mm arasında olan hastaların ise klinik durumu göz önünde bulundurularak SLNB önerilmektedir.

Malign melanom hastaları için klinik yaklaşımımız cerrahi sınır 2 cm ve üzeri olacak şekilde geniş eksizyon, palpabl lenf nodu ve USG'de şüpheli leyonu olmayan hastalarda Breslow kalınlığına bağlı olarak 1-4mm arasındaki lezyonlara SLNB, >4mm lezyonlar için ise profilaktik lenf nodu diseksiyonu uygulanmaktadır.

Hastalar ve Metodoloji: Retrospektif olarak kliniğimizde yapılan çalışmada toplamda 49 malign melanom hastası tespit edilmiş olup hastaların 28'i erkek, 21'i kadındır. 49 hastanın ortalama yaşı 57,85 olup, bu yaş literatürde belirtilen 59 yaşı ile uyumludur. Erkek malign melanom hastalarının yaş ortalaması 59,85'tir (9-81). Kadın malign melanom hastalarının yaş ortalaması 55,21'dir (14-82). Hastalardan elde edilen veriler (yaş, cinsiyet, rekürrens oranı) literatürle karşılaştırılmıştır. Hastalar operasyon sonrası dönemde ortalama 986 (16-2260) gün arası takip edilmiştir.

Sonuçlar: Toplam 49 malign melanom hastasının 11 'ine diseksiyon yapılmıştır. Lenf nodu diseksiyonu uygulanan bu hastaların 3'ünde metastaz gözlenmiştir. Malign melanom tanılı 19 hastaya sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanan hastaların 4 tanesinde patolojisinde sentinel lenf nodunda metastaz saptanmıştır. Toplam 49 malign melanom tanılı hastadan 1 hastada nüks gözlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda Clark ve Breslow sınıflamalarından bağımsız olarak sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan hastaların yaklaşık %4 ila %5.2'sinde sentinel lenf nodu metastazı saptanmıştır.

Sonuç: Literatür ışığında, 2 yıl içerisinde baş-boyun bölgesinde, SLNB pozitifliği bulunan ve hızlı büyüme paterni gösteren malign melanom hastalarında rekürrens oranı primer bölgede 13,4% olarak belirtilmektedir. Literatür ile karşılaştırıldığında kliniğimizde gözlenen nüks oranı(2,04%) anlamlı oranda düşük olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri, Malign Melanom, Nüks oranları

SB-049

Cilt Kanserlerinde Kliniğimize Ait Sentinel Lenf Nodu Tecrübelerimiz

Bilge Kağan Aysal, Zeynep Öykü Gürel, Özlem Çolak, İlker Üşçetin, Ayça Şahin, Harun Erbek

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

CİLT TÜMÖRLERİNDE SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİSİ TECRÜBELERİMİZ

Giriş: Sentinel lenf nodu (SLN) biyopsisi, cilt malign melanomlarında kullanılmaya başladıktan sonra tümör cerrahisinde çok önemli bir bileşen haline gelmiştir (1). Sentinel lenf nodu, tümörü drene eden ilk veya ilk iki lenf noduna verilen isimdir. SLN'nin frozen kesitler halinde analizi ile patolog tarafından intraoperatif olarak incelenmesinden sonra, SLN'de tümör tutulumu olup olmaması bölgesel lenf nodu (RLN) diseksiyonları için karar verme sürecine yardımcı olmaktadır. Ayrıca santral yerleşimli tümörlerde, lenf nodu tutulumunun olduğu doğru unilateral RLN bölgesinin belirlenmesinde ve bilateral tutulumun olup olmadığının ortaya konması konusunda oldukça faydalıdır. Bu çalışmada SLN biyopsileri ile ilgili verilerimizi paylaşmak amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod: Çalışmamız, deri tümörü hastalarını içeren retrospektif bir klinik çalışmadır. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümünde 2010-2022 dönemini kapsayan kayıtlar manuel olarak kontrol edilmiştir. Malign melanomlu veya melanom dışı cilt kanserli hastalardan SLN biyopsisi olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların cinsiyetleri ve yaşları, SLN için frozen kesit patoloji sonuçları, incelenen SLN sayısı, RLN'lerin yerleri ve RLN'lerin diseksiyon durumları dokümante edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 105 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşları 23 ile 91 (Ortalama 63,5 ±14,6) arasında değişmekte olup, hastaların %57,6'sı (n=60) erkektir. Hastaların %48'inde skuamöz hücreli deri karsinomu (SCC) (n=50), %42'sinde kutanöz malign melanom (MM) (n=44) bulunmaktadır. Hastaların %9,6'sında SCC veya MM dışında deri tümörleri bulunmaktadır (n=10).

114 anatomik RLN bölgesinden toplam 209 SLN çıkarılmıştır. Bunların 35'i aksiller, 23'ü II-V seviyeleri dahil olmak üzere boyun, 21'i inguinal, 16'sı submandibular, 10'u pre-auriküler/parotis, 4'ü post-aurikular, 2'si submental, 2'si popliteal ve 1'i pelvik bölgelerdir. 9 hastada iki farklı anatomik lenf nodu bölgesinde SLN saptanmıştır. Hastaların %17,3'ünde pozitif SLN tutulumu saptanmış olup ve hastaların %20,1'ine RLN diseksiyonu yapılmıştır.

Tartışma: SLN biyopsisinin amacı klinik olarak saptanamayan LN tutulumlarını veya mikro metastazları saptamaktır (2). Sunulan çalışmanın sonuçları on yılı

aşan uzun bir zaman dilimini kapsamaktadır. Normal şartlar altında ileri evre cilt kanserleri ve N+ (Klinik olarak saptanan RLN tutulumu) bulunan hastalara genellikle RLN diseksiyonları yapılır. Ancak in situ tümörler ile ileri evre tümörler arasında erken evre tümörler için bir pencere vardır. Bu çalışma grubunda SLN biyopsisi, dahil edilen hastaların %80'inde gereksiz RLN diseksiyonlarını önlemiştir.

Sonuç: SLN biyopsileri gereksiz RLN diseksiyonlarını etkili bir şekilde önleyebilir. Sunulan çalışmanın sonunda ortaya çıkan olağan anatomik lokalizasyonların lenfatik drenaj paternleri, dahil edilen hasta grubu büyük olmasa da meslektaşlarımız için oldukça yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: sentinel lenf nodu biyopsisi, melanom, scc, diseksiyon

SB-050

Random Flep Modelinde Meydana Gelen Biyokimyasal ve Histolojik Değişikliklerin İndosiyanin Yeşili Floresan Anjiyografi Değişiklikleri ile Karşılaştırılması ve Korelasyonu

Erkan Deniz[1], Kemal Fındıkçıoğlu[1], Mert Doruk[1], Tuba Saadet Deveci Bulut[2], Özlem Gülbahar[2], Süheyla Esra Özkoçer[3], Çiğdem Elmas[3]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Flep cerrahisinde en sık görülen komplikasyonlardan birisi özellikle flep distalinde perfüzyon yetersizliği sonucu oluşan nekrozdur. Literatürde flep perfüzyonunun monitörizasyonu için pek çok yöntem bulunmaktadır. Flepte meydana gelen biyokimyasal değişikliklerin takibi ve indosiyanin yeşili floresan anjiyografi bunlardan bazılarıdır. Amacımız iyi, orta ve kötü perfüzyona sahip flep bölgelerinde metabolik ve histolojik değişiklikler oluşurken flep perfüzyonunu gerçek zamanlı olarak gösteren floresan anjiyografik verileri ortaya koymak ve aynı zamanda perfüzyonun zamanla bozulacağı distal bölgelerde hangi belirteçlerin daha erken sinyal verdiğini bulmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada 30 adet Wistar Albino türü sıçan kullanıldı. Her grupta 6 adet sıçan olacak şekilde 5 ana deney grubu oluşturuldu. Tüm sıçanlarda 4x12 cm'lik kaudal bazlı modifiye McFarlane flep modeli hazırlandı. Flep kaldırıldıktan hemen sonra yerine iade edilerek dikildi. Ardından her grup kendi saatinde, flep perfüzyonunun tespiti için SPY floresan anjiyografi ile analiz edildi. Flebin proksimal, orta ve distal bölümlerinin perfüzyon düzeyleri yüzdelik olacak şekilde SPY-Q programı kullanılarak hesaplandı. Ardından flep proksimal, orta ve distal bölge olacak şekilde 3 eşit parçaya bölündü. Her perfüzyon bölgesinin merkezinden deri biyopsileri alındı. Alınan biyopsiler biyokimyasal ve histolojik analize gönderildi. Biyokimyasal olarak; Glukoz, Laktat, IL-6, IFN gamma, VEGF, MDA (malondialtehid) ve Glutatyon (GSH) düzeyleri ölçüldü. Histolojik olarak inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve kollajen lif yoğunluğu, dejeneratif belirteçlerden nekroz, dermal ödem, dermis içine kanama (hemoraji) ve kan damarı içinde pıhtılaşma (tromboz) değerlendirildi. İmmünohistokimyasal olarak da anti-laktat dehidrogenaz düzeyleri ölçüldü. Bu işlemler Grup 1'de flep kaldırıldıktan hemen sonra, Grup 2'de 1 saat sonra, Grup 3'te 3 saat sonra, Grup 4'te 6 saat sonra, Grup 5'te 24 saat sonra yapıldı.

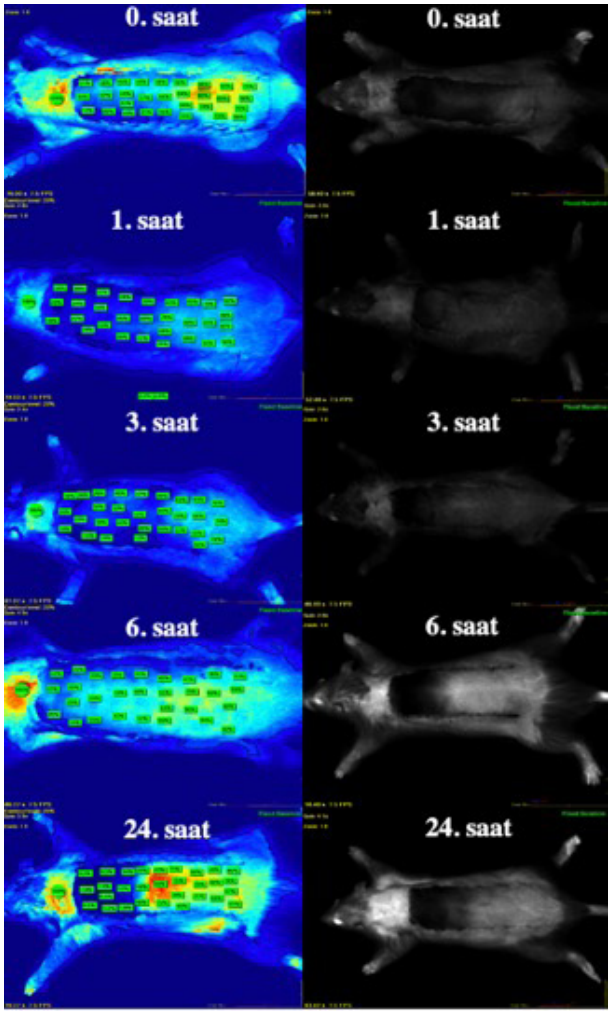
Bulgular: Tüm grupların flep perfüzyonu indosiyanin yeşili floresan anjiyografi ile ölçüldü (Şekil 1). Distal bölge indosiyanin yeşili floresan anjiyografi ile incelendiğinde 0. saatten itibaren proksimal bölgeden belirgin derecede düşük perfüzyon gösterdi. Distal bölge, orta bölge ile kıyaslandığında ilk 3 saat boyunca perfüzyon açısından benzer bulundu. 6. saatten itibaren distal bölge ile orta bölge arasında anlamlı derecede perfüzyon farkı oluştu. Distal bölge 6. saatten itibaren flep perfüzyonu açısından orta bölgeden anlamlı derecede düşük seviyede bulundu. Glukoz seviyeleri açısından 0. saatte her üç bölgede glukoz seviyeleri yüksek ve birbirine benzer olarak bulundu. Distal bölgede glukoz seviyeleri 1. saatten itibaren düşüşe geçti ve 24. saatte en düşük seviyeye ulaştı. Distal bölge glukoz seviyeleri açısından, proksimal bölgeden 1. saat itibariyle anlamlı derecede düşük seviyeye ulaşırken orta bölgeden 3. saatten itibaren anlamlı derecede düşük seviyelere ulaştı. Flebin proksimal, orta ve distal bölgelerinin zaman içerisindeki SPY anjiyografik perfüzyon yüzdelerinin ve glikoz seviyelerinin analizi Tablo 1'de gösterilmiştir. Laktat düzeyleri tüm bölgelerde 1 ve 3. saatlerde belirgin derecede artış gösteriyorken 6. saatten itibaren düşerek 0. saatte benzer seviyelere geriledi. IL-6, IFN-gamma, VEGF, MDA ve Glutatyon değerleri perfüzyon bölgeleri arasında zaman içindeki değişimi birbirine benzer olarak bulundu, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Histolojik değerlendirmede gruplar arasından inflamatuvar hücre yoğunluğu, nekroz, hemoraji ve tromboz açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Kollajen lif yoğunluğu distal bölgelerde daha düşük seviyede gözlendi. Ödem, distal bölgede anlamlı derecede daha fazla bulundu. Anti-laktat dehidrogenaz antikor düzeylerine bakıldığında 1. saatten itibaren distal bölge daha yüksek LDH aktivite yoğunluğu gösterdi. Bu da bize distal bölgede oluşan iskemiye bağlı olarak metabolizmanın bu bölgede glikolize kaydığını açıkça göstermektedir.

Tartışma: Zaman içinde dolaşımın bozulmasıyla nekroza gitmesi beklenen distal bölge, indosiyanin yeşili floresan anjiyografi ile 6. saatte net olarak tespit edildi ve 24. saatte ise en düşük perfüzyon yüzdesine ulaştı. Burada en önemli nokta sınırda perfüzyon gösteren ancak zaman içerisinde perfüzyonun düzelerek canlı kalması beklenen orta bölge ile nekroza gitmesi beklenen distal bölgenin hangi yöntemle daha erken sürede ayrımının yapılacağıdır. Bu sonuçlara bakarak, nekroza gidecek olan distal bölgenin biyokimyasal belirteçlerden olan glukoz ile daha 3. saatte kötüye gideceği anlaşılırken SPY floresan anjiyografi cihazı ile 6. saatten itibaren orta bölgeden ayrıştığı görülmüştür. İncelenen diğer belirteçler bu konuda bize yardımcı olacak bir ayrım göstermemiş olup birbirine benzer olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda zaman içerisinde dolaşımın bozularak nekroza gitmesi beklenen distal bölgenin hangi yöntemle daha erken tespit edileceği araştırılmıştır. Distal bölgenin dolaşımında yeteresizlik olup olmadığını tüm belirteçler arasında en erken olarak tespit eden belirteçin glukoz olduğu görülmüştür. Özellikle random fleplerde, mastektomi fleplerinde ve nipple areola kompleksinin korunduğu vakalarda areolanın viabilitesini değerlendirmek amacıyla çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında klinik çalışmaların yapılmasıyla flep takibinde yol gösterici olabilecek önemli bir belirteç elde etmemiz mümkün olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Flep, İndosiyanin Yeşili, SPY Floresan Anjiyografi

Şekil 1



Grupların İndosiyanin yeşili floresan anjiyografi ile flep perfüzyon ölçümleri.

Tablo 1

TABLO 1	PROKSİMAL	ORTA	DİSTAL	p-değeri
SPY (%) Ortalama (±standart sapma)				
GRUP1 (0.saat)	71,08 (±7,53)	40,30 (±2,20)	26,68 (±4,12)	<0,001**
GRUP2 (1.saat)	61,55 (±11,38)	43,81 (±15,95)	29,5 (±2,55)	0,001**
GRUP3 (3.saat)	58,16 (±13,09)	40,97 (±14,93)	26,55 (±11,43)	0,003**
GRUP4 (6.saat)	72,12 (±10,80)	47,17 (±15,36)	19,90 (±5,21)	<0,001**
GRUP5 (24.saat)	72,83 (±7,33)	63,15 (±8,32)	10,55 (±3,77)	<0,001**
GLUKOZ Ortalama (±standart sapma)				
GRUP1 (0.saat)	92,77 (±7,71)	92.28 (±3,69)	84,45 (±10,06)	0,140**
GRUP2 (1.saat)	97,5 (±7,58)	68,33 (±7,52)	51,67 (±12,11)	<0,001**
GRUP3 (3.saat)	81,67 (±6,05)	70,00 (±8,36))	36,67 (±11,25)	<0,001**
GRUP4 (6.saat)	75,55 (±6,86)	69,45 (±13,73)	34,47 (±14,99)	<0,001**
GRUP5 (24.saat)	73,00 (±7,09)	69,50 (±11,38)	28,78 (±7,14)	<0,001**

Tüm bölgelerin SPY perfüzyon yüzdelikleri ve glukoz düzeyleri tabloda gösterilmektedir. SPY perfüzyon yüzdeleri incelendiğinde orta bölge ile distal bölge arasında 6. saatte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, glukoz düzeyleri incelendiğinde bu iki bölge arasında 3. saaatte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

SB-051

Stromal Vasküler Fraksiyon ile Takviye Edilmiş Enjekte Edilebilir Yağ, Kıkırdak ve Dermis Matriksleri Rejeneratif Potansiyellerinin İmmün Baskılanmış Sıçan Modelinde Araştırılması

Erkan Kerem Kaya[1], Fuat Uslusoy[2], Murat Bilgin[2], Dudu Dilek Yavuz[5], Mustafa Asım Aydın[5], Aytül Bayraktar[3], Özlem Özmen[4], Selman Hakkı Altuntaş[2]

[1]Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Kırşehir
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi AB, Isparta
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Kimya Mühendisliği Bölümü, Isparta
[4]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Patoloji AB, Burdur
[5]Özel Muayahane

Giriş: Plastik cerrahlar yaşlılığın etkilerini geri döndürmek amacı ile insizyon yapılmayan birçok metod uygulamaktadır. Bunlardan biride yumuşak doku dolgu materyalleridir. Estetik cerrahide FDA tarafından onaylanmış yumuşak dolgu materyali olarak kullanılan hyaluronik asit, kollajen, kalsiyum hidroksiapatit ve poly-L-laktik asit içeren bir çok ürün bulunmaktadır. Bu dolgu materyallerinin inflamasyon, yabancı cisim reaksiyonu, kısa sürede emilmeleri, sık enjeksiyon tekrarı gerektirmeleri, biyolojik doku özelliği göstermemeleri, pahalı olmaları gibi birçok dezavantajları vardır. Bu dezavantajların önüne geçmek amacı ile ideal bir dolgu materyali arayış çalışmaları hızla devam etmekte ve bu alanda biyomühendislik ve deselülerize matriks ürün çalışmaları dikkat çekmektedir.

Deselülerizasyon temel olarak bir doku veya organda mevcut olan hücre ve nükleer bileşenlerin başarıyla çıkarılması ve doğal 3 boyutlu bir hücre iskelesi elde etme yöntemidir. ECM'nin biyomekanik özelliklerinin, kollajen yapısının ve ECM yapısında mevcut olan büyüme faktörlerinin (VEGF, FGF) olabildiğince en üst seviyede korunması gerekmektedir2. Bu yöntemin geliştirilmesinde, günümüzde kullanılan doğal olmayan, sentetik dolgu ürünlerinin varlığı ve bu ürünlerin yetersizliği etkili olmuştur. Doğal olan, sentetik olmayan, doku uyumu yüksek ve biyoaktif mediatörler içeren bir iskele üretebilmek amacıyla doku mühendisleri bu alana yönelmiştir. Çalışmamızda insan abdominoplasti materyalinden elde edilen deri, yağ dokuları ile sığır diz ekleminden elde edilen hyalin kıkırdak dokularına deselülerizasyon işlemi uygulayarak elde edilen deselülerize ekstraselüler matriksleri liyofilize ederek uzun ömürlü saklanabilir toz forma dönüştürüldü. Elde edilen enjekte edilebilir deselülerize materyallerin rezorpsiyon ve nekrozdan dolayı oluşan handikaplarını gidermek için hem ucuz hem pratik ve vakit tasarrufu sağlayan mekanik yöntem ile elde edilen SVF ile zenginleştirme işlemi planlanladı.

Materyal ve Metot: Deney için 3 farklı doku (yağ, kıkırdak, dermis) kullanıldı. Her doku ayrı ayrı deselülerize edildi. Ardından liyofilizasyon uygulanarak enjekte edilebilir toz forma dönüştürülüp muhafaza edildi. Her materyal için farklı 2 grup oluşturuldu. Gruplardan birinde ECM'ler serum fizyolojik ile sulandırılırken diğer grupta ise insan kaynaklı stromal vasküler fraksiyon ile sulandırıldı. Elde edilen toz haldeki yağ, kıkırdak ve dermis ekstraselüler matriksleri kuru hali 0,15 gr olacak şekilde ayrıldı. Ardından mevcut materyal bir grupta 0,5 cc serum fizyolojik ile diğer grupta ise 0,5cc stromal vasküler fraksiyon ile sulandırılıp enjektabıl forma dönüştürüldü. Sulandırma sonrası elde edilen her enjeksiyon materyali 0,5 cc olacak şekilde ölçüldü. Enjeksiyonlar yayma tekniği ile(fan-like pattern) tarzda gerçekleştirildi.Hayvanların scalp bölgesine SF ile sulandırılmış, dorsal orta hatta ise

SVF ile sulandırılmış ECM enjeksiyonu gerçekleştirildi. Hayvanlara 2 ay boyunca belirlenen dozda siklosporin ile immünsüpresyon uygulandı.Düşük doz siklosporin tedavisinde Towpik vd. sıçan allojenik deri greftlerinin 6 aydan fazla sağ kalımını gerçekleştiren doz esas alındı. 0. gündeki cerrahi işlemleri takiben 16mg/kg/gün siklosporin 3 gün boyunca intramusküler olarak uygulandı. 3. günden sonra gün aşırı olmak üzere 16mg/kg idame dozuna geçilerek devam edildi. Postoperatif 2. ayda hayvanlar sakrifiye edilerek örnekler toplandı. Histopatolojik olarak örnekler Hematoksilen &Eozin (H & E) ve Masson Trikrom (MTK) ile boyandı.İmmünohistokimyasal olarak Anti-CD34 monoklonal antikoru ile boyandı. Anti-CD34 monoklonal antikoru dokulardaki neovaskülarizasyonu mikrovasküler düzeyde ölçmede yaygınca kullanılan bir antikor olup, çalışmamızda sıçanlardan postoperatif elde edilen matrikslerin kapiller yoğunluğu ölçmede kullanılmıştır

Bulgular: Yağ ECM SVF grubunun integrite ve kollajen remodeling sonuçlarında SF grubuna göre anlamlı düzeyde üstün olduğu izlendi. İnflamasyon bulgularında ise SVF grubu anlamlı olarak daha az inflame olarak saptandı. Her iki grup arasında vakuol/kist oluşumu bulguları arasında anlamlı fark bulunmadı.

Kıkırdak grubunda SVF grubunun yeniden çekirdek oluşumu, kollajen remodeling ve neovaskülarizasyon sonuçlarında SF grubuna göre anlamlı düzeyde üstün olduğu izlendi. İnflamasyon bulgularında ise her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Dermis grubunda ise SVF grubunun fibroblast infiltrasyonu ve kollajen remodeling sonuçlarında SF grubuna göre anlamlı düzeyde üstün olduğu izlendi. İnflamasyon bulgularında ise her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

İmmunohistokimyasal olarak ise her üç grupta SVF grubu neovaskülarizasyon açısından anlamlı düzeyde SF grubuna göre üstün izlendi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışma planı yapılırken deselülerize matriks ürünlerinin bir çok hücresel zenginleştirme yöntemleri (ADSC, SVF, PRP, MSC vb.) ile kombine edildiğini gözlemlendi. Fakat deselülerize dermis ve kıkırdak matrikslerinin liyofilize toz formlarının SVF ile zenginleştirilerek yumuşak doku dolgu materyali olarak kullanımlarını kıyaslayan bir çalışmaya rastlayamadık.

Deselülerize matrikslerin SVF ile uygulaması sadece tek bir makalede incelenmiştir. Bu çalışmada domuz yağ dokusundan elde edilen ECM tozu, SVF ile zenginleştirilip farelerin sırt bölgesine enjekte edilmiş ve 6 hafta takip edilmiş. ECM+SVF verilen grup ECM+DMEM(Dulbecco's Modified Eagle Media) verilen grup ile karşılaştırılmış. SVF ile zenginleştirilmiş grubun kollajen dağılımının daha organize olduğu, remodeling mekanizmalarının daha iyi gerçekleştiği izlenmiş. CD 31 ile yapılan immün boyamalarda her iki gruptada neovaskülarizasyon izlenmiş ancak SVF verilen grupta daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir.

SVF ile zenginleştirilmiş deselülerize adipoz matriks grubunun histopatolojik olarak integrite, kollajen remodeling ve neovaskülarizasyon bakımından SF grubuna göre anlamlı düzeyde üstün bulduk. Bulgular literatürle uyumlu gözükmektedir. Kist ve vakuol oluşumu bulgularında ise iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Buna sebep olarak verilen matriksin hücresiz, avasküler ve cansız bir bileşen olması düşünülmüştür. Her iki gruptada kist ve vakuol görünümleri dikkat çekmiştir.

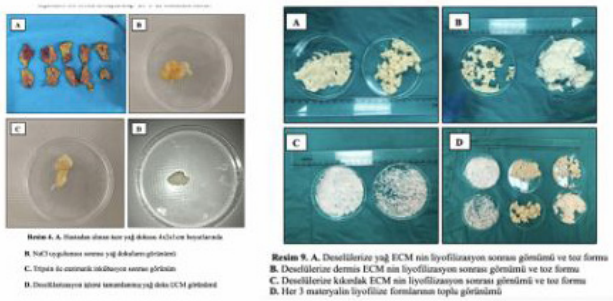
Deselülerize kıkırdak matriksler rejenerasyon potansiyellerini arttırmak amaçlı farklı hücre tipleri ile zenginleştirilmiştir. Bu zenginleştirme işlemleri in vitro kondrogenezisi indüklemekte in vivo olarakta iyileşme sürecini desteklemektedir. Kemik iliği mezenkimal kök hücreleri, sinovium kökenli mezenkimal kök hücreler, infrapatellar yağ yastıkçığı kök hücreleri, kondrositler ve ADSC ler kıkırdak matriks reselülerizasyonunda kullanılan hücrelere örnek gösterilebilir.

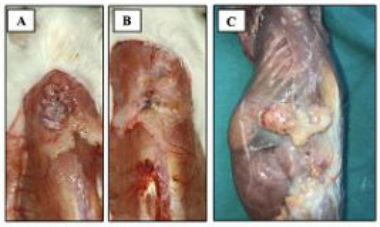
SVF ile zenginleştirilmiş kıkırdak ECM grubunun histopatolojik olarak, kollajen remodeling, neovaskülarizasyon ve nükleer materyal oluşumu bakımından SF grubuna göre anlamlı düzeyde üstün bulduk. Bulgular literatürle uyumlu gözükmektedir. Kıkırdak doku difüzyonla beslenen kapiller ağ desteği olmayan ve rejenerasyon kabiliyeti çok düşük bir dokudur. Histopatolojide deselülerize olan boş kıkırdak lakünalarının 2 ay sonunda nükleer materyal içermesi umut vericidir. Bu durumu yağ ve kıkırdak dokunun ortak mezenkimal kökenden gelmesine bağlamaktayız. Bu durum SVF'in içerdiği ADSC 'lerin kondrojenik değişim geçirebildiğini ortaya koymaktadır.

Herhangi bir avasküler organik materyal otolog olsa dahi beslenme yetersizliği sebebiyle yüksek oranda rezorbe olmakta ve viabilitesi azalmaktadır. Erken revaskülarizasyon ve erken kapiller ağ desteği ile bu avasküler dolgu materyallerinde rezorbsiyon oranını azaltmak mümkün olmaktadır. Bizim çalışmamızda da SVF grubunda daha iyi kollajen remodelingi olması ve absorbsiyon oranlarının daha düşük olmasını ADSC lerin sekrete etmiş olduğu anjiogenik faktörlere bağlamaktayız. Erken vaskülarizasyon, beslenmenin erken başlaması implante edilen materyalde rezorbsiyon oranlarını azaltmatadır. Bu sebeple içerisinde ADSC ler ve parakrin faktörler içeren SVF kolay elde edilebilme özelliği ile deselülerize ekstraselüler matrikslerle eş zamanlı uygulananarak rejeneratif potansiyele pozitif katkı sağlayabilen bir kombinasyon olarak karşımıza çıkmıştır.

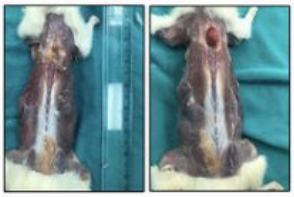
Anahtar Kelimeler: Deselülerizasyon, Ekstraselüler matriks, stromal vasküler fraksiyon

Deneyin çeşitli aşamalarından görünümler





Resim 20. A ve B. SF grubundan örneklerin daha litik ve nekrotik görünüm **C.** SVF grubu örneğinin yakından görünümü



Resim 15. A. Resim üst bölgesinde izlenen SF grubu materyali daha litik olarak gözlenmekte **B.** Resim alt tarafında görünen SVF grubu materyalinin daha homojen SF grubu ise kapsüler yapıda izlenmekte

1-Üst sol resim yağ doku deselülerizasyon aşamaları 2-Üst sağ resim Deselülerizasyon sonrası matrikslerin görünümü 3-Orta resim 2. ay sonrası dermis matrikslerin görünümleri 4-Alt resim 2. ay sonrası yağ matrikslerin görünümleri

SB-052

Otolog kondüsyonel serumun sıçan sırtında oluşturulmuş random paternli deri flebi yaşayabilirliğine etkisinin plateletten zengin plazma ile kontrollü karşılaştırılması

Ferhat Kargalıoğlu, Nezih Sungur, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahide, flep cerrahisi çeşitli sebeplerle oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda, son derece yaygın olarak kullanılmaktadır. Flep cerrahisindeki en önemli problem, kan dolaşımı yetersizliğine bağlı flep uç kısımlarında oluşabilecek nekrozdur. Bu problemle başa çıkabilmek için, birçok cerrahi ve medikal tedavi yöntemi denenmektedir. Otolog kondüsyonel serum (Autologous Conditioned Serum-ACS), kan dolaşımında doğal olarak oluşan interlökin-1 (IL-1) reseptörlerinin inhibitörü olan interlökin-1 reseptör antagonisti (IL-1Ra) yönünden zengin otolog bir üründür. Klinik pratikte 1997 yılından beri kullanılmaktadır ve 2001 yılında Orthokine adıyla ticarileştirilmiştir. Klinik olarak osteoartrit tedavisinde kullanılmaktadır ve endikasyon alanı bununla sınırlı kalmış, popülarite kazanamamıştır. Bu çalışmadaki amaç, fleplerin sağkalımını arttırmak için, kandan hazırlanan otolog kondüsyonel serumun kullanılması ve bunu da etkinliği ispatlanmış, sık olarak kullanılan plateletten zengin plazma (Platelet rich plasma-PRP) ile karşılaştırarak etkinliğini incelemektir.

Çalışmaya 40 adet, yaşları 2 ile 4 ay arasında değişen ortalama 200-250 g ağırlığındaki erkek, Wistar-Albino tipi sıçanlar dahil edilmiştir. Random olarak her grupta 10 denek (n:10) olacak şekilde 3 grup oluşturulmuştur. Grup A (SF grubu), Grup B (PRP grubu), Grup C (ACS grubu) olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilmeyen 10 sıçan ise PRP ve ACS hazırlamak için ilk gün kullanılmış ve her birinden ortalama 8-10 ml kan intrakardiyak alınmak üzere kullanılarak sakrifiye edilmiştir. Sıçanların sırtından hazırlanan ve uzunluğu nedeni ile tamamı beslenemeyen fleplerde ACS'nin etkisi araştırılmıştır ve bu etkiler PRP ile karşılaştırılmıştır. McFarlane flebi üzerinde, insizyon öncesi flep üzerinde eşit aralıklarla çizilen dokuz bölgenin her birine Grup A'ya 0.05 ml SF, Grup B'ye 0.05 ml PRP ve Grup C'ye 0.05 ml (her sıçana 0.45 ml) ACS intradermal enjekte edilmiştir. Enjekte edilen materyallerin 10 dakika difüzyona uğraması beklenmiş ve bekleme süresi sonrasında flepler eleve edilmiştir. 5 dakika sonra flepler tekrar yerlerine adapte edilmiştir. Postoperatif 7. Gün sıçanlar genel anestezi altında değerlendirmeye alınmıştır. ACS'nin sıçanların sırtından planlanan 3x9 cm en/boy oranında kaudal bazlı random dolaşım paternli fleplere etkisi, görsel olarak fotoğrafları çekilip bilgisayar ortamında alan ölçümü yapılarak, sintigrafik olarak kanlanma alan hesabı yapılarak ve histopatolojik inceleme ile yapılmıştır. Bu etkiler, sonrasında SF ve PRP ile karşılaştırılmıştır.

Digimizer® yardımıyla yapılan flebin makroskobik yaşayabilirliğini değerlendiren ölçümlerde ACS grubundaki flepler en yüksek yaşayabilirlik oranına sahiptir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sintigrafik ölçümlerde en yüksek flep yaşayabilirlik oranı ACS grubunda izlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Histopatolojik incelemede en yüksek neovaskülarizasyon sayısı ACS ve PRP grubunda izlenmiştir. ACS grubunda ortalama neovaskülarizasyon sayısı daha yüksek olmasına rağmen ACS ve PRP grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. En düşük ödem, nekroz ve inflamasyon bulguları ACS grubunda izlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir. ACS grubunda viabilite oranı sintigrafik ve fotografik ölçümler baz alındığında, PRP grubuna göre yüksek olmasına rağmen iki grubun neovaskülarizasyon sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Viabilite oranının ACS grubunda yüksek olmasının sebebi olarak ACS'nin antiinflamatuar etkiyle ödem nekroz ve inflamasyonu azaltmış olması düşünülmüştür.

Sonuç olarak ACS, intradermal olarak flebe uygulanması durumunda flep yaşayabilirliğini önemli derecede artırmaktadır. Klinikte kolay elde edilebilir, ucuz ve otolog bir ürün olan ACS bu amaçla güvenle uygulanabilir.

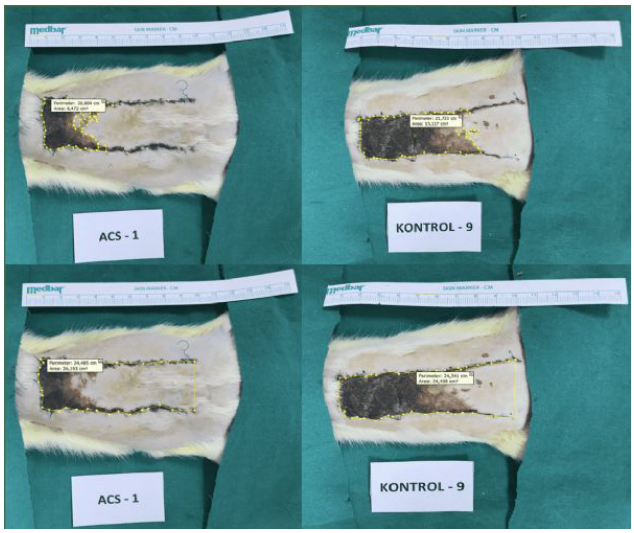
Anahtar Kelimeler: ACS, Otolog kondüsyonel serum, PRP, Plateletten zengin plazma, Flep, Flep yaşayabilirliği

Postoperatif 1. haftada sintigrafik ölçümlere göre viabl flep alanlarının total flep alanlarına oranı

	Total flep alanı	Flep Viabl Alanı	Flep Viabl Alan Oranı %
Kontrol 1	2418	1264	52.27
Kontrol 2	11859	5852	49.35
Kontrol 3	11286	5779	51.21
Kontrol 4	9408	3856	40,99
Kontrol 5	7395	3798	51,36
Kontrol 6	8215	4202	51,15
Kontrol 7	8788	4086	46,50
Kontrol 8	7700	3219	41,81
Kontrol 9	810	365	45,06
PRP 1	6110	2858	46,78
PRP 2	8374	5453	65,12
PRP 3	6321	4040	63,91
PRP 4	7497	4496	59,97
PRP 5	6720	4250	63,24
PRP 6	6762	3686	54,51
PRP 7	5850	3850	65,81
PRP 8	6576	4200	63,87
PRP 9	6256	3899	62,32
PRP 10	6016	3975	66,07
ACS 1	8792	6068	69,02
ACS 2	8525	6805	79,82
ACS 3	10304	7133	69,23
ACS 4	7995	5281	66,05
ACS 5	8880	6258	70,47
ACS 6	7301	5097	69,81
ACS 7	8909	5655	63,48
ACS 8	6860	4800	69,97
ACS 9	8480	5875	69,28
ACS 10	7500	4563	60,84

Sintigrafik değerlendirme için postoperatif yedinci gün fotoğraf çekme işlemi ardından sütürlerin alındı ve cilt flebi tamamıyla eleve edildi. Cilt flebinin altına kurşun plaka yerleştrilmesini takiben daha önceden hayvanların kuyruğundan açılan damar yoluyla teknesyum perteknetat (Tc99m-PO4), 0,1 ml SF içinde 1mCi (37MBq) olacak şekilde enjekte edildi. Kurşun tabakalar üzerinde yer alan flep bölgesinin gama kamera (Siemens eCAM,USA) ve pinhole kolimatör yardımıyla dinamik kanlanma (perfüzyon) görüntüleri elde edildi. Tabloda hiperemi gösteren alanların ve total flep alanının hesaplanması piksel cinsinden yapıldı.

Digimizer programı yardımıyla ACS ve Kontrol grubundan birer adet rat üzerinde nekroze alanının hesaplanması.



Sol üst: ACS grubu 1. hayvan nekroze alan hesaplaması (8.472 cm2) Sol alt: ACS grubu 1. hayvan flep total alan hesaplaması (26.193 cm2) Sağ üst: Kontrol grubu 9. hayvan nekroze alan hesaplaması (15.127 cm2) Sağ alt: Kontrol grubu 9. hayvan flep total alan hesaplaması (24.458 cm2) Postoperatif 1. haftada flep nekroze alanlarının Digimizer programı yardımıyla alan hesaplamasına göre kontrol grubu 9.hayvanın flep nekroze alanının flep total alanına oranı %61.84 iken, bu oran ACS grubu 1. hayvanda %32.34 olarak görülmüştür.

SB-053

Ratlarda Abdominal Deri Ada Flebi Modelinde CORM-3'ün Flep Yaşayabilirliği Üzerine Etkisi

Oğuz Boyraz[1], Rabia Bozdoğan Arpacı[2], Vahip Karpınar[1], Erdi Kaya[1], Şakir Ünal[1], Yavuz Demir[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Mersin

Amaç: Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin klinik uygulamalarının çok büyük bir kısmını doku defektlerinin onarımı oluşturmaktadır. Bir doku defektinin onarımı sırasında onarılan dokunun fonksiyonunun tekrardan kazanılması ve aynı zamanda donör alanda da bir probleme sebep olmaması temel hedef olmalıdır. Bu amaçla en sık kullanılan yöntem flep cerrahisidir. Flep cerrahisi sırasında en sık karşılaşılan sorunlardan biri de flep nekrozudur. Bu durumun önüne geçilmesi amacıyla günümüze dek birçok klinik ve deneysel çalışma yapılmış ve bu çalışmalarda flep sağkalımına yönelik birçok farklı molekül ve yöntem denenmiştir. Carbon monoxide releasing molekül-3 (CORM-3) terapötik amaçlar için kullanılabilen ve CO'nun salınması açısından farmakolojik olarak aktif olan bir bileşiktir. CORM-3 bugüne kadar beyin hasarı, iskemik inme, hemorajik şok, kompartman sendrom, karaciğer yetmezliği, kardiyomyopati, iskemi reperfüzyon hasarı, nefrotoksisite, iskemiye bağlı akut böbrek yetmezliği konulu çalışmalarda kullanılmış ve bu çalışmalarda renoprotektif, antienflamatuar, antitrombotik, antimikrobiyal, antiapoptotik, kardiyoprotektif etkileri gösterilmiştir. Biz bu çalışmada sıçan abdominal deri ada flebi modelinde CORM-3'ün flep yaşayabilirliği üzerine etkisini araştırdık.

Materyal ve Metot: Bu çalışma sıçanlarda her iki inguinal bölge ve karın derisini içeren ve superfisyal inferior epigastrik arter ve veni içeren pedikül ile beslenen abdominal deri ada flebi modelinde gerçekleştirildi. Çalışmada deney hayvanı olarak ağırlıkları 252-332 gr arası değişen toplam 25 adet Wistar Albino cinsi erkek sıçan kullanıldı. Her grupta 5 sıçan olacak şekilde 5 grup oluşturuldu. Grup 1'de flep kaldırıldıktan sonra yerine sütüre edildi ve herhangi bir işlem uygulanmadı. Grup 2'de flep kaldırıldıktan hemen sonra sıçanlara SF intraperitoneal olarak enjekte edildi ve uygulamaya 7 gün daha devam edildi, Grup 3'te ratlara flep eleve edilmeden 7 gün öncesinden başlanarak SF enjeksiyonu yapıldı ve bu işleme cerrahi sonrası da 7 gün daha devam edildi. Grup 4'te flep kaldırıldıktan hemen sonra sıçanlara CORM-3 intraperitoneal olarak injekte edildi ve uygulamaya 7 gün daha devam edildi, Grup 5 te ratlara flep eleve edimeden 7 gün öncesinden başlanarak CORM-3 injeksiyonu yapıldı ve bu işleme cerrahi sonrası da 7 gün daha devam edildi. Tüm ratlarda flep elevasyonunu takip eden 1. saatte SPY cihazı ile flep perfüzyonu kantitatif ve yüzdesel değer olarak ölçüldü. Tüm sıçanlar 1 hafta süreyle takip edildikten sonra sakrifikaye edilerek makroskopik olarak sağkalım değerlendirildi.Histopatolojik örnekler alınarak damar çapları ve damar yoğunluğu değerlendirildi.

Bulgular: SPY ile elde edilen kantitatif veriler ve yüzdesel ölçümler sonucunda CORM-3'ün özellikle flep distal uç noktası olmak üzere flep perfüzyonunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırdığı görüldü (Şekil 1). Yine 7. günde yapılan makroskopik değerlendirmede CORM-3 kullanımının flep sağkalımını artırdığı görüldü. Ancak damar genişlikleri ve mikrovasküler dansite parametrelerinde CORM-3 kullanılmayan gruplara göre daha yüksek değerler elde edilmiş olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız CORM-3 ün flep yaşayabilirliği üzerine olan etkisinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Çalışmamızda CORM-3 kullanımının flep perfüzyonunu ve sağkalımını artırdığını saptadık. Mikrovasküler parametrelerde diğer gruplara göre daha olumlu bulgular elde edilmesine rağmen istatistiksel anlamlılık görülmemesinde deneyde kullanılan sıçan sayısının düşük olmasının etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Daha yüksek sayılarda deney hayvanı kullanılarak yapılacak olan çalışmalarda ve daha farklı hayvan modellerinde flep sağkalımı üzerine yaptığı olumlu etkisine yol açabilecek reolojik mekanizmalar gibi diğer olası mekanizmaların araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

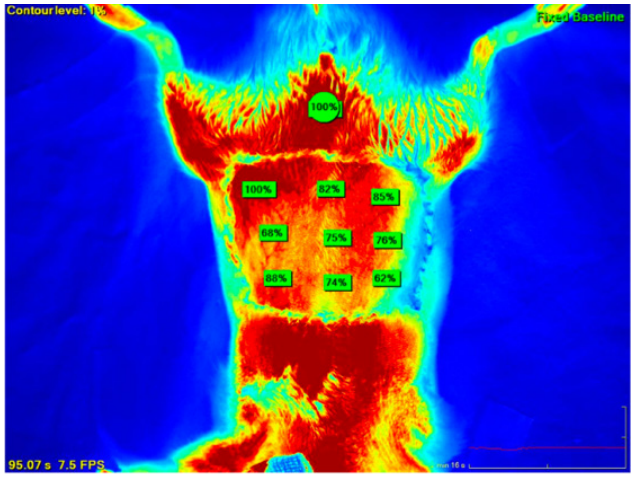
Anahtar Kelimeler: CORM-3, flep, sıçan, SPY, yaşayabilirlik

Flep perfüzyonlarının yüzdesel değer olarak gruplara göre dağılımı.

	Grup 1 (Kontrol)	Grup 2 (Postoperatif SF)	Grup 3 (Preoperatif ve postoperatif SF)	Grup 4 (Postoperatif CORM-3)	Grup 5 (Preoperatif ve postoperatif CORM-3)
Ortalama Flep Perfüzyonları	%72,72	%70,23	%72,21	%79,94	%85,59

CORM-3 kullanılan Grup 4 ve Grup 5'teki flep perfüzyonlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

SPY floresan görüntüleme sistemi görüntüsü



Abdominal deri ada flebine ait anlık flep perfüzyon görüntüsü ve elde edilen kantitatif veriler (Grup 5 - 3 numaralı sıçan)

SB-054

Silikon implant çevresinde gelişen kapsül kontraksiyonunun önlenmesinde nintedanib ve pirfenidonun etkisi

Nijat Babaev[1], Burak Kaya[1], Necip Sefa Özden[1], Oya Burçin Demirtaş[2], Rıfkı Hazıroğlu[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Patoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kapsül kontraksiyonu meme implantı çevresinde aşırı inflamasyon ve fibrozisle oluşan patolojik bir durumdur. Bu çalışmada amaç meme büyütme ve meme rekonstrüksiyonunda kullanılan implantların çevresinde gelişen kapsül kontraksiyonunu azaltmak için İdiopatik Pulmoner Fibrozis hastalığının tedavisinde kullanılan FDA onaylı nintedanib ve pirfenidon adlı ilaçların etkisini araştırmaktır.

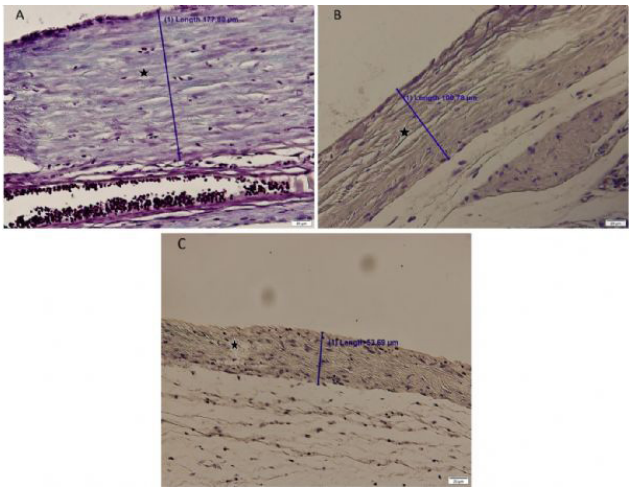
Gereç-Yöntem: Deneyde 27 adet 280 – 300 gr ağırlığında dişi Wistar albino rat kullanıldı. Ratlar her grupta 9 adet olacak şekilde üçer gruba ayrıldı. Anestezi altında silikon bloklardan hazırlanan implantlar ratların sırt bölgesinden panniculus carnosus altına 2 cm insizyonla yerleştirildi. Birinci grup kontrol grubunu oluşturdu. İkinci grup pirfenidon grubunu oluşturdu ve postoperatif 1. günde gavaj yoluyla ilaç verilmeye başlandı. Üçüncü grubu nintedanib grubu oluşturdu ve postoperatif yine 1. günde gavaj yoluyla ilaç verilmeye başlandı. Tedaviler 8 hafta süreyle uygulandı. Ratlar 9. haftada sakrifiye edildi. Tüm gruplarda implantlar etrafında oluşan kapsül dokusu ile birlikte histolojik ve moleküler analizler için çıkarıldı. Gruplara göre kapsül kalınlığı, inflamatuar hücre sayısı, α-SMA, TGF-β değerleri değerlendirildi.

Bulgular: Gruplara göre kapsül kalınlığı ($p<0,001$), inflamatuar hücre sayısı ($p<0,001$), α-SMA ($p<0,001$), TGF-β ($p<0,001$) değerleri, pirfenidon ve nintedanib deney grubunda kontrol grubuna göre düşük bulundu. Bununla birlikte pirfenidon ve nintedanib deney grupları arasında kıyaslama yapıldığında nintedanib grubunda kapsül kalınlığı ($p<0,001$), α-SMA ($p<0,001$) değerleri düşük bulundu. Ayrıca Masson trikrom boyama ile histolojik örneklerde, kontrol grubunda deney gruplarına göre kollajen liflerin daha yoğun ve kalın, birbirine paralel ve düzenli yerleşimi gözlendi.

Sonuç: Bulgular pirfenidon ve nintedanib ilaçlarının implant kapsül kontraksiyonunu önlemesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Nintedanib ve pirfenidon grubu kıyaslandığında, nintedanibin kapsül kontraksiyonunu önlemesinde daha etkili olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: kapsül kontraksiyonu, meme implantı, nintedanib, pirfenidon

Gruplara göre kapsül kalınlıklarının, kollajen liflerin (yıldız) yoğunluğunun ve diziliminin farkını gösteren histolojik örnekler



A. Kontrol grubu, Masson trikrom, x40 büyütme B. Pirfenidon grubu, Masson trikrom, x40 büyütme C. Nintedanib grubu, Masson trikrom, x40 büyütme

Gruplara göre kapsül kalınlığının değerlendirilmesi

Gruplar	Ortalama ± SD, µm
Kontrol	151,05 ± 24,21
Pirfenidon	109,86 ± 9,82
Nintedanib	71,09 ± 21,78

SB-055

Sıçanlarda total antioksidan kapasite değerinin yağ grefti sağ kalımına etkisi

Fatih Çınar[1], Can Ege Yalçın[1], Uğur Çelik[1], Dildar Konukoğlu[2], Oğuz Çetinkale[1]

[1]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Yağ doku grefti sağ kalımı günümüzde halen önemli bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda total antioksidan kapasiteyi belirli antioksidanlarla arttırarak yağ doku grefti sağ kalımına etkisini ölçmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntemler: 32 Wistar Sıçanı 4 farklı gruba ayrılarak çalışma yapıldı. Kontrol grubu hariç tüm gruplara sırasıyla melatonin, çinko ve Vitamin (E ve C) antioksidanları verildi

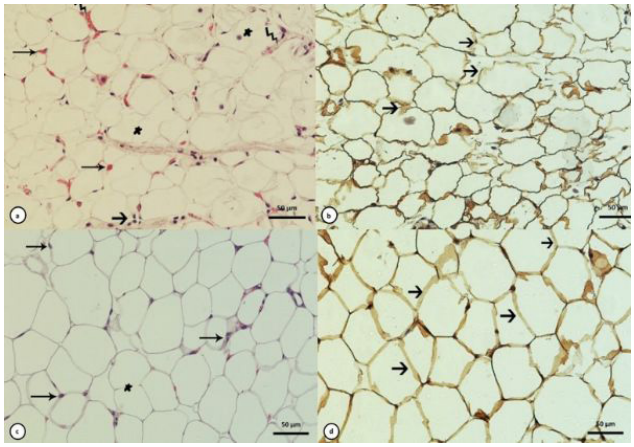
(Tablo 1). Perigonadal bölgeden alınan yağ dokular dorsal subkütan bölgeye greft olarak konuldu. 3 ay boyunca her gün antioksidan verildi ve belirli aralıklarla total antioksidan kapasite ölçüldü. Çalışma sonunda greft kitlesi, hacmi ve total antioksidan kapasite değerleri karşılaştırıldı. Greft dokuları Hematoksilen Eozin ve Perilipin antikorları ile boyanarak histolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yağ doku grefti sağ kalımının antioksidan verilen tüm gruplarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu izlendi. Hematoksilen Eozin ve Perilipin antikoru ile boyanan greft materyallerinin antioksidan verilen gruplarda daha düzenli boyandığı izlendi (Figür 1). Melatonin verilen grupta 1. Hafta ve 1. Ay total antioksidan kapasite değeri yüksek ölçülürken; Çinko, Vitamin(E ve C) verilen grupta sadece 1. Hafta total antioksidan kapasitenin yükseldiği diğer tüm ölçümlerde total antioksidan kapasitenin anlamlı azaldığı izlendi.

Sonuçlar: Sonuç olarak, melatonin, çinko ve Vitamin(E ve C) total antioksidan kapasiteyi ilk 1 hafta arttırarak yağ doku grefti sağ kalımını anlamlı ölçüde arttırmaktadır. İlk 1 haftada greft sağ kalımı için önemli olan iskemik hasarı, artmış total antioksidan kapasite değeri önemli ölçüde azaltarak yağ doku grefti canlılığını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yağ doku grefti, antioksidan kapasite, antioksidanlar, iskemik hasar, greft sağkalımı

Figür 1



Kontrol grubundaki hücrelerin hematoksilen-eozin boyamasında canlı olmayan, çekirdeksiz, yoğun hasarlı ve zarı parçalanmış yağ hücreleri izlendi (a). Aynı gruba ait perilipin antikorlarına karşı immünohistokimyasal boyamada ise zayıf immünoreaktivite görüldü (b). Vitamin grubunun hematoksilen-eozin boyamasında; farklı büyütmelerde, normal yapıda bütünlüğünü koruyan ve çekirdek içeren hücreler gözlenirken, az miktarda hücresel infiltrasyon (ok) saptandı (c). Perilipine karşı immünreaktivitenin ise kontrol grubuna göre çok daha güçlü ve daha organize olduğu görüldü (d) (Ölçek: 500 µm (X20)).

Deney Grupları

Kontrol Grubu(Kon), Antioksidan takviyesi verilmeyen rutin diyet ile takip edilen grup	n=8, Ek antioksidan takviyesi yapmadan yağ dokugrefti ekilen grup
Melatonin Grubu(Mel), 10mg/kg dozda 3 ay boyunca günlük olarak orogastrik gavaj yoluyla antioksidan takviyesi yapılan grup	n=8, 10mg/kg 1x1 Melatonin'in orogastrik gavaj yoluyla verilerek antioksidan takviyesi yapılan ve yağ doku grefti ekilen grup
Çinko Grubu(Çin), 2mg/kg dozda 3 ay boyunca günlük olarak orogastrik gavaj yoluyla antioksidan takviyesi yapılan grup	n=8, 2mg/kg 1x1 Çinko orogastrik gavaj yoluyla verilerek antioksidan takviyesi yapılan ve yağ doku grefti ekilen grup
Vitamin Grubu(Vit), 100mg/kg E vitamini ve 100 mg/kg C vitamininin günlük olarak I.P. enjeksiyon ile verilerek antioksidan takviyesi yapılan grup	n=8, 100mg/kg 1x1 Vitamin E + 100mg/kg 1x1 Vitamin C 'nin I.P. enjeksiyon yoluyla verilerek antioksidan takviyesi yapılan ve yağ doku grefti ekilen grup

Çalışmada 4 ana grup bulunmaktadır ve her bir grup 8 adet Wistar Sıçanını içermektedir.

SB-056

Hipertrofik Skar Modelinde Topikal Metforminin Etkisi: Deneysel Çalışma

Burkay Akduman[1], Koray Gürsoy[1], Gökhan Koca[4], Fatma Nur Tuğcu Demiröz[2], Nihat Yumuşak[3], Sinem Saar[2], Meliha Korkmaz[4], Uğur Koçer[1]

[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Teknoloji ABD, Ankara
[3]Harran Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Patoloji ABD, Şanlıurfa
[4]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp ABD, Ankara

Amaç: Travma, yanık, cerrahi operasyonlar ve enfeksiyon gibi çeşitli nedenler ile yara oluştuktan sonra başlayan karmaşık fizyolojik süreçlerin sonucunda iyileşme, skar dokusu olarak adlandırılan normal cilt dokusunun yerini fibroblastik dokunun alması ile oluşur. Hipertrofik skar, normal bir yara iyileşmesinden farklı olarak sert, geniş ve yüksek bir yara izi ile sonuçlanan aşırı kolajen birikimi ile karaterizedir. Günümüzde hipertrofik skar, sebep olduğu klinik, kozmetik ve psikolojik semptomlar ve belirlenmiş kesin tedavi protokolü olmaması nedeniyle nedeniyle hem plastik cerrahlar hem de hastalar için yönetimi zor bir sorundur. Metforminin, bilinen antidiyabetik etkilerinin yanı sıra son yıllarda önemli antifibrotik, antiinflamatuar etkilerinin olduğu çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Çalışmamız, metforminin hipertrofik skar oluşumu üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Elde edilecek sonuçlar doğrultusunda, hipertrofik skar gelişiminin önlenmesi ve tedavisinde kullanılacak alternatif tedavi yöntemi elde edilmesi ve bu alanda literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışma 6 adet, yetişkin, ortalama 2500-4000 g ağırlığında erkek, Yeni Zelanda Beyaz Tavşanı cinsi tavşan ile planlandı. Kontrol grubu (grup A), düşük doz metformin (grup B) ve yüksek doz metformin (grup C) olmak üzere üç grup oluşturuldu. Tavşanların kulaklarının ventral yüzlerinde, aralarında ikişer cm mesafe olacak şekilde 4 adet 8 mm çapa sahip dairesel defektler oluşturuldu. Grup B ve Grup C için metformin topikal olarak özel bir yöntem ile nanolif taşıyıcıya yüklenerek uygulandı. Postoperatif 0. günden 14. güne kadar 2 hafta süre ile tedaviler uygulandı ve 30. gün deney sonlandırıldı. Skar yükseklikleri makroskobik, sintigrafik ve histolojik yöntemlerle değerlendirildi. Skar elevasyon indeksi, kolajen yapısı, fibroblast ve kapiller sayımları değerlendirildi. Sintigrafik değerlendirme ile hipertrofik skarda artmış vaskülarite bilgisi üzerinden radyoaktif madde tutulumu ile ROİ (range of interest) hesaplanarak karşılaştırmalı değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Skar elevasyon indeksi, fibroblast sayımı, kapiller sayımı ve kolajen yoğunluğu değerlendirildi. Belirtilen dört parametrede tedavi gruplarında (grup B ve C) kontrol grubuna (grup A) göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük değerler elde edildi. Ayrıca tedavi grupları kendi aralarında karşılaştırıldıklarında farkın istatistiksel anlamlı olduğu görüldü. Etkinin doz bağımlı olduğu değerlendirildi ve doz arttıkça daha düşük değerler elde edildi. Sintigrafik incelemede erken ve geç faz sayımlar ile kesilmiş izole kulak üzerindeki sayımlar ile elde edilen ROİ değerleri ile yapılan analiz sonucunda grup B ve C'de, grup A'ya göre istatistiksel anlamlı olarak daha az tutulum gösterildi. Grup B ve C kendi aralarında karşılaştırıldığında fark anlamlı görüldü ve tutulumun doz arttıkça azaldığı gösterildi. Tüm bu parametreler haricinde epidermal kalınlık grup A'da grup B ve C'ye göre anlamlı düşüktü. Grup B ve C

kendi aralarında karşılaştırıldığında fark anlamlı görüldü ve epidermal kalınlığın doz arttıkça azaldığı gösterildi.

Sonuç: Çalışmamızda nanolif ilaç taşıyıcına yüklü uygulanan topikal metforminin hipertrofik skar üzerine olumlu etkileri olduğu gösterildi. Metforminin hipertrofik skarın önlenmesi ve tedavisine güçlü bir alternatif olabileceği sonucuna varıldı. Metforminin bu etkileri haricinde çalışmamızda nanolif ilaç taşıyıcı kullanılması ve analiz amacıyla sintigrafik değerlendirmeye yer verilmesi literatüre büyük katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipertrofik skar, metformin, skar elevasyon indeksi, nanolif, sintigrafik analiz

SB-057

Sıçanlarda Venöz İskemiye Uğratılan Fleplerin Yaşayabilirliğinde Lokal Adrenalin Uygulamasının Rolü

Orkun Uzuneyüpoğlu[1], Tolga Aksan[2], Merdan Serin[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[2]Özel Hekim

Plastik cerrahinin uğraş alanlarından biri; doku defektlerinin onarılmasıdır. Defektlerin onarımı rekonstrüksiyon basamaklarına uygun olarak planlanmakta ve flepler sıklıkta kullanılmaktadır. Flep operasyonları sonrası çeşitli faktörlerden dolayı kayıplar oluşabilmektedir. Bunlar arasında en sık görüleni vasküler problemlerdir. Venöz problemlerin daha sık gözlenmesi ve oluşan hasarın daha ağır olması sebebi ile sıçan inferior epigastik ada flebinde venöz iskemi modeli oluşturularak adrenalinin oluşan iskemik hasarı önlemede ve flep sağ kalımında etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmada 12 adet Sprague Dawley tipi erkek sıçan kullanıldı. Sıçanlar rastgele dörder adet seçilerek A,B,C şeklinde gruplara ayrıldı. Her sıçanda flep ortadan ikiye ayrılarak 24 adet flep oluşturuldu. Sham. kontrol ve adrenalin uygulaması yapılan gruplar olacak şekilde 3 grup ve her grupta 8 flep elde edildi. Sıçanlarda sol inferior epigastrik ada flebi hazırlandıktan sonra loop büyütme yardımıyla pedikülde epigastrik ven bulundu ve kontrol grubunda venöz yapı 10-0 nylon sütur ile bağlandı. Venöz iskemi modeli oluşturuldu. Sham grubunda sadece cerrahi insizyon ve flep elevasyonu yapıldı. Deney gurubuna ise postop 0, 1 ve 2. Gün olacak şekilde 1 mg/kg/gün dozundan intradermal adrenalin uygulaması yapıldı. Tüm gün flepler görüntülendi ve yaşayan alanları makroskopik incelendi. 7. Günün sonunda sonlandırma uygulanarak histopatolojik değerlendirme amaçlı örnekler alındı ve makroskopik değerlendirme uygulandı.

Makroskopik inceleme flep yaşayan alanı/flep total alanı şeklinde yapıldı. Ortalama değerler hesaplandığında, sham gurubunda flep yaşayan alanı yüzde 100, kontrol grubunda flep yaşayan alanı yüzde 54, deney grubunda flep yaşayan alanı yüzde 24 olarak bulundu. Venöz iskemi üzerinden flep sağ kalımında adrenalinin etkisini değerlendirdiğimiz bu çalışmamızda deneklerden alınan biyopsiler postoperatif 7. gün incelendiğinde lokal adrenalin uygulamasının flep yaşayan alanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı; fakat postoperatif ilk 3 gün yapılan makroskopik incelemelerde neovaskülarizasyon gelişene kadar adrenalin uygulamasının flep yaşayabilirliğine olumlu yönde etki edebileceği sonucuna ulaştık.

Anahtar Kelimeler: Adrenalin, Flep, Venöz İskemi

Flep tasarımı ve peroperatif planlama

Patoloji verilerinin ikili karşılaştırmaları

	Sham Grubu-Kontrol Grubu	Sham Grubu-Deney Grubu	Kontrol Grubu-Deney Grubu
Nekroz Yüzdesi	0,004	0,001	0,204
Inflamasyon-Abse odağı	0,781	0,169	0,231
Ülserasyon	1,000	0,063	0,047
Fibrozis	0,144	0,487	0,317
Vaskülerite	0,233	0,064	0,010
İskemik Bulgular	0,272	0,487	0,083
Nekroz	0,103	0,053	0,798

SB-058

Deneysel Yanık Yarasında Timokinon (Thymoquinone/ Twitter), Kantaron yağı ve Gümüş Sülfadiazin' in etkinliklerinin karşılaştırılması

Yasin Canbaz[1], Serdar Yüce[2], Murat Çetin Rağbetli[3], Remzi Erten[4], İdris Türel[5], Hamit Hakan Alp[6]

[1]Seyrantepe (Şişli) Hamidiye Etfal EAH Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Serbest Hekim, Plastik Cerrahi Uzmanı
[3]Van YYÜ Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji AD, Van
[4]Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Patoloji Kliniği, Diyarbakır
[5]Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji AD, Bolu
[6]YYÜ Tıp Fakültesi, Biyokimya AD, Van.

Amaç: Yara iyileşmesi, insanlığın var olmasından beri göz önünde olup en bilinen fizyolojik olaylardan biri olmasına karşın halen tam olarak anlaşılamamış, karmaşık, multisistemik bir süreçtir. Tam anlaşılamamış olması,

birçok yeniliğe ve araştırmaya açık olması sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada, antioksidan, antiinflamatuar, antitümöral, antihistaminik ve antibakteriyel özellikleri olan Timokinon, dünyanın birçok tarafında yüzyıllardır yanık ve yara tedavisinde kullanılan Kantaron yağı ve yaygın kullanım alanı olan Gümüş Sülfadiazin'in yanık yarası üzerine etkilerinin karşılaştırılması planlandı.

Materyal-Metod: Çalışmada ağırlıkları 200-250 gram arası olan 63 adet Wistar- Albino cinsi sıçan kullanıldı. Her grupta 7 sıçan olacak şekilde 9 gruba ayrıldı. 1. Grup (sham) her hangi bir işlem uygulanmadı, 2. Grup (kontrol) yanık yarası oluşturuldu, tedavi verilmedi, 3. Grup (topikal timokinon) topikal 2 mg/kg Timokinon uygulandı, 4. Grup (topikal Kantaron yağı) topikal 0.75 cc Kantaron Yağı uygulandı, 5. Grup (gümüş sülfadiazin) topikal gümüş sülfadiazin uygulandı, 6. Grup (sistemik Timokinon) intraperitoneal 2 mg/kg Timokinon uygulandı, 7. Grup (sistemik Kantaron yağı) intraperitoneal 0.75 cc Kantaron Yağı uygulandı, 8. Grup (topikal+sistemik Timokinon) topikal 2 mg/kg ve intraperitoneal 2 mg/kg Timokinon uygulandı, 9. Grup (topikal+sistemik Kantaron Yağı) topikal 0.75 cc ve intraperitoneal 0.75 cc Kantaron Yağı uygulandı. Çalışma sonunda kan ve doku örnekleri alınıp histopatolojik, biyokimyasal ve elektron mikroskobik değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Histopatolojik olarak Timokinon grupları daha fazla epitelize oldu ve granulasyon dokusu daha fazla gelişti. Biyokimyasal olarak, TOS düzeyi azalmış, Vitamin E artmış, 8OHdG ve MDA azalmış olarak saptandı. Elektron mikroskopisinde Timokinon gruplarında mitokondri bütünlükleri korunmuş olarak gözlendi. Kantaron yağı gruplarında epitelizasyonun arttığı, inflamasyonun azaldığı, granulasyonun ve vaskülarizasyonun geri kaldığı, TAS ve vitamin E düzeyinin arttığı, TOS, MDA ve 8OHdG'nın azaldığı ve elektron mikroskopisi olarak mitokondri yapısının kontrol grubundan iyi olmakla beraber Timokinon gruplarından biraz kötü olduğu gözlendi. Gümüş sülfadiazinde ise epitelizasyon ve antienflamatuar etki kontrolden daha iyi saptandı. Granulasyon dokusu gelişimi, neovaskülarizasyon ve fibrozis açısından ise daha kötü olduğu gözlendi. TOS, MDA, 8- OHdG düzeylerini azalttığı, TAS, Vitamin E ve KoenzimQ10 düzeylerini artıramadığı gözlendi. Elektron mikroskopisinde mitokondriyal yapıların korunduğu gözlendi.

Sonuç: Timokinon' nun yara iyileşmesini artırıcı ve koruyucu antioksidan etkileri mevcuttur. Kantaron yağı Timokinon' un bir miktar gerisinde kalmakla birlikte, yara iyileşmesini artırıcı ve koruyucu antioksidan etkilere sahiptir. Gümüş sülfadiazin ise yara iyileşmesini geciktirmekle birlikte oksidan ajanları nötralize etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deneysel yanık yarası, gümüş sülfadiazin, Kantaron yağı, Timokinon (Thymoquinone/ TQ)

SB-059

Donör Alana Trombositten Zengin Plazma İnfiltrasyonunun Alınan Yağ Grefti Eldesi Üzerindeki Etkisi

Ufuk Durgun[1], Selma Sönmez Ergün[2], Kemalettin Yıldız[2], Eray Metin Güler[3], Emine Rümeysa Hekimoğlu[4]

[1]Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Mardin
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya ABD, İstanbul
[4]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji ABD, İstanbul

Giriş: Plastik cerrahide, yağ grefti uygulamaları sık yapılan işlemlerdendir. Mevcut yağ greftinin alıcı alandaki sağ kalım oranını arttırmak için yapılan çok sayıda çalışma vardır. Donör alandaki yağ dokusunun alımı öncesinde, bu bölgeden alınacak greftin sağ kalımını arttırmak için, donör alandaki yağ dokusunun biyolojik faktörlerle uyarılması ve ''priming'' sürecinden geçirilmesinin, literatürde yapılmamış olduğunu yaptığımız taramalarla saptadık. Çalışmamızda; sıçanlarda donör alana uygulanan trombositten zengin plazma infiltrasyonunun (TZP) alınan yağ grefti eldesi üzerinde oluşturduğu değişikliklerin ve yağ greftinin sağ kalımına etkisinin çeşitli parametreler kullanılarak ortaya konulması amaçlanmıştır

Yöntem: Çalışmaya 30 adet, ağırlıkları 300-350 gr arasında değişen, erkek Sprague-Dawley tipi sıçanlar her grupta n=6 sıçan olacak şekilde random olarak 4 gruba bölündü. 6 sıçan ise TZP hazırlamak için kullanıldı. Kontrol grubuna serum fizyolojik, çalışma grubuna ise TZP uygulaması yapıldı. Uygulama sonrası, kontrol ve TZP grubunun yarısı 1. haftada, diğer yarısı ise 2. haftada olmak üzere sol ingunal yağ yastıkçığından yağ grefti örnekleri alınarak sakrifiye edildi. Alınan yağ grefti örnekleri üzerinde, histolojik analiz (ışık mikroskopu ve immünohistokimyasal incelemede, yağ dokusu histolojik görünümü, inflamasyon durumu, fibrotik değişiklikler, damar sağlığı ve sayısı açısından) ve biyokimyasal analiz ile (IL-1β, IL-6, TNF-α, EGF, VEGF, CK18-M30, TAS ve TOS düzeylerinin ELISA kitleri ile ölçümü) değerlendirildi. İstatistiksel analizler için SPSS Windows Version 24.0 paket programında, Shaphiro-Wilk, Student t ve Mann Whitney U testi kullanıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

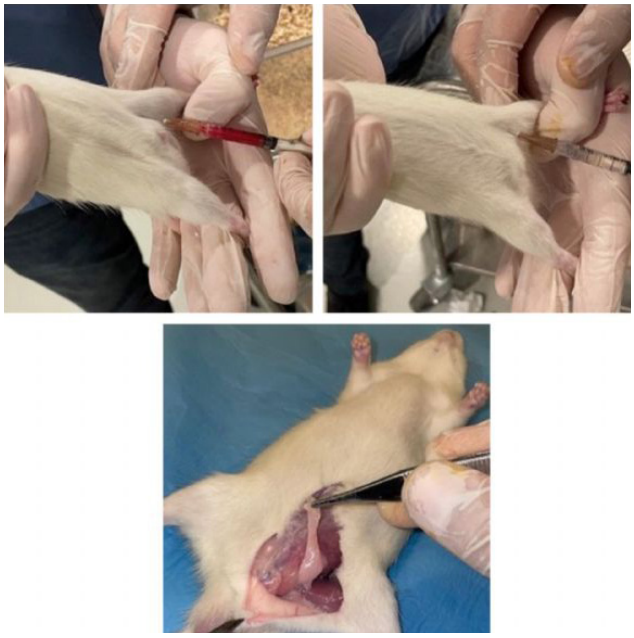
Bulgular: Çalışmamızda IL-1β, IL-6, TNF-α gibi proinflamatuar belirteçlerin seviyeleri, TZP grubunda, 1. ve 2. haftada, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0.05$). VEGF ve EGF seviyeleri, TZP grubunda, 1. ve 2. haftada, kontrol grubuna göre yüksek saptandı ($p<0.05$). CK18-M30 seviyeleri, TZP grubunda, 1. ve 2. haftada, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0.05$). Kontrol grubunun TOS değerlerinin, TZP grubunda gözlenen değerlere kıyasla, 1. haftada, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,002$). Fakat 2. hafta gözlenen TOS değerlerinin her iki grupta benzer olduğu saptandı ($p=0,180$). TZP grubunun TAS değerlerinin, kontrol grubunda gözlenen değerlere kıyasla, her iki haftada da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubunun OSI değerlerinin TZP grubunda gözlenen değerlere kıyasla her iki haftada da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Histolojik incelemelerde, 1. hafta TZP grubu yağ dokularına ait kesitlerinin kontrol grubuna göre

daha fazla damar içerdiği görüldü. 1. hafta TZP grubu yağ dokularına ait kesitlerde, sağlam yağ dokusu alanlarının dışında, kontrol grubuna oranla, daha az dejenere olan yağ doku alanları ve çevresinde nekroze alanlar görüldü. İnflamasyon belirtisi olan, inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmedi. Kontrol grubuna göre daha sınırlı ve daha az alanda fibrotik bağ dokusu görüldü. 2. hafta TZP grubu yağ dokularına ait kesitlerde, sağlam yağ dokusunun azaldığı ve nekroze doku alanlarının arttığı dikkati çekti. Fibrotik bağ dokusu olduğu izlendi, ancak 2. hafta kontrol grubu kadar belirgin bir artış yoktu. İnflamasyon belirtisi olan inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda; bakılan mevcut parametrelerden yola çıkarak elde edilen sonuçlara göre istatiksel açıdan TZP grubunda kontrol grubuna göre oksidatif strese daha dayanıklı, apoptozis oranı daha az, neovaskülarizasyon potansiyeli daha yüksek, inflamasyondan daha az etkilenen yağ hücrelerine ait bulgular ortaya çıkması ve özellikle 1. haftadaki değerlerin daha dramatik olması, bizleri ''delay'' süresi için 1 haftanın yeterli olacağı düşüncesine götürdü. Mevcut çalışmamızın ortaya koyduğu verilerin, yağ grefti uygulamalarında farklı bir bakış açısı kazandıracağını ve yağ greftinin sağ kalımı bakımından yeni çalışmaların kapılarını açacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yağ Grefti, Donör Alan, Trombositten Zengin Plazma

Sol inguinal bölgeye, TZP'nin subkutan infiltrasyonu, Serum Fizyolojiğin subkutan infiltrasyonu, Yağ grefti eldesi olarak alınması



SB-060

Tiyokolşikosid grubu kas gevşetici ilaçların yağ grefti yaşayabilirliğine etkisinin deneysel olarak araştırılması

Mehdi Asadov[1], Can İlker Demir[2], Emrah Kağan Yaşar[3], Samet Kaya[3], Mehmet Bayram[3], Murat Şahin Alagöz[3], Büşra Yaprak Bayrak[4]

[1]İstinye Üniversite Hastanesi Medical Park Gaziosmanpaşa, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Birimi, İstanbul
[2]Medipol Üniversitesi,Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Kocaeli Üniversitesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[4]Kocaeli Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç: Otolog yağ nakli zamanla plastik cerrahide hacim ve kontür deformitelerinin düzeltilmesinde hem estetik hem de rekonstrüktif işlemlerde yüksek etkinlik gösteren önemli tekniklerden biri olmuştur. İlk zamanlarda yağ grefti nakli her ne kadar sadece estetik prosedürlerde kullanılmış olsa da yeni gelişmelerle rekonstrüktif cerrahide de cazip seçenek haline gelmiştir. Yağ grefti yöntemi yüz gençleştirilmesi, meme augmentasyonu, radyasyon hasarının hafifletilmesi, meme kapsül kontraktürleri tedavisi, post-travmatik deformitelerin, doğumsal anomalilerin ve yanık hasarının düzeltilmesinde başarılı şekilde kullanılmıştır.

Rekonstrüksiyonda otolog yağ grefti kullanımının; donör saha morbiditesinin az olması, prosedürün teknik olarak karmaşık olmaması, düşük maliyet, immun reaksiyon oluşmaması, vücutta kaynakların genellikle yeterli olması gibi birçok yararlı özellikleri vardır. Bunun dışında, yağ dokusu greftlerinde biyoaktif faktörler mevcuttur. Adipoz doku partikülleri; adipoz kök hücreler veya preadipositler, fibroblastlar, vasküler endotelyal hücreler ve birçok immün hücreler içermektedir. Stromal vasküler fraksiyonel hücrelerin ve adipoz kök hücrelerin anjiojenik özellikleri sayesinde yağ grefti sağkalımını arttırması konusu son yıllarda geniş araştırma konusu olmuştu. Adipoz doku kaynaklı hücre kültürleri doku mühendisliği ve rejeneratif tıp uygulamalarında geniş kullanım alanı bulmuştur.

Çalışmamızın amacı tiyokolşikosid grubu kas gevşetici ilaçların alıcı sahada erken dönemde yağ greftinin temas ettiği yüzeyde kasların travmatik myospazmına bağlı yıkıcı etkilerinin izole edilmesi ve başlayan rejenerasyon süreci için stabil bir mikroçevre sağlanmasının ağırlık ve hacim kaybınına etkisinin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada üç ayrı grupta 30 adet Wistar-Albino cinsi sıçan kullanıldı. Anestezi altında ağırlık ölçümünü takiben pron pozisyonda interskapuler bölge orta hattan yapılan 1 cm'lik horizontal insizyonla girildi ve panniculus karnozus tabakasının altından oksipital bölgeye doğru cilt altı tünel oluşturuldu. Oksipital bölgede kas üstü planda standart poş oluşturularak, alıcı yatak hazırlandı. Ardından supin pozisyonda çalışıldı, sağ kasık bölgesinden yapılan 1 cm'lik standart insizyon ardından sağ inguinal yağ yastıkçığı üzerine düşüldü. Yağ yastıkçığı çevre dokulardan keskin ve künt diseksiyonla ayrılmış ve greft şeklinde alındı. Elde edilen yağ grefti dijital hassas terazide ölçüldü, yüzdürme yöntemiyle hacim ölçümü yapıldı. Makroskopik değerlendirme sonrasında greft alıcı sahaya transfer edildi.

Birinci gruba iki cerrahi işlem arasında ek müdahale yapılmadı. İkinci gruba oral, üçüncü gruba parenteral yoldan 5 gün tiyokolşikosid grubu ilaç uygulandı.On iki haftalık takip süreci sonrasında yağ greftleri geri alındı. Greftler makroskopik, histopatolojik ve immünohistokimyasal

parametreler açısından değerlendirildi.Makroskopik parametreler olarak yağ grefti kitle ve hacim yüzde değişim oranları, histopatolojik olarak yağ nekrozu, adipositlerde şekil bozukluğu, vaskülarizasyon, miyelin figür oluşumu, infamasyon ve fibrozis parametreleri değerlendirildi. İmmunohistokimyasal olarak perilipin ve galectin 3 boyasıyla adiposit yaşayabilirliği, CD 31 ile tamamlanmış vaskülarizasyon, VEGF belirteciyle devam etmekte olan vaskülarizasyon (neovaskülarizasyon) parametreleri değerlendirilmiştir. Ardından elde edilen veriler istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular: Grupların istatistiksel olarak Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırmasında deneklerin ağırlık yüzde değişim oranları benzerdi. Parenteral uygulama grubundaki greft ağırlık azalması ve inflamasyon oranı kontrol grubuna göre düşüktü. Oral ve parenteral uygulama grubundaki greft hacim azalması kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü. Parenteral uygulama grubundaki fibrozis oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksekti. Tamamlanmış vaskülogenezin değerlendirmesinde oral uygulama grubunun boyanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti.Gelişimi devam eden neovaskülarizasyonun değerlendirmesinde parenteral uygulama grubunun boyanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü. Diğer parametreler değerlendirildiğinde gruplar arasında sonuçlar benzerdi.

Tartışma: Otolog yağ dokusu geniş depoları, erişim kolaylığı ve doğal görünümü göz önüne alındığında mükemmel bir yumuşak doku dolgu maddesidir. Bununla birlikte, yağ dokusunun greft şeklinde nakli sonrasında uzun dönem takiplerde yaşayabilirliği belirsizliğini korumaktadır. Bu belirsizlik yağ greftlerinin en büyük eksikliklerinden biri olarak görülmektedir. Alıcı sahaya transfer edilen yağ greftinin yaşayabilirliğini etkileyen önemli faktörelreden birisi alıcı sahada oluşan mikroçevre şartlarıdır. Çalışmamızda alıcı alanın fizyodinamisini etkilemeden (kas felci yapılmadan) yatakta greft için travmatik olan myospazmların engelleyerek, yağ greftinin sahaya tutunması için en kritik dönemde hareketliliğe bağlı adiposit kaybını azaltma ve ilişkili olarak, uzun dönemde bu sürecin yağ grefti sonuç hacim ve ağırlığına etkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

Parenteral tiyokolşikosid uygulama grubunda gözlemlenen ağırlık azalması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olarak bulunmuştur.Yine yağ grefti hacim değişimi değerlendirildiğinde, hem oral tiyokolşikosid uygulama grubunda, hem de parenteral tiyokolşikosid uygulama grubundaki azalma kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük olarak gözlemlenmiştir. Bununla da çalışmanın amacı olan tiyokolşikosid uygulaması sonrası donör saha myospazmlarının engellenerek greft için daha stabil mikroçevre oluşturulması ile sonuçta daha az ağırlık ve hacim kaybı hedeflerine ulaşılmıştır.

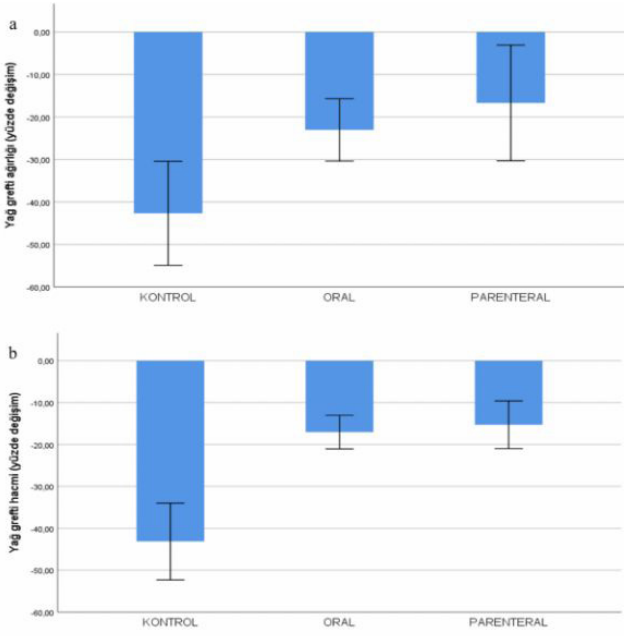
Çalışmamızda parenteral tiyokolşikosid uygulama grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece az inflamasyon bulguları gözlemlenmiştir. Bu tiyokolşikosid grubu kas gevşetici ilaçların anti inflamatuar etkisi ile açıklanabilir. Gruplar arasındaki fibrozis oranındaki farklılıklar fibrozis sürecinin bu parametreler arasında daha uzun süre zarfında oluşması, aslında yağ greftinin tutunmasında 3 aydan sonra başlayan stabilizasyon döneminde devam etmesi ve 6-12 aya kadar sürebilmesi ile ilişkilendirilebilir.

CD31 yüzey belirteci ile immunohistokimyasal boyamada oral uygulama grubundaki vaskülarite oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olması tiyokolşikosid grubu miyorelaksan ilaçla alıcı sahanın travmatik miyospazmdan arındırılmasının erken dönemde alanda grefte doğru vaskülarizayonun sekteye uğramadan oluşması ile açıklanabilir. Parenteral uygulama grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük inflamasyon ve yüksek fibrozis oranları ile eşzamanlı değerlendirildiğinde inflamasyon sürecinin tiyokolşikosid tarafından baskılanmasının greftin uzun süreli takibinde, çalışmamızda VEGF belirteciyle değerlendirilen tamamlanmamış neovaskülarizasyon sürecini de negatif etkilediğini açıklayabiliriz.

Sonuç: Yağ grefti uygulamaları rekonstrüktif ve estetik cerrahide en çok uygulanan tekniklerden birisidir. Birçok üstünlüklerinin yanısıra yağ grefti uygulamalarının en büyük eksisi uzun dönemde yaşayabilirliğinin öngörülemiyor olmasına bağlı hacim kaybıdır. Bu konuda birçok çalışma yapılmasına rağmen, henüz klinik uygulamayla ilgili herhangi fikirbirliği oluşturulamamıştır. Bu konuda ana odaklardan biri de alıcı alanda erken dönemde metabolik olarak hassas olan yağ greftinin etrafında stabil bir mikroçevre sağlanarak bunun uzun dönem greft yaşayabilirliğine yansımasının araştırılmasıdır. Çalışmamızda donor saha mobilizasyonunu sınırlanması ve uzun dönemde yağ grefti viabilitesine etkisi amacıyla tiyokolşikosid grubu kas gevşetici ilaçlar araştırılmıştır. Tüm parametreler birlikte ele alındığında tiyokolşikosid grubu kas gevşetici ilaçların yağ grefti ağırlık ve hacminin korunmasında etkili olan kolay uygulanabilir, güvenli ve başarılı bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adiposit yaşayabilirliği, kas gevşetici, tiyokolşikosid, yağ grefti

Gruplar arasında yağ grefti kitle ve hacim yüzde değişim oranlarının karılaştırılması



Üç grubun ikili karşılaştırmasında parenteral uygulama grubundaki greft ağırlık yüzde değişimi istatistiksel olarak kontrol grubuna göre anlamlı derecede azdı (p <0,008),(a).Oral ve parenteral uygulama grubundaki greft hacim yüzde değişim oranları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azdı (sırasıyla, p=0,003 ve p<0,05) (b).

Gruplar arasında histopatolojik ve immunohistokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi.

	Kontrol (n=10)	Oral (n=10)	Parenteral (n=10)	p*
	Medyan (Q1-Q3)	Medyan (Q1-Q3)	Medyan (Q1-Q3)	
		Histopatolojik parametre		
Yağ nekrozu	2,00 (1,75-3,00)	1,70 (1,00-2,25)	1,60 (0,75-2,00)	0,418
Fibrozis	0,50 (0-1,25)	1,40 (0,75-2,25)	1,80 (1,00-2,25)	0,05
İnflamasyon	2,50 (1,00-4,00)	1,10 (0,75-2,00)	0,60 (0-1,00)	0,002
Kist-vakuol oluşumu	2,00 (1,75-3,25)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	0,577
Vaskülarizasyon	2,00 (2,00-3,00)	2,30 (2,00-3,00)	2,60 (2,00-3,00)	0,486
Adipositlerde şekil bozukluğu	2,00 (2,00-3,25)	1,80 (1,00-2,00)	2,00 (1,75-2,25)	0,196
Miyelin figür oluşumu	2,00 (2,00-3,25)	1,90 (1,00-2,25)	1.90 (1,75-2,25)	0,31
		İmmunohistokimyasal parametre		
Adiosit yaşayabilirliği (Perilipin ve Galectin 3)	4,00 (4,00-5,00)	4,30 (4,00-5,00)	4,20 (4,00-4,25)	0,674
VEGF	27,50 (24,75-32,50)	22,50 (18,25-28,25)	19,50 (17,00-22,00)	0,003
CD31	70,00 (59,50-81,00)	78,00 (75,75-96,25)	76,00 (67,50-88,50)	0,044

Kruskal-Wallis testi uygulanarak yapılan istatistik analizde, yağ nekrozu, kist-vakuol oluşumu, vaskülarizasyon, adipositlerde şekil bozukluğu, miyelin figür oluşumu parametreleri değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak parenteral uygulama grubundaki fibrozis oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksekti. Parenteral uygulama grubundaki inflamasyon oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece düşük saptandı.Kruskal-Wallis testi uygulanarak yapılan istatistik analizde perilipin-galectin boyaması ile değerlendirilen adiposit yaşayabilirliği parametresi değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. CD31 ile immunohistokimyasal boyama sonrası değerlendirmede oral uygulama grubunun boyanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı.VEGF ile immunohistokimyasal boyama sonrası değerlendirmede parenteral uygulama grubunun boyanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptandı. (:Kruskal-Wallis testi, Q1-Q3: 25.-75. persentil)*

SB-061

Simülasyon Model Üzerinde Birebir Sütür Eğitiminin Tıp Öğrencilerinin Cerrahi Yetkinlikleri Üzerine Etkisi

Anıl Demiröz, Servet Yekta Aydın, Esra Zeynep Kurtoğlu, Cemal Burak Sirkeci

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,İstanbul

Giriş: Cerrahi eğitimde hastaları tehlikeye atmamak ve riski azaltmak için simülasyon modellerinin kullanımı yaygın bir yöntemdir. Bu modellerin eski çağlardan beri kullanıldığı bilinmektedir; 600 yıllarında bu amaçla yaprak ve kil modelleri kullanılmıştır. Günümüzde sütür eğitiminde simülasyon modeli olarak kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Laboratuar hayvanlarına dikiş atılması, canlı organizmalar üzerinde uygulama imkanı sağladığı için insan dokusuna benzer gerçekçi bir simülasyon sağlasa da, etik problemlerin yanı sıra tedarik ve koruma zorluğu nedeniyle günlük öğrenci eğitiminde kullanılması uygun değildir. Alternatif olarak masabaşı modeller; satın alma kolaylığı, tekrar kullanılabilirlik ve düşük fiyat avantajı gibi nedenlerle öğrenci eğitiminde sıklıkla kullanılan simülasyon modelleri olarak yerini almıştır. 5. sınıf öğrencilerine tıp fakültemizde plastik cerrahi stajları sırasında rutin olarak masabaşı modellerinde dikiş uygulama eğitimi verilmektedir. Ancak tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi sonrasında birçok ülkede olduğu gibi fakültemizde de birebir uygulamalı dersler iptal edilmiş veya sayıları azaltılmıştır. Bu nedenle tıp öğrencilerinin cerrahi eğitiminde uygulamalı eğitimin önemi sorgulanması gereken bir konu olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada simülasyon modeli üzerinde verilen sütür eğitiminin tıp öğrencilerinin cerrahi yeterliliklerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Üniversitemiz tıp fakültesinde 4. yılını tamamlayan ve plastik cerrahi stajı yapmaya hak kazanan 5. sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edildi. Bu öğrenciler çeşitli dönemlerde dikiş uygulaması hakkında teorik bilgi almış ancak herhangi bir eğitim almamış öğrencilerdi. Dikiş uygulaması konusunda uygulamalı eğitim almış veya diğer stajlarda dikiş uygulaması yapmış olan öğrenciler çalışma dışı bırakıldı. Araştırma toplam 18 öğrenci üzerinde gerçekleştirildi. Tüm öğrencilerden uygulamalı eğitimlerinden önce sünger modele bir dikiş atmaları istendi. Tüm uygulamalar aynı cerrah tarafından gözlemlendi ve daha önce cerrahi becerilerin değerlendirilmesi için tanımlanmış olan OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skill) ölçeğine göre puanlandı. OSATS formunda, (1) Dokuya saygı, (2) Zaman ve hareket, (3) Alet kullanımı, (4) Aletler bilgisi, (5) Operasyon akışı ve ileri planlama ve (6) Spesifik prosedür kriterleri bilgisi 1 en düşük ve 5 en yüksek olmak üzere 1'den 5'e kadar puanlandı. Puanlama tamamlandıktan sonra tüm öğrencilere sünger modeli ile ilgili bire bir uygulamalı eğitim verildi. Eğitim tamamlandıktan sonra aynı katılımcılardan sünger modele tekrar bir dikiş atmaları istendi ve yine aynı cerrah tarafından OSATS skalasına göre puanlar verildi. Eğitim öncesi ve sonrası puanlar tüm kriterler ve toplam puan için ayrı ayrı değerlendirildi. Değerler arasındaki farkın istatistiksel önemi, Paired t-testi (Minitab 18.1) kullanılarak araştırıldı. p değeri için anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 18 öğrencinin eğitim öncesi ve sonrası puanları karşılaştırıldığında tüm ölçütlerde eğitim sonrası puanlamada artış gözlendi. Antrenman öncesi toplam puan ortalaması 30 üzerinden 16.28 iken antrenman sonrasında 25.89'a yükseldiği gözlemlendi. Eğitimin etkisi, enstrüman bilgisi dışında tüm parametrelerde (p = 0.000) %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tartışma: Tıp eğitiminde teorik eğitim kadar cerrahi eğitim uygulaması da önemlidir. Modeller üzerinde uygulamalı eğitim yapmak, hasta güvenliğini optimize ederken aynı zamanda hekim adaylarının işlemleri özgüvenle gerçekleştirmesine yardımcı olurken, deneyimsiz öğrenciler tarafından yapılabilecek olası hatalardan hastaları koruyarak hasta güvenliğini sağlar. Sütür eğitiminde insan cildini simüle etmek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bunlara insan kadavra derisi, laboratuvar hayvanları, tüketilmek üzere kurban edilen hayvanlar gibi organik kaynaklar dahildir ancak bu modellerin temini ve bakımı zordur. İnorganik modeller; sünger, lateks ve silikon modelleri içerir. Bunların temini ve bakımı kolaydır, dayanıklılığı yüksektir ve tekrar tekrar kullanıma uygundur. Bu çalışmada plastik cerrahi staj eğitiminde rutin olarak kullanılan sünger modelleri kullanılmıştır. Fakültenin sübjektif yorumu, standardizasyonun zor olması ve bu nedenle güvenli bir yöntem olmaması nedeniyle öğrencilerin cerrahi becerilerini değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle performans değerlendirmesinde daha önce valide edilmiş ölçeklerin kullanılması uygundur. Bu çalışmada daha önce güvenilirliği doğrulanmış ve bir çok çalışmada kullanılmış olan OSATS(Objective Structured Assessment of Technical Skill) ölçeği kullanılmıştır. Tıp fakültemizde lisans eğitiminin 5.yılında tüm öğrenciler plastik cerrahi

stajları sırasında cerrahi dikiş uygulamaktadır. Ancak son dönemde tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi nedeniyle birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de eğitim programında bazı değişiklikler yapılmıştır. Tıp fakültemizde birçok uygulama dersi iptal edilmiş veya sayıları azaltılmıştır. Ancak tıp öğrenciliği gibi eleştirel ve stratejik bir eğitimde uygulamalı eğitimin önemi gözardı edilemez. Bu çalışma bu önemi objektif olarak ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu çalışmada birebir uygulamalı eğitim; dokuya saygı, zaman ve hareket, alet kullanımı, alet bilgisi, operasyon akışı ve ileri planlama, spesifik prosedür bilgisini içeren tüm kriterlerde önemli bir iyileşme ile sonuçlanmıştır. Küçük örneklem grubu çalışmadaki önemli bir sınırlılıktı. Ne yazık ki çalışma, eğitimin hibrit yöntemle yapıldığı COVID-19 pandemisi sırasında gerçekleştirildiği için çalışmaya sadece erişilebilir öğrenciler dahil edilmiştir. Bununla birlikte, katılımcı sayısı tüm kriterler için istatiksel olarak anlamlı sonuç vermek için yeterliydi.

Sonuç: Sonuç olarak, cerrahi dikişin öğrenilmesi tıp eğitiminde önemli bir adımdır ve uygulamalı pratik eğitimin önemli bir adımdır ve uygulamalı pratik eğitimin rolü bu çalışmada ortaya konmuştur. Gelecekte daha büyük örneklem grupları üzerinde daha fazla karşılaştırmalı çalışma, pratik cerrahi eğitimin etkisinin detaylarıyla anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Simülasyon eğitimi, sütür teknikleri, tıbbi eğitim

SB-062
Plastik Cerrahide Beyin Göçü

Mert Noyan Dabak, Zeki Çelik, Sabri Öztürk, Osman Sevindik, Perçin Karakol

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi ABD, İstanbul

Türk doktorların lisans sonrası yurtdışına göçü uzun süredir ülke gündemini işgal eden önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekime karşı artan şiddet, çalışma koşullarının ağırlığı, hekimlere sağlanan maddi imkanların giderek kötüleşmesi, ülkedeki sosyo-ekonomik durum, hekimlik mesleğinin itibarını günbegün kaybetmesi gibi pek çok etken Türk hekimlerin giderek artan şekilde ülkeden göç etmesine sebep olmaktadır. Lancet Ağustos sayısında yayımlanan makaleye göre 2017 yılında başlayan beyaz kod uygulamasına aynı yıl 7751 sağlık çalışanı başvururken bu sayı 2019'da 46 724'e, 2020 yılında ise 72 158'e çıkmıştır. Can güvenlikleri olmadan çalışan hekimlerin pek çoğu ya mesleği bırakmakta, ya da daha iyi çalışma koşullarına sahip olduğu inancıyla yurt dışına göçmektedir. Maddi imkansızlıklar göçe sebebiyet veren bir diğer önemli etkendir. Aldıkları ortalama maaş ile hekimler, insanca yaşamalarını sağlayacak temel ihtiyaçlarını bile karşılamakta zorlanmaktadır. Yine aynı makalede doktor maaşlarının 360 ile 1360 Euro arasında değiştiği belirtilmektedir ki bu az gelişmiş ülkeler için bile komik rakamlardır. Eğitim hayatı boyunca hayat koşullarının herkes için kötüleşmesi, hem ast hem üstleri tarafından yaygın mobbinge maruz kalınması, yoğun ve aşırı çalışma saatleri, kurum yöneticilerinin hekimlerin sorunlarına olan ilgisizliği sebebiyle meslekten ciddi kopuşlar yaşanmakta, doktorlar arasındaki idealist düşüncelere sahip insan sayısı giderek azalmaktadır.

Türk Tabipler Birliğinin verilerine göre mayıs ayında 77 uzman ve 84 pratisyen olmak üzere 161 hekim yurtdışında çalışabilmek için iyi hal belgesi talep etti. Temmuz ayında ise bu rakam artarak 231'e çıktı. 2021 yılında bu sayı 1405 iken, bu yıl sayının 2500'ü geçeceği tahmin edilmektedir

Plastik cerrahi alanında hekim göçü henüz gündemimizi yeterince işgal etmese de sorun tahmin edilenden daha büyüktür. Mayıs ayında Türk Tabipler Birliğinden iyi hal belgesi isteyen uzmanlar arasında ilk sırayı 6 hekim ile Aile Hekimliği alırken 4 hekim ile Plastik Cerrahi üst sıralarda yer almaktadır. Biz bu çalışmamızda Türkiye'de doktorları göçe iten nedenleri irdelemeyi ve plastik cerrahi asistanlarının göç hakkındaki görüşlerini belirttiği 15 soruluk bir anket üzerinden Türkiye'de plastik cerrahinin geleceğine ışık tutmaya çalıştık.

Çalışmamızda çeşitli fakültelerden 70 asistan hekime aşağıdaki soruları yönelttik.

1. Plastik Cerrahi asistanlığınızın kaçıncı yılındasınız?
   %50 0-2 yıl, %30 2-3 yıl, %20 3 yıl ve üzeri
2. Cinsiyetiniz nedir?
   %86.8 Erkek %13.2 Kadın
3. Yaşınız
   %59 24-27, %35.9 28-31, %5.1 32-35
4. Eğitim gördüğünüz klinik hangi şehirde yer almaktadır?
   %69 ile İstanbul başı çekmekte
5. Medeni durumunuz
   %92.3 Bekar %7.7 Evli
6. Geleceğe dair mesleki kaygınız var mı?
   %69.2 Evet, % 15.4 Hayır, %15.4 Kararsız
7. Geleceğe dair maddi kaygınız var mı?
   %59 Evet, %28.2 Hayır, %12.8 Kararsız
8. Geleceğe dair maddi-mesleki umudunuz var mı?
   %30.8 Hayır, %25.6 Evet, %43.6 Kararsız
9. Ülkemizdeki cerrahi eğitimden memnun musunuz?
   %48.7 Hayır, %25.6 Evet, %25.6 Kararsız
10. Yurtdışına yerleşmeyi düşünüyor musunuz?
    %38.5 Evet, %23.1 Hayır %38.5 Kararsız
11. Hangi ülkeye taşınmayı düşünüyorsunuz?
    %28.6 Kararsız, %28.6 ABD, %14.3 Almanya, %14.3 İngiltere, %8.6 Kanada
12. Gitmeyi düşündüğünüz ülkenin dilini hangi seviyede biliyorsunuz
    23.5 C1, 26.5 B1, 17.6 B2, 11.8 A2, 17.6 A1
13. Yurtdışında daha iyi bir eğitim alabileceğinizi düşünüyor musunuz?
    %74.3 Evet, %8.6 Hayır, %17.1 Kararsızım
14. Yurtdışında çalışma koşullarının daha iyi olduğunu düşünüyor musunuz?
    %97.2 Evet
15. Yurtdışına yerleşme konusunda ailenizden destek görüyor musunuz?
    %80.6 Evet, %19.4 Hayır

Bu veriler doğrultusunda plastik cerrahisi asistanlarının arasında yurtdışına göç fikrinin sanılandan çok daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma koşullarından ve aldıkları eğitimden memnun olmayan asistanların sayısı azımsanamayacak kadar yüksektir. Daha da kötüsü geleceğe dair umudum var diyenlerin oranı sadece %25 ile sınırlı kalmıştır. Bu verilerdeki karamsar sayıların ülkemizdeki şartlar değişmedikçe giderek artacağını söylemek yanlış olmayacaktır. Az sayıda olan plastik cerrahi hekimlerinin yurtdışına göçü ile bu alanda ülkemizin sahip olduğu uluslararası itibarının azalması ve estetik cerrahinin dünyadaki merkezlerinden biri olma vasfını kaybetmesi olasıdır.

Anahtar Kelimeler: Beyin göçü, Çalışma Koşulları, Yurtdışı

SB-063

Yeni Başlayan 21 Asistan Hekimin Eğitim Süreçlerinin, Görev Dağılımının ve Klinik Entegrasyonunun Planlanması ve Yönetimi: Ankara Şehir Hastanesi Tecrübesi

Burak Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

2022 Bahar Dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Alanında açılan 243 kadroyla ülkemizin hemen her kliniğindeki asistan sayısı eğitim kapasitesini aşan düzeye gelmiş bulunmaktadır. Neredeyse aktif çalışan asistan hekim sayısının iki katına çıkmasıyla birlikte kliniğimizde olduğu gibi tüm kliniklerde bu asistan hekimlerin eğitim süreçlerinin planlanması, görev dağılımlarının belirlenmesi ve klinik entegrasyonlarının sağlanması büyük önem taşımaktadır. Yeni gelen asistan hekimlerin mevcut klinik eğitim sistemine entegrasyonu, eğitim almakta olan diğer asistanların eğitimlerinin aksatmadan sağlanması ve klinik eğitim sistemlerinin yeniden düzenlenmesi konusunda klinik öğretim üyelerine önemli görevler düşmektedir.

2022 Bahar Dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda 21 kadro açılan kliniğimiz ilgili uzmanlık sınavında en çok kadro açılan eğitim kliniği olma özelliğine sahiptir. 22 olan asistan sayısı bir anda 43'e yükselen kliniğimizde asistan hekim eğitiminde, iş bölümünün planlanmasında ve yeni hekimlerin kliniğimize entegrasyonu sürecinde karşılaşılan problemler ve çözümlerinin paylaşımının diğer kliniklere de yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Bu bildiride, artan asistan sayısına bağlı ortak alan kullanımında yaşanan güçlüklerden, eğitim plan ve şeklindeki değişikliklere, ameliyathane çalışma organizasyonuna ve vakaların planlanmasına uzanan kapsayıcı bir değerlendirme, sorunlar ve çözümleri tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Asistan Eğitimi, Eğitim Programı, Çalışma Düzeni

SB-064

Plastik Cerrahide Manuel Masaj: Güncel Uygulamalar ve Cerrahların Bakış Açıları

Ayhan Işık Erdal

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

Giriş: Plastik cerrahi prosedürleri sonrasında manuel masaj sıklıkla önerilmektedir. Ancak literatürde manuel masaj ile ilgili çalışmalar daha çok spor hekimliği alanında mevcuttur, plastik cerrahi ile ilgili çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada plastik cerrahların manuel masaja dair pratiklerini ve görüşlerini ortaya koymak için bir anket uygulanmıştır.

Gereç-Yöntem: Türkiye'de çalışan plastik cerrahlara 14 soruluk elektronik anket uygulandı. Sık yapılan ameliyatlar, masajın önerilme nedenleri, masaj manevraları hakkında bilgi düzeyi ve diğer ayrıntılar sorgulandı. Toplanan veriler analiz edildi.

Bulgular: Toplam 115 plastik cerrah anketi yanıtladı. Yüzde 88'i ameliyatlar sonrası manuel masajın etkili olduğunu, yüzde 93'ü ise hastalara ameliyat sonrası manuel masaj önerdiğini belirtti. Masajın önerilmesinin en yaygın nedeni "ödemlerin düzelme sürecini hızlandırmak" idi. Yüzde 18'i hastaları profesyonel bir masaj uygulayıcısına yönlendirebildiğini belirtti. Yüzde 41'i plastik cerrahi literatüründe postoperatif manuel masaj kullanımına ilişkin yeterli çalışma olmadığını belirtti. Yüzde 63'ü plastik cerrahide manuel masaj uygulamaları üzerine bilimsel toplantılarda oturum, dergilerde yayınlar olması gerektiğini belirtti.

Sonuç: Plastik cerrahide manuel masaj sıklıkla kullanılmaktadır ve cerrahlar bunun işe yaradığını düşünmektedir.

Anahtar Kelimeler: manuel lenfatik drenaj, manuel terapi, manipülasyon tedavisi, masaj, tamamlayıcı tedaviler

SB-065

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Asistanlığında Sosyal Medya Kullanımına Bakış

Çağla Çiçek[1], Mehmet Akkurt[2], Gaye Filinte[2]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Tim O'Reilly tarafından 2004 yılında geliştirilen Web 2.0 tasarımı ile önceden sadece sörf yapılabilen internet içerikleri; artık kullanıcı kaynaklı veri yüklenebilmesine de olanak sağlar hale gelmiştir (1,2).Böylece kullanıcı aktif olarak paylaşılan içeriğe katılabilmeye başlamış ve platformların önemli bir parçası haline gelmiştir. Son yıllarda ülkemizde de sağlık turizminin artmasıyla beraber sosyal medya platformlarının önemi artmaya başlamıştır(3).Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanlarının sosyal medya davranışları ve yatkınlıklarını belirleyen esas unsur; ihtisasları sürecindeki bakış açıları olduğundan bu çalışma Türkiye'de plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi asistanlarının sosyal medya kullanımına bakış açısının analiz edildiği ilk çalışmadır.

Materyal ve Method: Araştırmanın dizaynı uzmanlık eğitimini tamamlamamış Plastik Cerrahi asistanlarına yönelik 14 soruluk anket yapılması şeklindedir.Anket öncesinde etik kurul onayı alınmış daha önce hazırlanmış olan sorular web tabanlı uygulama olan 'Google Forms' üzerinden Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği asistan mail grubunda ve diğer sosyal ağlar üzerinden paylaşılmıştır. Anket genel olarak demografik veriler, tercih edilen sosyal medya platformları, sosyal medya platformları hakkındaki görüşler, etkileşimli sosyal medya hesaplarının özellikleri ve profesyonel gönderilerin onları nasıl etkilediğinden oluşmaktadır.

Bulgular: Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği'nden elde edilen veriler doğrultusunda uzmanlık eğitimi alan 294 asistan hekim; %54,7 oranında ankete katılım göstermiştir.Ankete katılanların yaklaşık yarısı (%50,3) 27-30 yaş grubundadır ve 65'i (%40,3) asistanlık eğitiminin ilk iki yılındadır.Cinsiyetle ilgili olarak sorulan soruya katılımcıların 137'si(%85,0) erkek, 20'si (%12,4)

kadın ve 4 katılımcı diğer(%2,4) şeklinde cevap vermiştir. 88(%54,5) katılımcının, eğitimlerine İstanbul ve Ankara'da devam ettiği ve Üniversite Hastanelerinden katılımın en fazla olduğu (n:96,%59) gözlenmiştir. En sık hangi sosyal medya hesabının kullanıldığı ile ilgili soruya 138 kişi (%85,7) İnstagram şeklinde cevap vermiştir.Katılımcıların sosyal medya hesaplarında ne sıklıkta kişisel paylaşım yaptıkları sorusuna verdikleri cevap ise %33,5(n:54) oranında ayda bir kez paylaşım yaptıkları şeklindedir. Mesleki paylaşım için ayrı bir sosyal medya hesaplarının olup olmadığı sorusuna ise %69,5'i profesyonel hesap kullanmadığını belirtmiştir. Plastik cerrahide sosyal medya kullanımının asistanlar için ne anlama geldiğinin anlaşılabilmesi için sorulmuş olan soruya katılımcıların %71,4'ü sosyal medya kullanımının mesleğe olumlu katkısının olduğunu belirtmiştir.Plastik cerrahide sosyal medya platformlarındaki paylaşımların amacıyla ilgili soruya 116 kişi cerrahların daha fazla sayıda kişiye ulaşarak hasta sayılarını arttırmak istedikleri şeklinde cevap vermiştir.Sosyal medya hesaplarında hasta ve uygulanan prosedüre ait verilerin paylaşılmasıyla ilgili görüşleri sorulan katılımcıların %42,2'si hastanın kişisel bilgileri ve onların kimliklerini belli edecek ayrıntıların paylaşılmadığı takdirde etik olarak sorun olmayacağını düşünmektedir.Plastik cerrahi asistanlarının asistanlık yılları ile sosyal medyada paylaşılan hasta fotoğraflarının cerrahın yeteneği ve başarısını ne derecede gösterdiği ile ilgili görüşleri istatiksel bakımdan anlamı bir ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$).Katılımcıların eğitim aldıkları kurumlar ile tercih edilen sosyal medya platformları arasında, paylaşım yapılma sıklığında, takip edilen plastik cerrah hesaplarının artışında, sosyal medya kullanımın plastik cerrahi kariyerine olumlu ya da olumsuz etki yaptığı konusundaki algıda, paylaşımların etik olup olmadığı konusundaki algıda ve sosyal medyada paylaşılan hasta fotoğraflarının cerrahın yeteneği ve başarısını ne derecede gösterdiği ile ilgili görüşlerinde istatistiki olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir($p>0,05$). Plastik cerrahi asistanlarının kullandıkları sosyal medya platformları ile bu platformlardan yaptıkları paylaşımların sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisindedir($p<0.05$).Plastik cerrahi asistanlarının en sık kullandığı sosyal medya platformları, asistanların sosyal medyada etkileşimde bulunduğu hesapların yüzde kaçının plastik cerrahi ile ilgili olduğu ile istatiksel bakımdan anlamlı bir ilişki içerisindedir ($p<0.05$)

Tartışma: Plastik cerrahide sosyal medya kullanımı teknolojik yeniliklerle beraber son yıllarda popüleritesi oldukça artan bir konudur.2000 li yılların başlangıcında sosyal medyanın gelecek vaad edebileceğinin anlaşılmasıyla beraber plastik cerrahlar için de sosyal medyanın en güçlü pazarlama araçlarından biri olabileceği gerçeği ortaya çıkmıştır(4).Ayrıca Plastik cerrahinin diğer disiplinlerden farklı olarak pratiklerinde estetik işlemlerin yoğun olması sosyal medya platformlarında daha fazla görünür olmalarını mecbur kılar. Bu nedenle her geçen gün büyüyen bu platformların kullanımını anlamak ve bunlara yönelik yatırım yapmak da zorunlu hale gelmiştir(5) Gould ve ark. yaptığı bir çalışmada hedef kitlenin cerrahın sosyal hayatını, hobilerini, ailevi yaşantısını; hastalarla ilgili paylaşımların arasında görmek istediğini belirtilmiştir(6).Çalışmamızda plastik cerrahi asistanlarının çoğunluğunun profesyonel hesabının olmadığı gözlenmiştir. Her ne kadar bu konuda yasal bir kısıtlama olmamasına rağmen asistan hekimlerin profesyonel sosyal medya hesabı açma konusunda asistanlık eğitimi sürecinde istekli olmadıkları anlaşılmıştır. Bu durum ihtisas sürecinde bağlı oldukları otoriteden (klinik şefi, idari ve eğitim sorumlusu) çekindiklerini ya da yasal sorumluluklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları nedeniyle paylaşım yapmadıklarını düşündürmüştür. Plastik cerrahların yaratıcılık, yeniliklere kolay adapte olma ve yeni teknolojilere uyarlanabilirlik konusunda nitelikli oldukları bir gerçektir. Bu durum onları rekabetçi sağlık sektöründe avantajlı hale getirmektedir(7). Literatüre benzer şekilde ankete katılan plastik cerrahi asistanlarının büyük çoğunluğun sosyal medya kullanımının mesleki gereklilik olduğunu düşünmekte ve bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Naftali Y ve ark. yaptığı çalışma; hasta eğitimiyle ilgili ya da yapılan akademik çalışmalarla ilgili paylaşımların çok az ilgi çektiğini ancak çekici kadın fotoğraflarının, kişisel paylaşımların ve cerrahi videoların plastik cerrah dışı kullanıcılar tarafından daha fazla ilgi çektiğini göstermiştir. (8). Plastik cerrahi asistanlarının etkileşimde oldukları hesapların çok azının Plastik cerrah hesabı olmasına rağmen çalışmamızda katılımcılara sorulan 'Sizce Plastik cerrahların sosyal medya paylaşımlarının amacı nedir?' sorusuna; hastaları bilgilendirmek ve akademik paylaşımların plastik cerrahlar için sosyal medya kullanımının esas amacı olmadığı şeklinde cevap vermişlerdir. Bu durum aslında plastik cerrahi asistanlarının paylaşımların sosyal medya kullanıcılarının beklentisine uygun yapıldığının ihstisasları sürecinde farkında olduklarını düşündürmüştür. Toprak ve ark. 2014 yılında yaptığı çalışma facebook kullanıcılarının daha çok 20-49 yaş arası orta yaş grubu popülasyonda ilgi görmekteyken; 'İnstagram' ve 'Twitter' daha genç popülasyonda tercih edilmektedir(9,10).Çalışmada katılımcıların %80'den fazlası 30 yaş altıdır ve Dünya trendine uygun olarak en sık kullanılan iki sosyal medya platformu Twitter ve İnstagramdır. Ülkemizde hekimlik uygulamalarının esaslarını belirleyen 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nde belirtildiği gibi hastaların sır kapsamındaki bilgilerinin paylaşılması ve hasta mahremiyetinin korunması ile ilgili hukuki düzenlemeler mevcuttur. Hekimler için tıbbi etiğe aykırı reklam, tanıtım ve kampanyaların sosyal medya aracılığı ile yapılması yasal olarak mümkün değilken; hekim dışı kişilerin her gün binlerce kişiye ulaşan yetkisiz sosyal medya paylaşımları nedeniyle bu kişiler sanal ortamda yetkilenmektedir. Çalışmamızda da katılımcıların çoğu sosyal medyada hasta fotoğrafı paylaşılmasının etik olduğunu düşünmektedir. Bu durum yeni neslin, sosyal medyada ki tek taraflı kısıtlamanın farkında olduğunu ve buna uygun bir davranış şekli geliştirdiğini düşündürmüştür.

Sonuç: Plastik cerrahi ve sosyal medyanın evliliği öngörülebilirdir ve gelecekte kalıcı olacağı aşikadır. Geleceğin trendlerini belirleyecek asistanların bu konudaki yaklaşımlarını anlamak değişen dünyada ve internet pazarında zorunluluk haline gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Asistanlık Eğitimi, Plastik Cerrahi, Sosyal Medya Kullanımı

SB-066

Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonlarında Serbest Kas Flebi Seçimi - Avantajlar ve Dezavantajlar

İlker Uyar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda öncelikle yapılması gereken, ekspoze olan damar, sinir, kas ve kemik gibi önemli dokuların üzerini kapatmaktır. Serbest flep cerrahisi, alt ekstremitedeki karmaşık yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu için rutin bir prosedüre dönüşmüştür.

Bu çalışmada tarafımıza alt ekstremitede değişik boyutlarda defektlerle başvuran hastalarda uygulanan farklı serbest kas fleplerinin literatür eşliğinde incelenmesi ve sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Yerel etik kurul onayı alınmasını takiben çalışma retrospektif olarak planlandı. 2018 - 2022 yılları arasında alt ekstremitede doku defekti olan ve serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan 27 hasta dosyalar üzerinden belirlendi. Bu hastalardan 12 tanesi fasyokutan fleple rekonstrüksiyon yapılması nedeniyle çalışma dışında tutuldu, çalışmaya serbest kas flebi ile onarım yapılan 15 hasta dahil edildi. Hastalara operasyon öncesinde vasküler patoloji açısından inceleme yapıldı. Tüm operasyonlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Postoperatif 3. haftada tüm hastalara flep ödemini azaltma amacıyla elastik bandaj uygulaması gerçekleştirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, komorbiditeleri, defekt ve flep boyutları, hastanede kalış süreleri kayıtlar üzerinden incelendi.

Bulgular: Çalışmada serbest kas flebi uygulanan 15 hasta mevcuttu. Bu hastaların 13 tanesi erkek, 2 tanesi kadındı. Hastaların ortalama yaşı 32.3'tü. Hastalarda ortalama takip süresi 13 aydı. Hastalarda hastanede ortalama yatış süresi 24 gündü. 4 hastada diyabetes mellitus, 2 hastada malign cilt tümörü, 1 hastada hipertansiyon mevcuttu. Hastaların 9 tanesinde defekt nedeni travma, 4 tanesinde kronik yara ve 2 tanesinde malign tümör eksizyonu idi. Hastalarda ortalama defekt boyutu 10*13 cm idi. Operasyon öncesinde hiçbir hastada vasküler patoloji saptanmadı. Hastalarda 3 farklı serbest kas flebi ile onarım mevcuttu; latissimus dorsi flebi, serratus anterior flebi, grasilis flebi. 5 hastaya serbest latissimus dorsi flebi ile, 6 hastaya serbest serratus anterior flebi ile, 4 hastaya serbest grasilis flebi ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Elde edilen serbest fleplerden latissimus dorsi kasının ortalama boyutu 17*23 cm, serratus anterior kasının ortalama boyutu 7*9 cm, grasilis kasının ortalama boyutu 6*8 cm idi. Ven anastomozları uç-uca olacak şekilde gerçekleştirildi, arter anastomozları grasilis flebinde uç-yan olarak, diğer fleplerde ise uç-uca olarak gerçekleştirildi. Tüm hastalarda kas fleplerinin üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. 3 hastada postoperatif erken dönemde venöz konjesyon gelişti, hastalar revizyona alındı. Revizyona alınan bu hastaların 2 tanesinde flep kaybı yaşanmazken, grasilis flebi ile onarım yapılan 1 hastada aynı sebeple tekrar revizyon ihtiyacı oldu, ven anastomozları tekrarlandı ancak flep kurtarılamadı. 1 hastada postoperatif erken dönemde flep altında hematom gelişti, hematom drene edildi ve hasta sorunsuz iyileşti.

Tüm hastalara preoperatif ve postoperatif dönemde medikasyon uygulandı.

Tartışma ve Sonuç: Latissimus dorsi kası vücuttaki en büyük kastır, bu sayede vücuttaki büyük yaraların kapatılmasında önem arz eder. Mathes – Nahai sınıflamasına göre tip 5 vaskülerizasyona sahiptir. Görevi; humerusa adduksiyon ve internal rotasyon yaptırmaktır. Normal populasyonda kalınlığı 1 cm civarındadır, boyu 40 cm'ye uzanabilir. İliak krest ve torakolomber fasyadan başlar, humerusta sonlanır.

Torakodorsal sinir tarafından inerve olur. Sinir, torakodorsal artere yakın ilerler. Kanlanma, subskapuler arter yoluyla olur, aksiller arterin dalıdır. Subskapuler arter posteriora sirkümfleks skapuler arter dalını verir, latissimus dorsiye torakodorsal, serratusa ise serratus dalını gönderir. Pedikül boyu oldukça uzundur, artere tek ven eşlik eder. Arter kas içerisinde 2'ye ayrılır, bu sebeple iki lob olacak şekilde flep tasarımı mümkündür.

Serratus anterior kası lateral skapuladan köken alır, ilk 9 kostaya yapışır. Serbest flep olarak kasın bir kısmı kullanılır, en alttaki 3 slip, bağımsız beslenme ve inervasyon ile serbest flep olarak kullanıma elverişlidir. Küçük ve orta büyüklükteki defektler için oldukça kullanışlıdır. Fonksiyonel kullanım açısından nörotize edilebilir. Subskapuler arter sirkümfleks skapuler ve torakodorsal dalları verdikten sonra serratusa dal verir. Serratusun superior slipleri lateral torasik arterden beslenir. Alt 3 slip, uzun torasik sinir tarafından inerve edilir. Kanat skapula deformitesini engellemek için üst sliplerin siniri korunmalıdır.

Gracilis kası Mathes – Nahai sınıflamasına göre tip 2 vaskülerizasyona sahiptir. Uyluğa adduksiyon, bacağa fleksiyon yaptırır. Yaklaşık olarak boyu 42cm, eni 4cm, kalınlığı 1cm civarındadır. İnervasyonuna göre anterior ve posterior olmak üzere 2 cerrahi üniteye ayrılabilir. Bu ayrım, kasın fasyal reanimasyon için split transferinde önem kazanır. Gracilis kası sabit bir beslenme ve inervasyon paternine sahiptir, donör alanda fonksiyonel kayıp oldukça azdır, bu sebeple el ve fasyal reanimasyonda favori fleplerdendir. Üzerindeki cilt beslenmesi değişken olduğu için grasilisin muskulokutan olarak tasarlanmış flepleri güvenilir değildir.

Simfizis pubis, inferior pubik ramus ve iskiumdan köken alır, uyluk iç yüzü boyunca uzanır ve tibial metafiz medial yüzünde sonlanır. Kas direkt olarak palpe edilemez. Kasın yaklaşık iz düşümü pubik simfizden medial femoral kondile doğrudur. Genellikle derin femoral damarlardan ayrılan 3 ya da 4 vasküler pedikülden beslenir. En proksimal pedikül, genellikle en majör besleyicidir, bu arter medial sirkümfleks femoral sistemden ya da distalindeki profunda femoristen direkt olarak kaynaklanır, adduktor longus ve magnus arasında uzanır, origosunun 6-12 cm distalinde kasa girer. Bu noktada majör pedikülden ayrılan perforanlar, üzerindeki cildi besler. Motor inervasyon, obturator sinirin anterior dalı tarafından sağlanır. Kural olarak bu sinir 4 fasikülden oluşur ve kasın ön kısmına giren fasikül daha geniştir. Split kas transferinde bu fasikülün stimülasyonu ve alıcı alanda koaptasyonu önem arz etmektedir.

Latissimus dorsi, serratus anterior ya da gracilis flepleri, anatomilerinin sabit olması nedeniyle çok hızlı kaldırılabilir. Öğrenme eğrileri oldukça kısadır. Uzun dönemde fleplerde küçülme olması, ayakkabı giyilebilmesi açısından önemli bir avantajdır. İstenilen düzeyde atrofi olmaması durumunda inceltme prosedürleri mevcuttur. Tanjansiyel eksizyon ve greftleme ile uygun kontur sağlanabilir.

Bu kaslar alt ekstremite defektlerinde 2 ayrı ekibin aynı anda çalışmasına genellikle elverişlidir, bu da zaman açısından önemli bir avantajdır. Donör alanda ciddi bir morbidite yaratmazlar.

Defektin büyük olduğu durumlarda gracilis ya da serratus anterior boyutları yeterli olmayabilir. Bu tür durumlarda latissumus dorsi flebi tercih edilmelidir.

Gracilis flebinde pedikül boyu kısadır. Alt ekstremitede travma, defektlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Pedikül boyunun kısa olması, travma zonundan uzaklaşmayı her zaman mümkün kılmamaktadır. Ayrıca ayak-ayak bileği seviyesinde arter açısından çap uyumsuzluğu, uç-uca anastomoza izin vermemektedir. Bu tür durumlarda ven greftleri ile travma zonundan uzaklaşmak gerekmektedir. Her ne kadar muskulokutanöz şekilde kompozit olarak kaldırılabilir denilse de, graciliste deri adası güvenilir değildir.

Tüm kas fleplerinde ilk zamanlar ciddi ödem oluşmaktadır, bunu azaltmak için 3-4. hafta civarında elastik bandajla sargılama faydalı olabilir.

Latissimus dorsinin kullanıldığı özellikle de cilt adasının dahil edildiği vakalarda zaman zaman gereken debulking amaçlı ek işlemler, dezavantaj olarak düşünülebilir.

Sonuç olarak defektin boyutu ve gereken pedikül uzunluğuna göre bu üç kas flebi, alt ekstremite defektlerinde oldukça kullanışlıdır.

Anahtar Kelimeler: alt ekstremite, kas flebi, mikrocerrahi, rekonstrüksiyon

Figür

A1,A2,A3: Latissimus dorsi flebi ile onarılan bir hasta. B1, B2, B3: Serratus anterior flebi ile onarılan bir hasta. C1,C2,C3: Grasilis flebi ile onarılan bir hasta.

SB-067

Alt ekstremite ateşli silah yaralanmalarına bağlı yumuşak doku defektlerinin ters akımlı nöroadipofasyal fleplerle onarımında klinik deneyimlerimiz

Mahir Aliyev, Elnare Salmanlı

Azerbaycan Cumhuriyeti Devlet Tehlikesizlik Hizmetinin Askeri Tıp Hastanesi, Plastik cerrahi bölümü, Bakü

Alt ekstremite, özellikle bacak 1/3 distali ve ayakta ateşli silah yaralanmalarına bağlı yumuşak doku defektlerinin onarımları plastik cerrahinin en önemli sorunlarındandır. Mayına basma ve bomba patlaması gibi yüksek enerjili yaralanmalarda yumuşak doku kayıplarına kemik, tendon ve nörovasküler yapıların kolayca açığa çıkması eşlik etdiğinden doğası gereği zorlayıcı yaralanmalardır. 2011-2020 yıllarında kliniğimize başvuran yüksek enerjili ASY lı 16 olguya distal pediküllü nöroadipofasyal fleplerle rekonstrüksiyon uygulandı. Hastaların hepsi erkek, ortalama yaş 28 (19-48) idi. Hastaların 11inde onarım için sural flep, 5 inde ise safenöz flep kullanıldı. Yumuşak doku kayıpları olgulardan 14 ünde akut yaralanmaya bağlı iken 2 sinde onarım kronik yara tedavisi için yapıldı. Tüm olgularda ameliyat öncesinde doppler ultrasonografi ile perforatör damarların lokalizasyonları (sural fleplerde lateral malleolden 2-7 sm proksimalde fibular arter,sSafenöz fleplerde ise medial malleolün proksimalinde posterior tibial arter perforatörleri) tespit edildi. Olguların 12 sinde flep fasyokutan, 3 ünde proksimali adipofasyal, distali fasyokutan, 1 tanesinde ise proksimali fasyokutan, distali tübularize adipofasyal dokudan oluşacak şekilde tasarlandı. Bir hastada sural flebin tübularize adipofasyal komponenti bacak distalinde tibia ve fibula kemiklerinin arasında silindir şekilli boşluğu (çapı 3, derinliği 4 cm) vaskülarize doku ile doldurmak amaçlı kullanıldı. Alıcı alan ile flep donör sahası arasındaki mesafe 5-10 cm olan olgularda pedikül subkutan tünelden geçirilerek (5 hasta), 10-15 cm olan olgularda (6 hasta) ciltaltı planda açılan yatak üzerinden aktarılarak onarım yapıldı. Bu mesafenin 15 cm üzeri olduğu 5 hastada revaskülarizasyon süreci tamamlandıktan sonra pedikül kesilerek yerine iade edildi. Böylece safenöz nöroadipofasyal fleple yapılan onarımlardan sonra tibia medialinde derialtı dokusundaki incelme pedikül dokusu ile kalınlaştırılmış oldu. Tüm olgularda flep donör sahası küçültülerek deri grefti ile kapatıldı. Fleplerin boyutları 5x6 cm ile 10x15 cm (ortalama 8x10 cm) aralığında değişmekte idi. Olguların 15 inde hiç bir komplikasyon gözlenmedi. Ancak 1 inde flep distalinde fasyaya ulaşmayan 7x1,5 cm lik deri nekrozu oluştu. Komplikasyon oluşan olguda flep boyutları 12x11, pedikül uzunluğu ise 12 cm idi. Flebin donör sahaya taşınması ciltaltı tünel aracılığıyla gerçekleştirilmişti. Bu olguda deri nekrozu alanı greftleme ile rekonstrükte edildi. Hastaların takip süreci 20 gün ile 1,5 yıl arasında değişmekte idi. Sonuçlar kozmetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici idi.

Sonuç olarak, bacak distali, ayak bileği ve ayak bölgelerinin yüksek enerjili ASY sonucu yumuşak doku defektlerinin, komplikasyon riskinin ve donör saha morbitesinin düşük, flep diseksiyonunun kolay olması gibi nedenlerle ters akımlı nöroadipofasyal fleplerle onarımının seçilmiş olgularda güvenli ve kullanışlı bir seçenek olduğunun kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: yüksek enerjili ASY, ters akımlı nöroadipofasyal fleplerle, sural flep, safenöz flep

Mayın yaralanması sonucu ayak distali amputasyon güdülünün ters akımlı safenöz fleple onarımı

SB-068

Ekstremite Tümörlerinin Ortoplastik Rekonstrüksiyonunda Lokal Flepler ile Serbest Fleplerin Karşılaştırılması

Şeyda Güray Evin[1], Nuh Evin[2], Fatma Kilvan[1]

[1]Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Kas ve iskelet sistemindeki ortopedik problemlerin giderilmesi sırasında meydana gelen form ve fonksiyon bozukluklarının tedavisi plastik cerrahinin ilgi alanlarından biridir. Ortopedi ile plastik cerrahinin multidisipliner yaklaşımını içeren bu cerrahi şekli ortoplastik cerrahi olarak adlandırılmaktadır. (1) Özellikle alt ve üst ekstremitelerde karşılaştığımız yumuşak doku ve kemik tümörlerin ekstirpasyonu, sonrası meydana gelen defektler ortoplastik cerrahinin ilgi alanlarını oluşturmaktadır. Ne varki yumuşak doku uzanımları çok geniş olan tümörlerin eksizyonu sonrası meydana gelen defektlerin onarımı ve fonksiyonel

bütünlüğü sağlamak oldukça zordur. Bu çalışmada yumuşak doku ve kemik tümörleri nedeniyle ortoplastik cerrahi uygulanan hastaların cerrahi sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal Method: 2020-2022 yılları arasında yumuşak doku tümörü ve kemik tümörleri nedeniyle ortoplastik cerrahi yapılmış hastalar çalışmaya dahil edildi. Travma ya da doğumsal anomali nedeniyle ortoplastik rekonstrüksiyon yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar lokal fleple (pediküllü flepler, perforatör flepler) ve serbest doku nakli ile onarılanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Her grupta hastaların demografik özellikleri ve tümör histolojileri araştırıldı. 2 grupta defektin kapatılması için yapılan operasyonların toplam sayısı, operasyon süreleri, hastalara ait komplikasyonlar (tümör nüksü, flepte venöz yetmezlik, total ya da kısmi flep kayıpları, yara yeri enfeksiyonu, hematom, uzamış seroma, yara dehisensi) istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Sonuçlar: 12'si erkek 9'u kadın 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşaları 51,8 ± 14,4 idi. Hastaların 1'inde patoloji Merkel Hücreli Karsinom, 1'inde skuamöz hücreli karsinom ve diğer 19'unda sarkomdu. Lokal flep grubunda 14 hasta (5 perforatör flep, 2 perforatör plus flep, 2 gastroknemius kas flebi, 2 pediküllü latissimus dorsi kas deri flebi, 1 transvers rektus abdominis kas deri flebi, 1 tensor fasya lata kas deri flebi, 1 pediküllü ters akımlı anterolateral uyluk flabi) serbest doku nakli grubunda ise 7 hasta (4 anterolateral uyluk flebi, 2 latissimus dorsi kas deri flebi, 1 superfisial sirkümfleks iliak arter flebi) mevcuttu. Lokal flep grubunda 1 hastada hematom, kısmi nekroz ve tümör nüksü, 3 hastada kısmi nekroz, 1 hastada enfeksiyon ve yara dehisensi, 1 hastada uzamış seroma, 1 hastada ise venöz yetmezlik ve tümör nüksü, 1 hastada yalnızca venöz yetmezlik görüldü. Serbest flep grubunda serbest latissimus dorsi flebi ile onarılan 1 hastada venöz yetmezlik görüldü hiçbir girişime gerek duyulmaksızın geriledi. Serbest latissimus dorsi flebi yapılan 1 hastada ise uzamış serome gözlendi. Komplikasyon oranları bakımından iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunamadı. (p:0,21>0,05) Tümör ekstirpasyonu haricinde lokal flep grubunda ortalama operasyon sayısı 3,07±2,01 ve serbest doku nakli grubunda 1,7±1,4 idi. İki grup arasında operasyon sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,01<0,05) Tümör eksizyonuna bağlı defektleri kapatmak ve komplikasyonlara müdahale etmek için yapılan operasyonların toplam süresi lokal flep grubunda 199±136 dk serbest flep grubunda ise 308±100 dk idi. Operasyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p:0,06>0,05)

Tartışma: Ortoplastik cerrahi, kemik ve yumuşak doku sarkomlarının terapötik yönetiminde, yeterli cerrahi rezeksiyona izin vermesi, uzuv kurtarma ve fonksiyonel iyileşmeyi en üst düzeye çıkarması ile etkili bir yaklaşımdır. Plastik cerrahi, serbest doku transferi ve perforatör flepler ve pedikül flepleri kullanarak bu hastalarda kabul edilebilir sonuçlar sağlarlar. (2) Çalışmamızda serbest doku nakli yapılan grup ile lokal flep grubu arasında komplikasyon oranı bakımından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (3) Tümörlerin cerrahi eksizyonları sırasında çevre dokuların konfügrasyonunun bozulması lokal fleplerin başarı oranını azaltarak komplikasyon riskini yükseltebilir ve komplikasyonların giderilmesinde yeni operasyonlara ihtiyaç duyulabilir. Bu durum özellikle adjuvant radyoterapi ya da kemoterapi alacak hastalarda tedavinin gecikmesine sebep olabilir. Çalışmamızda serbest doku nakli yapılan hastalarda tekrarlayan operasyon sayılarının istatistiksel olarak anlamlı derecede az olması hastaların adjuvant tedavi seçeneklerinden erken faydalanmalarını sağlamaktadır. Lokal flep grubunda tekrarlayan operasyonlar nedeniyle toplam operasyon süreleri istatistiksel olarak serbest flep grubundan anlamlı derecede farklı değildi. Bu da lokal fleplerin bu hastalardaki başka bir dezavantajı sayılabilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre serbest doku naklinin onkolojik ektremite defektlerinin onarımında daha avantajlı olduğu söylenebilir.

Referanslar:

1. Angelini A, Tiengo C, Sonda R, Berizzi A, Bassetto F, Ruggieri P. One-Stage Soft Tissue Reconstruction Following Sarcoma Excision: A Personalized Multidisciplinary Approach Called "Orthoplasty". J Pers Med. 2020 Dec 14;10(4):278
2. Andrej & Kirchhoff, Pascal & Goertz, Ole & Behr, Bjorn & Daigeler, Adrien & Marcus, Lehnhardt & Harati, Kamran. (2016). Reconstruction of Soft-Tissue Defects at the Foot and Ankle after Oncological Resection. Frontiers in Surgery. 3. 10.3389
3. Mallett KE, Houdek MT, Honig RL, Bakri K, Rose PS, Moran SL. Comparison of flap reconstruction for soft tissue sarcomas of the foot and ankle. J Surg Oncol. 2021

Anahtar Kelimeler: ortoplastik cerrahi, perforatör flep, serbest flep, yumuşak doku sarkomu

SB-069

Ağır Karpal Tünel Sendromunda Median Sinirin Tenar Motor Dalının Dekompresyonunun Sonuçları

Ahmet Rıfat Doğramacı, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun

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

Giriş ve Amaç: Median sinirin tenar motor dalının varyasyonları çok çeşitli olup en bilinen temel varyasyonlar; ekstraligamentöz, subligamentöz ve transligamentöz tipleridir. Lanz ise median sinirin karpal tünel içerisindeki tüm varyasyonlarını sınıflamıştır (1). Buna göre klinikte median sinirin tenar motor dalının transvers karpal ligaman parçası altında/içinde seyretmesi durumlarında median sinirin karpal tünelde dekomprese edilmesine rağmen motor dal bası altında kalmaya devam ediyor olabilir. Bu çalışmada median sinirin tenar motor dalının ligaman içerisinde/altında seyrettiği hastalarda motor dalın da ayrıca dekompresyonunun klinik sonuçlara etkisinin sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2020-2021 arasında ağır karpal tünel sendromu tanısı olup sadece median sinir dekompresyonu cerrahisine alınan hastaların tümüne intraoperatif tenar motor dal eksplorasyonu yapıldı. Bu hastalardan motor dalı transligamentöz veya Tip 4A-B aksesuar dal tipinde olanlar ve ameliyat sonrası en az bir yıllık sonuçları olan hastalar dahil edildi. Eşzamanlı tendon transferi yapılan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Ameliyatta transvers karpal ligaman ulnar taraftan kesilirken motor dal eksplore edildi. Ligaman altında tuzaklanan motor sinir, ligamanın bu parçası da kesilerek ayrıca dekomprese edildi. Tüm hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. hafta ve 1. yılda kavrama kuvveti ölçüldü ve Boston karpal tünel sendromu anketi uygulandı.

Verilerin analizi SPSS Versiyon 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) programı aracılığı ile yapıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Transligamentöz (Lanz, 1B) varyasyonu olan 15 hasta ve proksimal aksesuar tenar dalı (Lanz, 4A ve B) olan 1 hastanın ortalama yaşı 54.18±11.3 olarak bulundu.

Ameliyat öncesi, sonrası 3. Hafta ve 1. yıl kavrama kuvveti ortalaması sırası ile 9.78±1.33 (med.9.84), 9.19±1.07 (med.9.05) ve 13.55±0.99 (med.13.43) olarak bulundu. Ameliyat sonrası 3. Haftada hastaların ameliyat öncesi kavrama kuvvetine ulaştıkları ($p>0.05$), 1. Yılda ise kavrama kuvvetinde belirgin artış olduğu gözlendi ($p<0.05$).

Boston karpal tünel sendromu anketi semptom şiddet skorunun ameliyat öncesi, sonrası 3. Hafta ve 1. Yılda ortalaması sırası ile 40.43±5.30, 42.12±5.09 ve 12.68±0.70 olarak bulundu. Fonksiyonel durum skoru ise ameliyat öncesi, sonrası 3. Hafta ve 1. Yılda ortalaması sırası ile 16.43±4.73, 16.43±3.55 ve 9.37±0.50 olarak bulundu.

Hem semptom şiddet skoru hem de fonksiyonel durum skoru açısından; ameliyat öncesi ve sonrası 3. haftada sonuçların benzer olduğu ($p>0.05$), ameliyat sonrası 1.yılda ise semptom şiddetinin belirgin olarak azaldığı bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Karpal tünel sendromu sık görülen bir periferik nöropatidir. Konservatif tedavinin yeterli olmadığı ve ağır karpal tünel sendromunun güncel tedavisinde cerrahi olarak transvers karpal ligamanın kesilmesi tercih edilir. Literatüde karpal tünel serbestlenmesi ve tenar motor dal ilişkisi; tenar motor dal iatrojenik yaralanması, önlenmesi ve komplikasyon yönetimi üzerine kurulmuştur. Tenar motor dal varyasyonuna göre tedavi protokolüne literatürde rastlanmamıştır. Güncel karpal tünel serbestlenmesi protokolü Lanz sınıflamasına göre değerlendirildiğinde transvers karpal ligamentin kesilmesi median sinirin yanı sıra sadece ekstraligamentöz ve subligamentöz tenar motor dal varyasyonlarına yönelik serbestleme sağlamaktadır. %31 oranında görülen Tip 4A-B'de tenar motor dal, transvers ligamentin içinde sıkışmaya devam ediyor olabilir.

Bu çalışmada motor fonksiyon, karpal tünel serbestlemesi sonrası motor fonksiyonu en iyi değerlendiren kavrama kuvveti ile değerlendirilmiştir. Hastaların kavrama kuvvetinin ameliyat sonrası 1.yılda serbestleme öncesine göre belirgin artış göstermesi, tenar motor dalının ayrıca serbetlenmesinin geç dönemde motor fonksiyona olumlu etkisini göstermektedir.

Hastalara semptom şiddet skalası ve işlevsel durum ölçeğinden oluşan Boston Karpal Tünel Anketi uygulandı. Hastaların yüksek düzeyde memnuniyet ve yaşam kalitelerinde iyileşme belirtmeleri, tenar motor dalın ayrıca serbestlenmesi geç dönemde hayat kalitesine etkisini göstermektedir.

Çalışmanın bir kısıtlılığı transligamentöz ve Tip 4A-B aksesuar dalı olan hastalarda ek serbestleme yapılmayan hasta grubu ile karşılaştırılmasının olmamasıdır. Kliniğimizde intraoperatif olarak transligamentöz dal olduğu görüldüğünde serbestlenme tüm hastalara yapılmaktadır.

İngiltere El Cerrahları Derneği, üyelerinin karpal tünel dekompresyonunda motor dalı rutin olarak eksplore edip etmediklerini araştırdıkları bir çalışmada %70inin çok nadir eksplore ettiğini veya hiç eksplore edilmesine gerek olmadığını yayınlamıştır (2). Bunun sebebi, 4. Metakarp hizasından insizyon, retinakulumun ulnar tarafından kesmek ve loupe kullanmakla yaralanma ihtimalinin düşürülmesini düşünmeleridir. Ancak bu çalışmada tenar motor dal, olası yaralanmasının araştırılması için değil dekomprese edilebilmesi için eksplore edilmektedir.

Sonuç olarak standart karpal tünel serbestlemesi ile median sinirin ekstraligamentöz ve subligamentöz tenar motor dalları serbestlense de transligamentöz dal sıkışmaya devam edebilir. Tenar motor dal, karpal tünel sendromu dekompresyon cerrahisinde, disseke edilip varyasyonuna göre ayrıca serbestlenmesi açısından geç dönemde yüksek fonksiyonel sonuç elde edilmesi amacıyla değerlendirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Lanz U: Anatomical variations of the median nerve in the carpal tunnel. J Hand Surg Am 2(1):44-53, 1977
2. Candal-Couto JJ, Sher JL. The thenar motor branch during carpal tunnel decompression: "the expert opinion". Arch Orthop Trauma Surg. 2007 Aug;127(6):431-4. doi: 10.1007/s00402-007-0341-8. Epub 2007 May 9. PMID: 17487497.

Anahtar Kelimeler: karpal tünel, tenar motor dal, dekompresyon

SB-070

Çift Aşamalı Tendoplastide Alternatif Tendon Vericisi: Ekstensör Digitorum Longus Tendon Grefti

Elif Gündeş, Alirza Jahangirov, Erol Kozanoğlu, Hayri Ömer Berköz

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

Giriş: Elde; keskin veya künt travmaya bağlı olarak oluşan fleksör zon 2 yaralanmalarında, yaralanmanın türü veya gecikmiş başvuruya bağlı çift aşamalı tendoplasti tercih edilebilmektedir. Klinik olarak güncel uygulamamız; yaralanmanın olduğu gün acile başvuran ve primer onarıma engel teşkil etmeyen durumlarda FDS ve FDP tendonlarının primer karşılıklı onarımıdır. Primer onarımın mümkün olmadığı olgularda ise tek/çift aşamalı tendoplasti uygulaması yapılmaktadır. Çift aşamalı tendoplasti gereken hasta grubunda tercih edilen tendon grefti vericisi Palmaris Longus tendonudur fakat Palmaris Longus bulunmayan hastlarda diğer seçenekler söz konusu olmaktadır. Ekstensör Digitorum Longus 3 ve 4 tendonları bu seçeneklerin başında gelmektedir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 2018 ila 2022 yılları arasında anabilim dalımız polikliniğine başvuran ve fleksör zon 2 yaralanması bulunan hastalar araştırmaya dahil edildi. Hastalar çift aşamalı tendoplasti ile tedavi edilen ve ikinci aşamada tendon vericisi olarak Ekstensör Digitorum Longus(EDL) kullanılan hastalardı. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, baskın el, yaralanma şekli, ameliyat seansları arası geçen süre ve ameliyat sonrası takip süreci bilgileri medikal kayıtlar incelenerek değerlendirildi. Postoperatif fizik tedavi sürecinde distal ve proksimal interfalangeal eklemlerin ve fleksör sistemin değerlendirilmesi amacıyla Strickland Formülü kullanıldı. Hastalar ameliyat sonrası dönemde el cerrahisi kliniği ekibi ve el fizyoterapistleri tarafından takip edilmiştir.

Bulgular: 2018-2022 yılları arasında anabilim dalımızda 10 hastaya Ekstensör Digitorum Longus tendon grefti ile çift aşamalı tendoplasti uygulanmıştır. Hastaların 4'ü kadın iken 6'sı erkektir; 7'sinde sağ el baskın iken 3'ünde sol el baskındır ve hastalarda bilateral Palmaris Longus tendonu bulunmamaktadır. Postoperatif fizik tedavi takip sürecindeki kayıtlarından Strickland Formülü ile parmak fleksiyon fonksiyonları karşılaştırılmıştır ve skor ortalaması 43,4 (31,40-62,80) (orta dereceli) olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama takip süresi 6 aydır.

Tartışma ve Sonuç: Çift aşamalı tendoplasti uygulanması planlanan hastalarda Palmaris Longus tendonu greft olarak ilk sırada tercih edilse de, bilateral Palmaris Longus tendonu bulunmayan veya yaralanmış olan olgularda Ekstensör Digitorum Longus tendonu da bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: çift aşamalı tendoplasti, ekstensör digitorum longus, tendon grefti

SB-071

"Ligament Rekonstrüksiyonu / Tendon İnterpozisyonu" operasyonu ile Trapeziometakarpal eklem osteoartriti cerrahi tedavisi

Agit Sulhan, Ali Can Aydın, Alper Taşan, Burak Arkan, Yasin Canbaz, Perçin Karakol

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Başparmağın trapeziometakarpal osteoartriti toplumda sık görülmekle birlikte, prevelansı kadınlarda %15 ve erkeklerde %5'tir.1 Hastalar genelde asemptomatik olmakla birlikte, güçten düşüren ağrı, başparmak güçsüzlüğü, instabilite ve el fonksiyonlarının ciddi etkilenmesi gibi şikayetlerle başvururlar. NSAİ, atel uygulaması, fizyoterapi ve steroid enjeksiyonu gibi konservatif birçok tedavi seçeneği olmakla birlikte bu seçeneklerin başarısızlığında cerrahi tedavi düşünülmelidir.2 Obezite, ağrı, fiziksel aktivite, başparmağın sık kullanılması, karpal tünel sendromu (KTS) hastalığı ve aile öyküsü gibi durumlar artrit sıklığını arttırmaktadır.

Trapeziometakarpal (TM) eklem, bikonkav eyer tarzı eklem olup, bu sayede biaksiyal hareketlere (fleksiyon/ekstensiyon, oppozisyon, rotasyon ve palmar abdüksiyon/addüksiyon) izin verir. TM eklemde tanımlanmış 16 ligament bulunmaktadır ve bunların 5 tanesi major internal stabilizatör olarak görev alır.3

Hastalara tanı genellikle fizik muayene ve anamnez ile konulur. Başparmak bazisindeki ağrı açısından fleksor carpi radials (FCR) tendiniti, de Quervain tenosinoviti, inflamatuar artrit, romatoid artrit, gut vb. hastalıklardan ayırt edilmelidir. Radyografi evreleme için kullanılır. Evrelemede Eaton ve Burton sınıflandırmaları sık olarak kullanılır.4

Tüm hastalarda sınıflandırmadan bağımsız olarak öncelikle konservatif yöntemler denenmelidir. Erken evrelerde atel uygulaması efektif olmakla birlikte ilerleyen dönemlerde rekonstrüktif prosedürler daha çok ağrının azaltılmasında ve başparmağın hareketlerini ve gücünü arttırmaya yönelik olarak yapılmalıdır.

Cerrahi tedavi seçenekleri arasında erken evrelerde artroskopi, metacarpal abdüksiyon ekstensiyon osteotomisi ve volar ligament rekonstrüksiyonu düşünülebilir. Daha geç evrelerde ise trapeziektomi, ligament rekonstrüksiyon/tendon interpozisyonu (LRTİ), prostetik artroplasti ve trapeziometakarpal artrodez gibi tedavi seçenekleri değerlendirilebilir.

LRTİ tekniğinde parsiyel veya total trapeziektomi yapılabilir. Genel anlamda bu biyolojik artroplasti tekniğinde amaç trapeziektomi boşluğunu tendon ile doldurmak, başparmak kısalmasını engellemek ve başparmak stabilizasyonunu sağlamaktır. Tekniğe ait birçok modifikasyon bulunmaktadır. Bu çalışmada da Burton ve Pellegrini modifikasyonu kullanıldı.5

Materyal ve Metod: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2020-2022 yılları arasında poliklinikte TM eklem artriti tanısı almış ve LRTİ tekniği ile opere edilmiş 18 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olguların eklem hareket şikayetleri sözel olarak kıyaslanmış ve ağrı şikayetleri ise numerik ağrı skalasına (0-ağrı yok,10-en kötü ağrı) göre değerlendirilmiştir. BMI hesaplaması kg/m2 cinsinden yapılmıştır. Radyolojik değerlendirmede Eaton sınıflaması esas alınmıştır.(Tablo 1)

Bulgular: Retrospektif olan bu çalışmaya 18 olgu dahil edildi. Olguların 12'si kadın, 6'sı erkekti. Ortalama yaşları kadınlarda 53.33, erkeklerde 64.16 olarak hesaplandı. Olguların %70'inde sağ el başparmak şikayetleri mevcuttu. %22.22 olguda karpal tünel sendromu hastalığı eşlik etmekteydi. Olguların ortalama BMI değerleri 29.31 kg/m2 olarak değerlendirildi. El bileği eklem stabilizasyonu için olguların %50'sine karpal kemiklere yönelik ek fiksasyon işlemi uygulandı. Radyolojik olarak olguların %16.66'sı Eaton evre IV, %38.88'i Eaton evre III, %38.88'i Eaton evre II ve %5.55'i de Eaton evre I olarak değerlendirildi. Ağrı dereceleri numerik ağrı skalasına göre değerlendirilen olguların ortalama pre-operatif 7.38/10, post-operatif 3.ayda 3.05/10 olarak değerlendirildi. Hastaların %88.88'inde eklem hareket şikayetlerinin operasyon öncesine göre azalmış olduğu gözlendi.

Tartışma: Yapılan bu retrospektif çalışmada 18 olgu değerlendirilmiştir. Olguların %66.66'sının kadın olması ile önceki çalışmalara göre daha fazla oranda kadın hastanın opere edildiği gözlendi. Olguların BMİ ortalamasının 29.31 kg/m2 olması ile önceki çalışmalara benzer olarak obezite ile hastalığın ilişkisi gözlenmiştir. Çalışmada Eaton radyolojik evreleme sistemine göre ağırlıklı olarak evre II ve III olanların opere edildiği ve hastaların genelde ileri evrelerde polikliniğe başvurduğu gözlenmiştir. Operasyon tekniği açısından tüm olgulara Burton ve Pellegrini modifikasyonu uygulanmış olup 9 olguda karpal kemik stabilizasyonu açısından k-tel ile fiksasyon uygulanmıştır. 4 olguya ek olarak KTS hastalığı eşlik etmiş olup bu hastalığa yönelik eşzamanlı cerrahi tedavi yapılmıştır.

LRTİ operasyonu ve modifikasyonları arasında önceki çalışmalarda da görüldüğü üzere sonuçlar arasında minimum farklar bulunmaktadır. Hasta sonuçlarında genel anlamda iyi ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Basit trapeziektomiye göre bazı hastalarda ek olarak skar, hassasiyet, tendon adezyonları vb. gibi komplikasyonlar gelişmiştir. Çalışmada hastalarda postoperatif dönemde komplikasyona rastlanmadı. Olgu grubunun hepsine postoperatif dönemde fizyoterapi başta olmak üzere 2-3 hafta süren istirahat ateli uygulandı.

Küçük olgu grubu ile yapılan klinik tecrübemizde ağrı değerlendirmesinde olgularda operasyon sonrası ortalama %55'den fazla azalma kaydedildi. Operasyon sonrası hastaların büyük çoğunluğunda operasyon öncesine göre hareket fonksiyonlarında artış olduğu ve sonuçların hastalar açısından tatmin edici olduğu gözlendi.

Bu çalışmada olgu sayısının azlığı ve el fonksiyonlarının subjektif değerlendirmesi çalışmanın zayıf noktaları olarak değerlendirildi.

Sonuç: Başparmağın elin fonksiyonlarına %40 etkisi göz önüne alınarak TM eklem osteoartriti, hastaların yaşam kalitesini ciddi anlamda kısıtlamaktadır. Bu hastalarda erken evrede ağrının bir sinyal olduğu gözardı edilmemelidir. Radyografik değerlendirmelerde erken evrede non-operatif seçenekler ile hastaların yaşam kalitesinde artış meydana geldiğinden erken veya geç evredeki hastalara konservatif tekniklerin uygulanması devam etmelidir. LRTI tekniği diğer açık tekniklere oranla uygulanması kolay ve

rekonstrüksiyonun temelinde "kendinden olanı kullanma" prensibine bağlı bir tekniktir. Uygun evrede ve konservatif teknikler ile birlikte uygulanması ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: cmc artriti, lrti, baş parmak ağrısı

Tablo 1

Hasta no.	Cinsiyet	Yaş	Taraf	BMI	Ek fiksasyon tekniği	Eaton Sınıflaması	Numerik Ağrı skalası- Pre-operatif	Numerik Ağrı skalası- Post-operatif	Eklem hareketi şikayetlerinde azalma	Eşlik Eden Hastalık
1	Erkek	54	Sağ	30,5	+	2	6	4	+	-
2	Kadın	55	Sağ	29,3	+	3	8	3	+	-
3	Kadın	48	Sağ	31,2	-	3	9	5	+	-
4	Kadın	44	Sol	29,4	+	1	6	2	+	-
5	Erkek	56	Sağ	26,5	-	4	7	1	+	KTS
6	Kadın	44	Sağ	33,0	-	2	8	4	-	-
7	Kadın	64	Sağ	31,0	+	2	7	5	+	-
8	Kadın	63	Sağ	28,9	-	3	9	4	+	-
9	Kadın	59	Sağ	29,6	+	2	6	3	+	KTS
10	Erkek	66	Sol	28,5	+	2	7	2	+	-
11	Erkek	81	Sağ	27,0	-	4	7	4	+	-
12	Kadın	54	Sol	25,6	-	4	9	2	+	-
13	Kadın	49	Sol	24,9	-	3	7	3	+	-
14	Kadın	64	Sağ	24,6	+	3	6	3	+	KTS
15	Erkek	60	Sol	32,8	+	3	7	2	-	-
16	Kadın	46	Sol	29,8	+	2	8	4	+	-
17	Kadın	50	Sağ	31,7	-	3	9	3	+	KTS
18	Erkek	68	Sağ	33,4	-	2	7	1	+	-

SB-072

Camla oluşan el kesilerinde muayenenin geçerliliği: Gerçek bir eksplorasyon endikasyonu

Mehmet Emre Yeğin, Batuhan Şencan, Ersin Gür, Yiğit Özer Tiftikcioğlu

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

Giriş: Üst ekstremite travmalarının belki de en travmatik olanı, camla oluşan el kesileridir. Düşük enerjili bir travma olmasına rağmen penetre olan parçacıkların değişken geometrisi, deri altındaki kas, tendon, damar ve sinirler üzerinde oldukça değişken yaygınlıkta hasar oluşturabilir. Bu nedenle kesin bir eksplorasyon endikasyonu olarak vurgulanmasa da, cam kesilerinin muayenede yanıltıcı olabilen iyilik hallerine rağmen yaygın hasar görülebilir. Bu çalışma, cam kesileriyle oluşan ve direkt eksplorasyon kararı verilen hastalarda, muayene ile saptanan doku hasarlanmaları incelenmiştir.

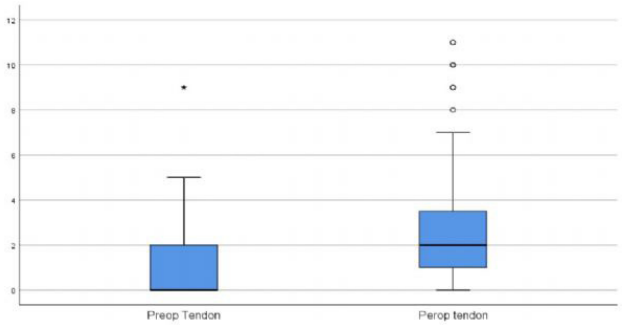
Yöntem: 2018-2022 yılları arasında Ege Üniversitesi acil servisine cam kesisi sonucu üst ekstremite yaralanmasıyla başvurmuş tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Cam kesisi nedeniyle başvuran tüm hastalara eksplorasyon önerilerek detaylı muayeneleri yapıldı. Ameliyat olmayı kabul ederek ameliyata alınmış hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hasta yaşı, cinsiyeti, etkilenen el tarafı, detaylı preop muayenede saptanan hareket, duyu ve dolaşım ile ilgili yaralanmalar ve peroperatif saptanarak onarılan yapı sayı ve çeşitleri, ve erken postoperatif komplikasyonlar kaydedilmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı p= 0.05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular: 54 erkek ve 21 kadın hastayı içeren 75 hasta saptandı. Ortalama yaş 25,67 (SD 13,56) olarak saptandı. Preop muayenede 61 tendon kesisi saptanmıştır. Perop onarım yapılan tendon sayısı ise, 188'dir. Wilcoxon testinde anlamlı farklılık saptandı. ($p<0.01$) Preop muayenede ve eksplorasyonda damar hasarı saptanan hasta sayısı ise sırasıyla 43 ve 25 idi. Anlamlı farklılık saptanmadı. ($p>0.05$) Benzer şekilde preop sinir hasarı saptanan hastalarla (37) perop sinir onarımı yapılan hastalar (38) arasında da anlamlı farklılık saptanmadı. ($p>0.05$) Yine de, bu yapıların hasarlanmadığı sadece 1 hasta olduğu görüldü.

Tartışma: Cam kesileri sonucu oluşan üst ekstremite yaralanmaları, muayenede ne tür bulgularla başvuru olursa olsun, mutlaka eksplore edilemeli ve tendon, damar ve sinir yaralanma bulguları göz ardı edilerek, tüm kompartmanlar detaylı olarak incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cam, damar, eksplorasyon, sinir, tendon, üst ekstremite travması

Tendon kesilerinin preop ve postop boxplot grafiği



Median değerler, preop dönemde 0 tendon iken, postop dönemde 2'dir.

SB-073

Diz çevresi yumuşak doku defektlerinde 'cilt adalı medial gastrocnemius kas flebi' ile rekonstüriksiyon

Ender Ceylan, Serhat Çelikbağ, Anıl Pehlevan, Necati Demir, Osman Enver Aydın

Aydın Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak. Plastik Cerrahi ABD

Diz çevresi yumuşak doku defektlerinde cilt adalı medial gastrocnemius kas flebi ile rekonstüriksiyon Diz çevresi ve cruris üst 1/3 lük bölgedeki doku defektleri genellikle travmatik kayıplar, tümör rezeksiyonları, yumuşak doku enfeksiyonları gibi durumlar sonrasında ortaya çıkar. Bu bölgedeki doku kayıpları genellikle lokal flepler ile onarılması zor alanlardır. Bu bölgenin lokal onarımı için gastrocnemius kas flebi güvenilir bir seçenektir. Genellikle kas flebi olarak kaldırılır. Bizler bu olgu sunumunda liposarkom nedenli rezeksiyon sonrası diz çevresinde oluşan doku defektinin cilt adalı gastrocnemius kas flebiyle onarımını ve ortaya çıkan sonuçları sunmayı amaçladık.

Giriş: Kemik ve yumuşak doku sarkomları az sayıda görülen tümörlerdendir. Tüm malign tümörlerin yaklaşık %1'ini kemik, %1'ini yumuşak doku sarkomları (YDS) oluşturmaktadır. Yumuşak doku sarkomları (YDS), mezenkimal hücrelerden gelişen nadir malign tümörlerdir.

YDS vücudun her bölgesinde görülebilmekle beraber en sık ekstremitelerin geniş kas gruplarında görülmektedir (%55-60). Kemik ve yumuşak doku sarkomları tedavisinde olguların çoğunda cerrahi gerekmektedir. 1970'li yıllardan önce kemik ve yumuşak doku sarkomlarında uygulanan yaygın tedavi tutulmuş olan ekstremitenin radikal amputasyonu şeklindeydi. Ancak gelişen teknoloji ve modern yöntemler ile birlikte ekstremite koruyucu cerrahi yaklaşımlar ampütasyon gerekliliğinin önüne geçmiştir. Biz de burada ilk aşamada total ampütasyon önerilen liposarkom tanılı olgunun ekstremitesini korumaya yönelik olarak uygulanan cilt adalı gastrocnemius kas flebini sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu sunumu: 51 yaşında erkek hasta, diz çevresinde liposarkom nedeniyle yapılan eksizyon sonrası defekt onarımı açısından ortopedi kliniğince tarafımıza danışıldı. 2006 yılında dizinin biraz üzerindeki bölgede şişlik farketmesi üzerine hastaneye başvuruyor ve yapılan biopsi sonrası lipom-liposarkom ayrımı yapılamayan neoplazi şeklinde raporlanıyor ve hastaya takip öneriliyor. Takiplerine gitmeyen hasta şişliğin büyümesi üzerine 2016da tekrar hastane başvurusunda bulunuyor ve incelemeler sonrası total eksizyon yapılarak liposarkom tanısı konulmuş. Sonraki süreçte hastaya diz protezi, spacer uygulaması gibi çeşitli uygulamalar yapılmış ancak enfeksiyon nedeniyle başarılı olmamış. Nihayetinde hastaya ampütasyon önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş ve kliniğimizden rekonstrüksiyon için konsültasyon istendi. Yapılan fizik muayene ve değerlendirmelerde diz bölgesinde 14*8 cmlik defekt belirlendi ve ortopedi kliniği ile eş zamanlı olarak implant uygulanması sonrası cilt adalı medial gastrocnemius kas flebi ile defektin kapanması tasarlandı ve sonrasında operasyon gerçekleştirildi. Takiplerde flebin defekti ve implantı tamamen kapattığı, dehissans olmadığı görüldü. Enfeksiyon izlenmedi ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Diz çevresi ve üst 1/3 cruris bölgesinin defektleri onarımı zor ve onarım secenkleri kısıtlı bir bölgedir. Bu bölgenin defektleri genellikle travmalar, onkolojik rezeksiyonlar, yumuşak doku enfeksiyonları, yanık vb durumlar sonrası ortaya çıkmaktadır. Geçmişte bu bölgedeki defektler sonrası ekstremite ampütasyonları sıklıkla gündeme gelmekteyken günümüzde gelişen teknoloji, modern yöntemler ve rekonstrüksiyon seçeneklerindeki yelpazenin genişlemesiyle ekstremite koruyucu yaklaşımlar ön planda yer almaktadır.

Sonuç: Gastrocnemius kas flebi, onarımı zorlu ve onarım seçenekleri sınırlı olan diz çevresi ve cruris üst 1/3 yumuşak doku defektlerinde en çok kullanılan ve en güvenli lokal flep seçeneği olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: cilt adalı kas flebi, diz çevresi defektleri, gastrocnemius kas flebi, liposarkom

Postop görünüm

SB-074
İŞ KAZASI SONUCU EL YARALANMASI İLE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN VE KLİNİK BULGULARININ İNCELENMESİ

Kutluhan Yusuf Küçük, Galip Gencay Üstün, Gökhan Sert, Murat Kara, Hakan Uzun

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

Giriş: İş yerinde el kazaları sonrası gerçekleşen iş kaybı süresi hastaların normal bir yaşama dönmesi ve bunu sürdürebilmesi için çok önemlidir. İş kaybı süresine; hastada oluşan hasarlanmanın şiddeti, fraktür varlığı, cerrahi ve fizyoterapi gerekliliği gibi birçok medikal değişken etki edebildiği gibi aynı zamanda hastanın bilinç düzeyi, maddi durumu, maddi beklentileri, dönmek istediği işin fiziksel yükü gibi çeşitli sosyoekonomik değişkenler de etki etmektedir. El kazaları hastalarda sosyoekonomik kayıplara yol açmakta ve nitelikli iş gücünde kayıplara yol açmakta; uygulanan tedaviye bağlı olarak direk maddi kayıplar ve iş gücünün kaybına bağlı indirek kayıplar olarak topluma zarar vermektedir. Elde oluşan travma sadece hastaların gelirini etkilememekte, aynı zamanda hastanın iş hayatı üzerinden kurmuş olduğu çok daha geniş sosyal çevresi ile iletişimine zarar verebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı iş yerindeki el kazaları sonrası hastaların işe dönme sürelerini incelemek ve bu süreyi etki ettiğini düşündüğümüz değişkenleri belirlemek.

Yaralanmanın şiddeti, cinsiyet, yaş, oluşan travmanın mekanizması, radyografide fraktür olup olmadığı, fizyoterapi gerekliliği ve süresi, cerrahi tedavi gerekliliği, hastanın çalışmış olduğu ve geri döneceği işin fiziksel gereksinimleri bilgileri ile işe dönme süresi arasında ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem-Gereç: 2020 Nisan ayı ve 2021 Ekim ayları arasında hastanemize acil servis üzerinden iş yerinde gerçekleşmiş el yaralanması sonrası başvurmuş olan 120 hasta Hastane Bilgi Sistemi üzerinden bulundu. Çocuk hastalar (<18 years) ve sistemde eksik medikal kayıtları olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 111 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar; demografik veriler, yaş, cinsiyet, yaralanma mekanizması, radyografide fraktür olup olmaması, çalışılan işin fiziksel gereksinimi, yaralanma şiddeti, cerrahi tedavi gerekliliği, fizyoterapi ihtiyacı ve süresi açısından Hastane Bilgi Sistemi üzerinden araştırıldı. Daha sonra hastalara telefon ile ulaşılarak hala aynı işte çalışıp çalışmadıkları, işe ne kadar sürede döndükleri araştırıldı. İşe dönme süresi olarak aynı el yaralanması epizodunda, kazanın olduğu günden sonra kaç gün çalışamadıkları kabul edildi. Yaralanma şiddetini ölçmede Hand Injury Severity Scale (HISS) kullanıldı. Çalışılan işin fiziksel gereksinimini belirlemede Amerikan Çalışma Bakanlığı'nın fiziksel iş skalası kullanıldı. Bu skalaya göre çalışılan meslekler sedanter, hafif, orta, ağır, çok ağır olmak üzere 5 sınıfa ayrıldı. Eğer cerrahi tedavi gerekli görüldü ise bütün girişimler acil olarak uygulandı. Belirlenmiş olan değişkenlerin işe geri dönme süresindeki etkisini analiz etmek için SPSS v22.0. kullanıldı. Cinsiyet, radyografide fraktür varlığı, cerrahi tedavi gerekip gerekmediği, fizyoterapi gerekip gerekmediği, kategorik değişkenler olarak belirlenirken; yaş, HISS skorları, işe dönme süresi nümerik değerler olarak belirlendi. Değişkenlerin işe dönme süresine etkileri Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri ile incelendi. İşe dönme süresi ve HISS arasındaki korelasyon gücü Spearman analizi ile yapıldı.

Sonuç: 111 hasta çalışmaya dahil edildi. Örneklem grubunda ortalama yaş 43,6 olarak hesaplandı. Hastaların 99'u erkek 12'si kadındı. Hastaların büyük bir bölümü (n=102 %91,8) Ankara'da yaşıyordu. 83 olguda (%74,8) kesici aletle yapılan laserasyon, 18'inde ezilme (%16,2) ve 10'unda avülsiyon (%9) yaralanması vardı. 76 hasta (%68,5) hemen cerrahi olarak tedavi edilirken, geri kalanı için operasyon endike görülmedi. Örneklemin ortalama HISS skoru 31,1 olup, Campbell sınıflandırmasına göre orta şiddette (HISS 21-50) olarak sonuçlandı. Radyografilerde, 40 hastada (%36) fraktür saptandı. 43 hastada (%38,7) cerrahi onarım gerektiren yumuşak doku yaralanması tespit edildi. 43 hastada (%38,7) tendon yaralanması, 24 hastada (%21) sinir yaralanması, 15 hastada (%13,5) damar yaralanması (27 hastada kombine tendon/vasküler/sinir yaralanması) vardı. 44 hasta (%39,6) erken dönem cerrahi tedavi sonrası fizyoterapi aldı. 107 hasta çalışmakta olduğu işine geri dönebilirken 4 hasta dönemedi. (Bu hastaların hepsi çok ağır olarak sınıflandırılan işlerde çalışıyordu). Ortalama işe dönme süresi 58,6 gün olarak hesaplandı. İşe geri dönemeyen hastalar istatistikler hesaplanırken dahil edilmedi. Olguların yaklaşık üçte biri sedanter ve hafif (n=38 %34,2), 33 hasta (%29,7) orta, 40 hasta (%36) ağır ve çok ağır fiziksel gereksinim gerektiren işlerde çalışıyordu. Sedanter meslek grubunda ortalama işe dönme süresi 22,6 gün, hafif meslek grubunda 20,8, orta ağırlıkta 55,8 ağır mesleklerde 55,8 ve çok ağır mesleklerde 71,5 gün olarak hesaplandı.

HISS (p= 0,002), çalışılan işin fiziksel gereksinimi (p< 0.001), radyografide kırık olması (p= 0,006), fizyoterapi ihtiyacı (p< 0.001) ve cerrahi tedavi gerekliliği (p< 0.001) değişkenlerinin işe dönme süresinde anlamlı bir fark yarattığı hesaplandı. Yaş (p= 0, 609), cinsiyet (p= 0,631) yaralanma mekanizması değişkenlerinin (p=0,984) işe dönme süresi üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı hesaplandı. İşe dönme süresi ve HISS arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu Spearman analizinde hesaplandı. (Spearman rho 0.3, p= 0,002).

Tartışma: El insan vücudunda en sık yaralanan organlardan biridir. İnsanların çoğu iş hayatında fiziksel gereksinimi değişmekle mutlaka ellerini kullanmaktadırlar. İş hayatı, çoğu insanın maddi hayatını direkt olarak etkilemekle kalmayıp aynı zamanda insanların iş hayatları üzerinden sosyal hayata ve topluma katılmaları için de bir köprü görevi görmektedir. Bu sebeple yaşanan kazalar sonrası işe geri dönememek birçok hastayı çeşitli açılardan kötü yönde etkilemektedir. Bu sebeple çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ile hangi değişkenlerin bu süreye etki ettiğini görmeyi amaçladık. HISS ile işe geri dönme süresi arasında bulmuş olduğumuz anlamlı ilişki ve pozitif korelasyon, işe geri dönme süresinde yaralanma şiddetinin belirleyici olduğunu gösteriyor. Fakat HISS skorunu kendi pratiğimizde kullanmamızdan, hastaya acil müdahalede bulunurken tedaviye yön vermede yerinin bulunmadığı düşünmemizden dolayı diğer anlamlı de değerlendirdik. Radyografide fraktür olması, mesleğin fiziksel gereksinimi, fizyoterapi ihtiyacı ve cerrahi tedavi ihtiyacı da işe geri dönme süresine üzerine anlamlı etki etmektedir. Bu değişkenler arasında hastaları acil şartlar altında değerlendirirken gerek mutlaka kullanılması gerek ulaşılabilir olması sebebiyle radyografide fraktür görülmesinin klinik uygulama esnasında çok faydalı olduğunu düşünüyoruz. Fraktür varlığının immobilizasyon gerektirmesinin, takibinde eklem hareket açılarını etkilemesinin bunun sebebi olabilir. Bu sebeplerden ötürü fraktürü olan hastalarda daha uzun iş gücü kaybı süreleri ön görülebilir.

Çalışmamızın sınırlayıcı yanları olarak hasta grubunun demografik veriler açısından bir homojenitesi olmaması ve işe geri dönme süresine etki eden, fakat tıbbi olmayan değişkenlerin dahil edilmemesi gösterilebilir. Özellikle işe dönme süresini etkileyen; bireyin maddi durumu ve beklentileri, çalışılan yerde izin alabilme durumu gibi değişkenlerin daha önce yapılan çalışmalarda işe dönme süresi üzerine etkili olarak gösterilmiş; fakat bizim çalışmamızın retrospektif olması, bu sosyoekonomik verilerin hastalardan istatiksel olarak hesaplanabilir veriler şekilde elde edilmesinin zor olması sebebiyle bizim çalışmamıza dahil edilmedi. Sonuç olarak biz bu çalışma ile işe geri dönme üzerinde araştırmış olduğumuz medikal değişkenlerden yaralanma şiddetinin, radyografide fraktür olmasının, fizyoterapi ve cerrahi tedavi ihtiyacının anlamlı olduğunu ve acil şartlar altında başvuran bu hastalarda bir iş kaybı süresi öngörmede kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: el yaralanmaları, iş kazaları, işe dönme süresi

Hıss, işe dönme süresi, işin fiziksel gereksinimi tablosu

Table 2. Time Off Work and HISS Scores Among Physical Demand Groups

Physical Demand	n	Time Off Work (days)	HISS
Sedentary	16	22.6	19.9
Light	22	20.8	30.2
Medium	30	55.8	35.1
Heavy	14	71.5	30.2
Very Heavy	26	118.7	34.1

SB-075

First dorsal metatarsal arter (FDMA) perforatör propellar fleple tedavi edilmiş iki ayak defekti olgusu

Rafet Özbey, Semih Özçınar, Fatih Dipçin, Emine Parlak Kapucu, Cemal Fırat

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi

Giriş: Ayak distali ve başparmak yaralarını kapatmak için vaskülarize bir doku ihtiyacı olduğu durumlarda flep seçenekleri oldukça kısıtlıdır (1). Perforator fleplerin tanımlanması mikrovasküler doku transferinin zorluklarıyla karşılaşmadan bu bölgenin rekonstrüksiyonuna yeni bir bakış kazandırmıştır.

Bu çalışmamızda elektrik çarpması nedeniyle yaralanan 2 hastanın ayaklarındaki yaraların first dorsal metarsal arter (FDMA) perforatör propellar flep ile başarılı bir şekilde tedavisi sunulmaktadır.

Olgu 1: Elektrik yanığı nedeniyle takip edilen 52 yaşındaki erkek hastanın sol ayak beşinci parmağı nekroza gittiğinden metatars distalinden ampute edildi. Yapılan debridmanlar ve yara takipleri sonucunda ayak lateralinde 14x5 cm ebadında doku defekti olduğu görüldü Bu yaranın dördüncü parmak metatars ve proksimal falanks üzerine denk gelen 4x2 cm'lik kısmında kemik doku açıktaydı. Parmağı ampütasyondan kurtarmak ve kemik dokuları kapatmak amacıyla sol ayak dorsalinden 6x5 cm ölçülerinde first dorsal metatarsal arter tabanlı propellar flep kaldırıldı. Flep 90 derece döndürülerek ayak distal kısım lateralindeki yaraya adapte edildi. Geriye kalan yaralar uyluk ön yüzden alınan kısmi kalınlıklı deri greftiyle kapatıldı. Yaralar sorunsuz şekilde iyileşti (Resim 1a).

Olgu 2: Elektrik yanığı nedeniyle başvuran hastanın sol ayakta eskarları mevcuttu. Yapılan debridmanlar sonrası hastanın sol ayak 1.parmak proksimal falanks inferomedialinde 3*3 cm'lik kemiğin de açıkta olduğu bir doku defekti meydana geldi. FDMA distal pediküllü propeller flep kaldırılıp 90° döndürülerek defekte adapte edildi. Flep donör alanı greftlendi (Resim 1b).

Tartışma: Ayak distal kısımlarındaki yaraların rekonstrüksiyonu için ideal bir cerrahi yöntem hala tanımlanmamıştır. Amputasyon, greft ve flepler seçenekler arasındadır. Uzuv kaybına yol açacak ampütasyon seçeneği en son başvurulacak yöntemlerdendir. Uygulama kolaylığı nedeniyle yara kapatmada sık kullanılan greftler bu bölge yaralarında çok tercih edilmez. Greftin tendon, kemik gibi yapıları kapatamaması ve greftlenerek iyileşen alanların basınca dayanıksız olması sebepler arasında sayılabilir (1,2).

Flepler dayanıklı ve vaskülarize bir doku sağlayabilmeleri nedeniyle tercih edilmektedir. Çapraz bacak flebi fazla miktarda doku sağlayabilse de iki seans ameliyat gerektirmesi, hastayı uzun süre yatağa bağlaması ve immobilizasyona bağlı eklem katılığı gelişme ihtimali kullanımını sınırlar. Serbest fleplerle geniş doku defektleri tek seansta kapatılabilir. Fakat uzun ameliyat süreleri, hassas özel ekipman gerektirmesi ve alıcı bölgede renk ve kalınlık olarak yeterli uyum gösterememesi dezavantajlarındandır (2,3).

Perforatör flepler alt ekstremite travmalarında son yıllarda artan oranda kullanılmaktadır. Ayak distal kısımların rekonstrüksiyonunda da etkili bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır (4).

FDMA dorsalis pedis'ten köken alıp 1 ve 2. metatarslar arasında seyreder. Distal kominikan dallarıyla plantar pedikülle bağlantı kurar (5). FDMA bazlı perforator propellar flepler ayak distal kısımdaki küçük yaraları kapatmada rahatlıkla kullanılmaktadır. Fakat defektin büyük olduğu durumlarda donör alana greft gereksinimi istenmeyen yönüdür. Daha kısa ameliyat süreleri, cerrahi için özel ekipmana ihtiyaç duymaması ve doku uyumu açısından iyi bir tedavi alternatifidir (6).

Sonuç: Serbest flebin mikrovasküler zorluklarıyla uğraşmadan ayak distali ve parmaklardaki doku defektlerinin rekonstrüksiyonunu sağlaması nedeniyle, FDMA perforator propellar flebin tedavide iyi bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz. Flep donör alanına greft ihtiyacı gibi bir dezavantajı olsa da serbest doku transfer ihtiyacını ortadan kaldırması kullanımını avantajlı kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: doku defekti, elektrik yanığı, first dorsal metatarsal arter, perfotator propellar flep

Resim 1a,b

1a: Sol ayak lateralde 14x5 cm lik doku defekti, kaldırılan flebin ameliyat sırasındaki görünümü ve olgunun operasyon sonrası erken ve geç dönem görünümü. 1b: Sol ayak 1.parmak proksimal falanks inferomedialinde kemiğin açıkta olduğu doku defektinin preop ve postop görünümü

SB-076

Üst Ekstremite Yüksek Seviyeli Sinir Yaralanmalarında Erken Ve Geç Rekonstruksiyonun Sonuçları: Retrospektif Klinik Bir Çalışma

Galip Gencay Üstün, Gökberk Çavuşoğlu, Berkay Sert

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

Giriş: Üst ekstremite yüksek seviyeli sinir yaralanmaları, hastalar için fonksiyon kaybına yol açan ve cerrahlar için zorlayıcı olan bir konudur. Hastalarda kalıcı deformiteler, tam veya kısmi motor ve duyu defektleri olma ihtimali yüksektir. Duyu reseptörlerinin reinnervasyonu için gereken zaman motor sinirler için olandan daha uzundur; ancak erken onarım hala daha iyi duyusal fonksiyonlarla sonuçlanmaktadır.

Yüksek seviyeli sinir yaralanmalarının klinik sonuçları periferik sinir onarımı için çeşitli teknikler geliştirilmiş olmasına rağmen istenen düzeye ulaşmamıştır. Yüksek seviyeli sinir yaralanmalarında hasarlı bölgeden, sinirin hedef organına kadar olan mesafe uzundur. Hasarlı sinir tarafından inerve edilen kaslarda denervasyona bağlı atrofi meydana gelir ve bu süreç geri döndürülemez olabilmektedir.

Yüksek sinir yaralanmaları travmanın kendisine bağlı olabilmekle beraber, tedavi sürecine sekonder olarak da gelişebilmektedir. Sinir hasarlarının bir kısmı spontan olarak iyileşebilmektedir. Dolayısı ile cerrahi girişim uygulamaları ve konservatif izlem seçenekleri mevcuttur; ancak kural olarak birincil onarım daha iyi sonuçlar vermektedir.

Çalışmamızın amacı üst ekstremitede yüksek seviyeli periferik sinir yaralanmalarında hem demografik verileri incelemek hem de erken rekonstrüksiyon ve geç rekonstrüksiyonun motor ve duyu fonksiyonları üzerindeki uzun dönemli sonuçlarını inceleyerek klinik pratiğe katkıda bulunmaktır.

Metod: Kliniğimizde Ocak 2016- Haziran 2022 arasında ameliyat edilen, yüksek seviyeli sinir yaralanması olan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hangi sinir hasarının olduğu, hasarlanmanın mekanizması, ameliyat olma yaşı, rekonstrüksiyonda sinir grefti kullanılma durumları, hasarlanma ile ameliyat arasında geçen süre, ameliyat sonrası uzun dönemli EMG, muayene bulguları (tinel bulgusu, motor ve duyu muayene) ve takip süresi değerlendirildi. Düşük seviyeli sinir yaralanması olan, takipten çıkan ve tarama esnasında yeterli bilgiyi sağlayamayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hasarlanan sinirler radial, median ve ulnar sinir olarak ayrıldı. Sinir hasar mekanizması keskin, künt ve ateşli silah yaralanması olarak gruplandırıldı. Rekonstruksiyonda sural sinir grefti kulanım durumuna göre 2 gruba ayrıldı. Ameliyat sonrası uzun dönemli EMG raporları ve BMRC skalası kullanılarak fizik muayene bulguları incelendi.

Bulgular: Hastaların 19'u erkek 5'i kadındı. Ameliyatın ortalama yaşı 31,5'ti. (9 yaş-61 yaş) Sinir travmalarının 7'si izole median, 7'si izole ulnar, 5'i izole radial,4'ü hem median hem ulnar; 1'i ise brakial pleksus hasarıydı. Hastaların 10'u acilden başvuru sonrası akut olarak ameliyata alınırken (ortalama süre 7.9 saat), 14'ü ise polikliniğe başvuru sonrasında ameliyata alındı (4 gün-5 ay). Travmaların 16'sı keskin yaralanma, 4'ü kompresyon hasarı, diğer 4'ü ise ateşli silah yaralanmasıydı. Acil başvuruyla ameliyata alınan hastaların yalnızca 1'inde sural sinir grefti kullanılırken uzun dönemli sinir hasarı olan hastaların 8'inde sural sinir grefti kullanıldı. Hastaların ortalama takip süresi 3.2 yıldı. (3 ay-6 yıl arası) Erken onarım yapılan 10 hasta BMRC skorlamasına göre incelendiğine duyusal fonksiyonun ortalama S3+ düzeyine ilerlediği görüldü. Erken onarımda hastaların sinir fonksiyonları tama yakın geri gelmekteydi. Aynı hastalar BMRC skalasının M değerlerine göre değerlendirildiğinde ise ile M3 düzeyinde motor fonksiyonlar gösterdiği görüldü. Geç sinir onarımlarının önemli bir kısmında sural sinir grefti kullanım gereksinimi mevcuttu.(8/14) Geç sinir rekonstrüksiyonunun sonuçları BMRC skorlamasına göre incelendiğinde ise 4 gün ile 1 ay arası onarım yapılan 10 hastada ortalama M skalası M3, S skalası ise S3 olarak değerlendirildi. 1 ay ile 5 ay arasında rekonstrüksiyon yapılan hastalarda ise BMRC ortalama M skalası M2, S skalası ise S2 olarak bulundu.

Tartışma: Yüksek sinir yaralanmaları genellikle travmaya bağlı olduğu ve beraberinde farklı nitelikte anatomik yapıların hasarlarını içerdiği için sinir onarımının klinik sonuçlarını izole takip etmek mümkün değildir. Dolayısıyla takipte kullanılan muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri suboptimal olup daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Mevcut durumda en sık kullanılan 2 parametre EMG sonuç takibi ve BMRC skalasıdır.

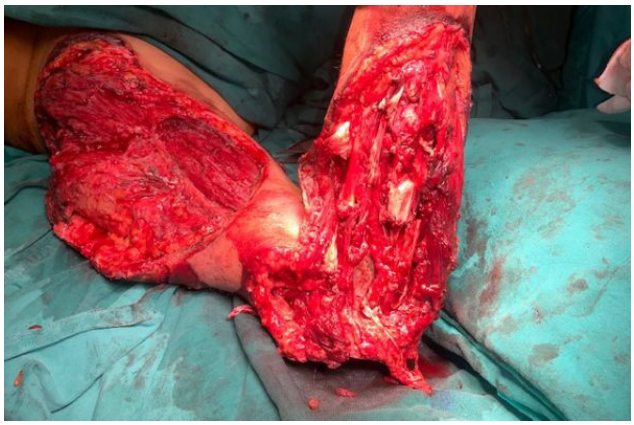
Grinsel'in periferik sinir rekonstrüksiyonu üzerine çalışmaları duyu reseptörlerinin reinnervasyonu için gereken zamanın motor sinirler için olandan daha uzun olduğunu göstermiş; ancak erken onarımın daha iyi duyusal sonuçları olduğunu vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda erken onarım yapıldığında duyu fonksiyonlarının S3+ seviyesine gelebildiğinin görülmesi Grinsel'in bulgularını desteklemektedir.

Barrios motor sinirlerde sinir greftinin sonuç üzerine olan önemine işaret etmiş ve cerrahlara sekonder sinir rekonstrüksiyonunu düşünmelerini önermiştir. Bizim çalışmamız, Barrios'un çalışmasına paralel olarak sural sinir kullanılarak yapılan rekonstrüksiyonun özellikle ekstremitenin kaba fonksiyonlarının kazanılması açısından önemli olduğunu desteklemektedir.

Sonuç: Yüksek seviyeli sinir yaralanmaları büyük oranda erkeklerde keskin cisimlerle oluşur. Keskin cisim yaralanmalarındaki sinir onarımının sonucu ateşli silah yaralanması veya künt yaralanmaya göre daha iyidir. Yaralanan sinirin hedef organa olan uzaklığıyla ilişkilendirilerek uzuvların kaba işlevler gerçekleştiren proksimal motor fonksiyonlarının ince işlevler gerçekleştiren distal motor fonksiyonlarına göre daha iyi kazanıldığı görülmektedir. Erken onarım ve sinir grefti ile sekonder sinir rekonstrüksiyonu her zaman hayal kırıklığı yaratmamaktadır. Sonuçlar erken onarım için daha iyi olmakla birlikte (M3/S3+) erken yüksek seviyeli sinir onarımı ve özellikle sural sinir grefti kullanılan geç sinir onarımı (M2-3/S2-3) motor ve duyu fonksiyonlarının geri gelmesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: BMRC skalası, sural sinir grefti, yüksek seviyeli sinir yaralanması

İ.P, 15 y k, Yüksek seviyeli radial sinir yaralanması, erken dönem sinir rekonstruksiyonu yapıldı



Yüksek Dereceli Periferik Sinir Yaralanmaları Demografik Veriler Ve Rekonstruksiyon Zamanlamasında BMRC Skorları

	Kişi Sayısı
Cinsiyet	
Erkek	19 kişi
Kadın	5 kişi
Yaş	
En Küçük Yaş	9 yaş
En Büyük Yaş	61 yaş
Ortama Yaş	31,5 yaş
Sinir Yaralanması	
İzole Median	7 kişi
İzole Ulnar	7 kişi
İzole Radial	5 kişi
Median+Ulnar	4 kişi
Brakial Plexus	1 kişi
Başvuru Tipi	
Acil Servis	10 kişi
Poliklinik	14 kişi
Yaralanma Tipi	
Delici/Kesici Alet	16 kişi
Kompresyon Yaralanması	4 kişi
Ateşli Silah Yaralanması	4 kişi
Sural Sinir Grefti Kullanımı	
Erken Dönem Rekonstruksiyon	1 kişi
Geç Dönem Rekonstruksiyon	8 kişi
Travmadan Ameliyata Kadar Geçen Süre	
Erken Dönem Rekonstruksiyon	4-72 saat
Orta-Geç Dönem Rekonstruksiyon	4 gün-5 ay
Takip Süresi	
En Kısa	3 ay
En Uzun	6 yıl
Ortalama	3.2 yıl
Rekonstruksiyon Zamanlaması	BMRC Skoru
Erken Dönem Rekonstruksiyon (4 saat-72 saat)	M3/S3+
Orta-Geç Dönem Rekonstruksiyon(4 gün-1 ay)	M3/S3
Geç Dönem Rekonstruksiyon(1 ay-5 ay)	M2/S2

SB-077

Fleksör Zone 2B Düzeyinde Tendon Onarım Zamanlamasının Hasta Kaygısına Etkisi

Ahmet Rıfat Doğramacı[1], Gökçe Yıldıran[1], Ali Kandeğer[2], Zekeriya Tosun[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Fleksör tendon yaralanmalarında erken primer onarım en iyi seçenek olsa da acil durumlarda her zaman uygulanamayabilir. Acil ameliyat veya ameliyat olmayı beklemek hasta için kaygıya neden olabilir. Anksiyetenin, tedavi ve rehabilitasyonu etkileyebilecek bedensel sonuçların yanı sıra gerilim ve irritabiliteye neden olduğu bilinmektedir. Bu fleksör tendon onarım cerrahisi için önemlidir, çünkü postoperatif dönemde rehabilitasyon kritiktir. Ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası sorunlarla yakından ilişkili olduğu da bilinmektedir. Bu nedenlerle fleksör tendon onarım ameliyatlarında ameliyat öncesi ve sonrası minimum kaygının sağlanması öncelikli hedef olmalıdır. Ancak mevcut literatürde fleksör tendonların onarım süresinin hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisi araştırılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, primer veya gecikmiş primer onarımı olan çeşitli hasta grupları arasındaki anksiyete düzeylerini araştırmaktır.

Materiyal Metdod: Çalışma prospektif olarak tasarlanarak yerel etik kurul onayı alınmıştır(No. 2020/131). 2020-2021 yılları arasında rejyonel blok anestezisi altında fleksör tendon yaralanması onarılan erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Dahil edilen tüm hastalar fleksör zone 2B seviyesinde kesici alet yaralanması nedeniyle acil servisten el cerrahisi polikliniğine sevk edilmiştir. Eşlik eden kemik kırıkları, ezilme yaralanmaları ve ezilmiş ekstremiteler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalar ameliyat zamanlamasına göre üç gruba ayrıldı: Grup 1, hastaneye yatıştan 0-6 saat sonra ameliyatı olanlar; Grup 2'de, kabulden sonraki 6-24 saat içinde ameliyat gerçekleştirildi; Grup 3'te ise kabulden sonraki 24-72 saat içinde ameliyat gerçekleştirildi. Hastaların anksiyete ölçekleri, hastalar kliniğe kabul edildiğinde (A dönemi), ameliyattan hemen önce (B dönemi), ameliyattan 7-10 gün sonra ilk poliklinik kontrolünde (dönem C) ve ameliyattan altı ay (D dönemi) sonra kaydedildi. Kliniğe başvuru anında ve hasta ameliyathaneye alındıktan sonraki ameliyat öncesi dönemde(A ve B dönemleri), anksiyete envanter ölçeği (STAI 1) ve 100 mm görsel analog ölçeği (VAS) tüm hastalara uygulandı. Kaygı ölçekleri (STAI 1 ve 2) ve VAS ameliyattan 7-10 gün ve altı ay sonra ayakta tedavi koşullarında (C ve D dönemleri) uygulandı.Verilerin analizi SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) ve PAST 3 (Hammer, Harper, D.A.T., Ryan, P.D. 2001, Paleontolojik istatistik) programları aracılığı ile yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 31.32 (SD 13.66) olan 77 hasta (58 erkek, 19 kadın) çalışmaya dahil edildi. Grup 1 (n = 28), Grup 2 (n = 30) ve Grup 3 (n = 19) olan 77 hastanın 81 fleksör tendonu onarıldı. B döneminde medyan STAI 1 değerleri Grup 1, 2 ve 3'te sırasıyla 52.5, 40.5 ve 41 Grup 1'deki değerler diğer gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek olarak saptandı($p < 0.05$). A ve B dönemi STAI 1 skalası sonuçları değerlendirildiğinde Grup 2 ve 3'te Grup 1'e göre cerrahiye kadar anksiyetenin anlamlı düzeyde azaldığı görüldü ($p < 0.05$).

Periyot B ve C STAI 1 skalası sonuçları değerlendirildiğinde Grup 1'de cerrahi sonrası anksiyetenin diğer gruplara göre anlamlı derecede azaldığı görüldü ($p < 0.05$). VAS değerleri cerrahi öncesi ve sonrası gruplar arasında farklılık göstermedi ($p > 0.05$); ancak postoperatif değerler preoperatif değerlere göre tüm gruplarda anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.05$). Ameliyat öncesi ve sonrası STAI 1 ve VAS değerleri arasında korelasyon saptanmadı (r: 0.180 ve r: 0.001).

Tartışma: Anksiyete, otonom sinir sisteminin gerginlik, endişe, sinirlilik ve hiperaktivasyonunu içeren istenmeyen bir duygusal deneyimdir ve çeşitli ameliyatları bekleyen hastaların en yaygın psikolojik tepkilerinden biridir. Yüksek riskli cerrahi prosedürlerin planlanması, hastaların %80'inde kaygıya neden olabilir. Ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin artmasının ameliyat sonrası dönemi etkilediği ve hem psikolojik hem de somatik olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Fleksör tendon onarımı ameliyatı sonrası süreçte iyileşme için kritik öneme sahiptir. Kabul edilemez sonuçları önlemek için yoğun el rehabilitasyonu gereklidir. Bu nedenle tendon ameliyatı öncesi anksiyetenin azaltılması hastaların rehabilitasyona uyumunu artıracağından ameliyatın başarısı için önemlidir.

Bu çalışmada fleksör bölge 2B'nin seçilmesinin nedeni, A2 pulley hasarı ve onarım sonuçlarını hariç tutarak standart hasta gruplarını sağlamaktır. STAI 1 ve 2, kas-iskelet sistemi hastalıklarında en yaygın kullanılan anksiyete değerlendirme ölçekleridir. STAI 1, anksiyete belirtilerinin mevcut varlığını ve şiddetini ölçerken, STAI 2, kendi kendine bildirim yoluyla genel bir endişeli olma eğilimini ölçmektedir.

Ameliyat olan hastalarda ilk altı saat içinde ameliyat öncesi anksiyete değerlerinin daha yüksek olması ve ameliyat sonrası bu değerlerin diğer gruplara gerilemesi, travma ve acil cerrahinin erken evrelerinin daha fazla anksiyete, gerginlik ve sinirlilik oluşturduğunu düşündürmektedir.

Onarımı ilk altı saatten sonra yapılan hastalarda preoperatif anksiyete insidansının düşük olmasının olası nedenleri arasında yatan hastalara analjezik tedaviye başlanması, yatak başında alınan bilgiler ve operasyon öncesi hekimle bir veya daha fazla konsültasyon sayılabilir. Bu ve benzeri durumlar stres stabilizasyonu sağlayarak kaygıyı azaltmada etkili olmuştur.

Bu çalışmada cerrahi sonrası ağrı tüm gruplarda daha düşük bulunmuş ancak anksiyete ve ağrı skalası sonuçları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak kaygı artışının temel nedeninin ağrı değil, acil ameliyat olmanın getirdiği stres ve ilk travmayı takip eden erken dönemler olduğu sonucuna varıldı.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri, anksiyete düzeyi yüksek hastalarda analjezik ve yatak başı bilgilendirme gibi önlemlerle anksiyete düzeyinin azaltılıp azaltılamayacağını ölçmenin mümkün olmamasıdır. Ancak kaygı, bunlar gibi birçok değişkenden etkilenebildiğinden, bu ölçütler kaygının etiyolojisine yönelik başka çalışmaların konusu olabilir.

Sonuç olarak ameliyat öncesi kaygıyı azaltmanın birçok faydası literatürde gösterilmiştir. Ameliyat sonrası takip sürecine uyum, hasta konforu, analjezik ihtiyacın azalması, postoperatif pozitif psikolojik ve somatik durumlar, bunlar arasında sayılabilir.

Buna göre cerrahların ilk altı saat içinde ameliyat olacak hastaların yüksek kaygı düzeylerinin farkında olması ve bu konuda hassasiyet göstermesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: fleksör tendon, anksiyete, zamanlama

SB-078
Dijital Replantasyonun Komplikasyonları

Bilge Kağan Aysal, Onur Aksoy, Türkay Gökeri, İlker Üşçetin, Özlem Çolak

Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Dijital replantasyonları plastik cerrahi acilleri içinde en çok iş gücü ve zaman gerektiren girişimler arasında olup sonuçları vakaya göre çok değişiklik gösterir. Kleinert'in 1962'de gerçekleştirdiği ilk subtotal başparmak replantasyonundan beri, replantasyon cerrahisi, tüm dünyada plastik cerrahların ve el cerrahlarının aşina olduğu bir prosedür haline gelmiştir. Operasyon mikroskopları, cerrahi sütur ve aletler geliştikçe replantasyonlar daha başarılı ve daha küçük çapta parçalar replante edilebilir olmuştur. Çoğu çalışmada replantasyonun erken komplikasyonlarına odaklanılmıştır. Bu bildiride, kliniğimizde yapılmış vakaların erken ve geç dönem komplikasyonları değerlendirmeyi ve paylaşmayı amaçladık. Kopmuş parmaklar için replantasyondan sonra karşılaşılan bazı komplikasyonların önlenmesi için yararlı olabilecek önlemleri ele almak istedik.

Gereç-Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmada kliniğimizde 2012-2022 Haziran ayları arasında yapılmış olan 79 dijital replantasyon kararı alınmış hastaları inceledik.

Bulgular: Çalışmamızda yer alan 79 replantasyon hastasında yapılmış olan 95 dijital replantasyondan 52(54.7%) parmak yaşamış iken 43(45.3%) parmak erken vasküler komplikasyonlara bağlı olarak amputasyona uğramıştır. 79 hastanın 8'inde ven greftleri kullanılmıştır. Yaşayan parmaklarda uzun dönemde başta rom kısıtlılığı, parestezi olmak üzere malunion, nonunion, malrotasyon, angulasyon, tırnak yatağı bozuklukları, soğuk intoleransı, nöroma, gibi komplikasyonlar yaşanmıştır.

Sonuç: Çalışmamıza dahil edilmiş olan replantasyon sonuçlarına bakarak, parmak replantasyonlarının erken ve geç dönemde yüksek komplikasyon riskine sahip cerrahiler arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç cerrahinin gerektirdiği titizlik hesaba katıldığında beklenen bir sonuçtur. Operasyon süresinin uzunluğuna ve yaralanmanın doğasına rağmen enfeksiyonun replantasyon sonrası nadir görülen bir komplikasyon olduğu görülmüştür. Yaralanma seviyelerinin eklemlere ve fibröz kılıflara yakınlığından dolayı parmak sertliği en çok beklenen komplikasyon olup incelenen vakalarda da benzer sonuçlar görülmüştür. Replantasyonun aksine revizyon amputasyonu el cerrahları ve plastik cerrahlar tarafından daha sıklıkla yapılan bir operasyondur. Bu durumda karar verilirken cerrahın el fonksiyonlarını mümkün olduğunca koruyacak ve şekil bozukluğuna yol açmayacak dikkatli bir seçim yapması, gerekli aşamada protez veya rekonstrüksiyon seçeneklerinin düşünülmesi gerektiği düşünülmüştür. Komplikasyonların bu derece fazla olması ve fonksiyonel kazanımın kısıtlı olması, ameliyat öncesinde ve ameliyat esnasında cerrahın radikal karar vermesinde güçlüğe yol açabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle seçili vakalarda çok güzel sonuçlar alınabileceğini ancak her vakaya ayrı yaklaşılması gerektiği değerlendirilir.

Anahtar Kelimeler: Replantasyon, replantasyon komplikasyonları, vasküler komplikasyonlar

Replantasyon Sonrası PIP kontraktürü

Daha önce replante edilen ve hem web aralığında küçülme hem de pip eklemde kontraktür gelişen hastanın revizyon öncesi fotoğrafı

SB-079

Arteriovenöz Malformasyonların Anatomik Lokalizasyonu ve Cerrahi Yönetiminde Rekonstrüksiyon Seçenekleri

İncilay Yılmaz, Alperen Aras, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

Kocaeli Üniversitesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Arteriovenöz malformasyonlar(AVM), embriyogenezis sırasında vasküler gelişimdeki patogenezi bilinmeyen bir hatadan kaynaklanır. Kapiller yatağın olmadığı bu malformasyon kozmetik veya fonksiyonel bozulmaya neden olabilmekte ve değişken prezentasyon ile klinik seyre sahiptir. Santral sinir sisteminde daha yaygın olduğu bilinen AVM'ler ekstrakraniyel olarak en sık baş-boyunda yer alıyor olup bunu ekstremiteler ve gövde izler. AVM'ler statik maformasyonlar olmayıp zamanla ilerleyici ve tekrarlayıcı karakterdedir. Bu nedenle morbiditenin en sık nedeni lezyonun genişlemesidir. Bu çalışmada karşılaştığımız AVM'lerin anatomik lokalizasyonlarını, cerrahi yönetimini ve rekonstrüksiyon seçeneklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal Metot: Kliniğimizce 2017 ve 2022 yılları arasında opere edilen AVM'si olan 5 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hasta kayıtları AVM'nin anatomik lokalizayonu, rekonstrüksiyon yöntemi, yaş, nüks, komplikasyonlar açısından incelendi.

Sonuç: Çalışmamızda analiz edilen 5 hastada AVM'lerin anatomik lokalizasyonları incelendiğinde 3 tanesinin baş-boyun bölgesinde, bir tanesinin alt ekstremitede, bir tanesinin sırtta yer aldığı görüldü. Hastaların opere edildiğinde yaş aralığı 16-29 olup,yaş ortalaması 22.3 olarak izlendi. Opere edilen 5 hastanın 3'ü kadın, 2'si erkekti. Frontal bölgede yer alan AVM, Anterolateral thigh flebi(ALT); sağ maksiler bölge için rektus kas flebi; M. Latissimus dorsi içerisindeki için eksizyon; cruris distali için, A.tibialis posterior bazlı propellar flep; mentumda yer alan ise total eksizyon ile tedavi edildi.Ortaya çıkan veriler Tablo-1'de görülmektedir.

Ameliyatlar sonrası takiplerinde komplikasyonlar değerlendirildi. 3 hastada komplikasyon ve nüks izlenmezken frontal bölgeden AVM eksizyonu ve ALT flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastanın burun dorsumunda nüks, sağ maksiler bölgeden AVM eksizyonu ve rektus kas flebi yapılan hastada doku nekrozu geliştiği, STSG ile defektin rekonstrüksiyonunu takiben sağ oral komissürde çekme meydana geldiği takiplerde görüldü.

Tartışma: Kliniğimizde opere edilen hastalar incelendiğinde yapılan çalışmalar ile tutarlı olarak AVM'ler en sık baş-boyun bölgesinde lokalize olmaktadır. Çok kanamalı lezyonlar olup, mümkünse ameliyattan 24-48 saat önce girişimsel radyolojinin müdahalesi gerekmektedir. Aksi halde kanama miktarının fazla olabileceği unutulmamalıdır. Ancak yine de bazen girişimsel radyoloji tarafından besleyici artere ulaşılamamaktadır. Fonksiyonel etkilenmenin yanı sıra yüz bölgesinde yer alan AVM'ler kozmetik sorunlara yol açmaktadır. Hastanın estetik beklentileri de göz önüne alındığında hedef, lezyonun tam eksizyonu ile birlikte fonksiyonellik ve estetiğin en az etkileneceği rekostrüksiyon yönteminin planlanmasıdır. Ancak özellikle geniş AVM'si olan hastalarda rezeksiyon ve rekonstrüksiyon sonrası nüks ve doku nekrozu gibi komplikasyonlar daha sık görülüyor olup bireyselleştirilmiş tedavi yöntemleri, multidisipliner yaklaşım ve yakın takip tüm hastalarda önerilmektedir.

Kaynakça:

I. Visser A, FitzJohn T, Tan ST. Surgical management of arteriovenous malformation. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Mar;64(3):283-91. doi: 10.1016/j.bjps.2010.05.033. PMID: 20663728.

II Greene AK, Orbach DB. Management of arteriovenous malformations. Clin Plast Surg. 2011 Jan;38(1):95-106. doi: 10.1016/j.cps.2010.08.005. PMID: 21095475.

Anahtar Kelimeler: AVM, malformasyon, Rekonstruksiyon

Şekil-1

Şekil-1: A: Frontal bölgede AVM B: AVM'nin total eksizyonu C: ALT flebi ile rekonstrüksiyonu

Tablo 1

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Lokalizasyon	Cerrahi Yöntem	Nüks	Komplikasyon
A	20	K	Frontal Bölge	ALT flebi	Burun dorsumunda	-
B	29	E	Sağ maksiler bölge	Rectus flebi	+	Doku nekrozu, oral komissür deformitesi
C	16	E	Latissimus dorsi	Eksizyon	-	-
D	26	K	Cruris Distal 1/3	Propellar flep	-	-
E	24	K	Mentum	Eksizyon	-	-

SB-080

Sıçanlarda ezilme tipi travmatik amputasyonların yönetiminde, ektopik replantasyonun amputat yaşayabilirliği üzerine etkisinin araştırılması

Münür Selçuk Kendir, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı

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

Amaç: Travmatik uzuv kayıpları, birey için, ciddi fonksiyonel ve psikolojik kayıpları da beraberinde getirmektedir. Alıcı damar problemleri sebebiyle, bazı ezilme tipi amputasyonlarda ortotopik replantasyon mümkün olmamakta ve ektopik replantasyonlar gündeme gelmektedir. Ektopik replantasyon, amputatın anatomik konumu dışında bir bölgeye, farklı alıcı damarlar kullanılarak replante edilmesi olarak tanımlanabilir. Ektopik replante edilen uzvun kanlanması, hastanın ve damarların durumu ortotopik replantasyona uygun olana kadar, yeni konumunda devam etmekte; uygun koşulların oluşmasının ardından uzuv anatomik yerine iade edilmektedir.

Literatürde, ektopik replantasyonun gösterildiği vaka takdimleri ve derleme çalışmaları bulunmasına rağmen, deneysel kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır. İlgili klinik deneyimlerdeki raporlanmış olan yüksek amputat yaşayabilirliğinin, yapılacak olan kontrollü çalışmalar ile de doğrulanması halinde, elde edilecek verilerle ektopik replantasyona standart bir yaklaşım geliştirilebilir.

Bu çalışmada, deneysel kontrollü bir çalışmayla ezilme tipi amputasyon sonrasında ektopik replantasyon uygulamasının amputat yaşayabilirliğine etkisinin değerlendirilmesi ve ektopik replantasyonun başarısının diğer tekniklerle kıyaslanması amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: Bu çalışma Eylül-Aralık 2021 tarihlerinde 40 adet erkek sıçan ile gerçekleştirildi. Etik kurul onayı alınmasını takiben; Grup 1, giyotin tipi amputasyon sonrası ortotopik replantasyon yapılan 10 sıçandan; Grup 2, ezilme tipi amputasyon sonrası ortotopik replantasyon yapılan 10 sıçandan; Grup 3, ezilme tipi amputasyon sonrası ezilmiş damar segmentleri temizlenerek ve oluşturulan damar defekti için ven grefti kullanılarak ortotopik replantasyon yapılan 10 sıçandan; Grup 4, ezilme tipi amputasyon sonrası ezilmiş damar segmentleri temizlenerek kontraletereal taraf alıcı damarlara ektopik replantasyon yapılan 10 sıçandan oluşturuldu.

Çalışmada replantasyon modeli olarak sıçanların sol kasık flebi kullanıldı. Standart çizime uygun olarak insizyon ve diseksiyonları takiben, tüm hayvanlarda femoral damarlara baze kasık ada flebi eleve edildi.

Diseksiyon sonrasında, giyotin tipi amputasyon uygulanacak sıçanlarda, femoral arter ve vene mikro makas ile düzgün ve tek bir kesi yapılarak amputasyon işlemi tamamlandı. Ezilme tipi amputasyon uygulanacak sıçanlarda, bu amaçla diseke edilmiş damarlara standart bull-dog damar klempi uygulanarak 30 dk beklenildi. Ardından daha önceden ağızlarına silikon tüp geçirilmiş olan 2 adet standart mosquito hemostat klempi yaralanma alanına 1'inci diş seviyesinde sıkılarak uygulandı ve hemostatlar, damarı avülse edecek şekilde, distal ve proksimal yönlerde bir santimetre çekildi. Sonrasında mikromakas ile amputasyon işlemi tamamlandı.

Grup 1 ve 2'deki sıçanlarda amputatlar ortotopik replante edildi. Grup 3'teki sıçanlarda ven grefti kullanılarak ortotopik replantasyon işlemi gerçekleştirildi. Grup 4'teki sıçanlarda, kontralateral tarafın femoral arter ve veni alıcı damar olarak kullanılarak ektopik replantasyon gerçekleştirildi.

Operasyonu takiben 72'nci saatte kızılötesi perfüzyon değerlendirirme sistemi kullanılarak flep perfüzyonlarının intakt dokuya olan oranı belirlendi. 7'nci günde replante edilmiş cilt adalarının standart fotoğraf çekimleri gerçekleşti. Elde edilen fotoğraflar Digimizer görüntü analizi programı kullanılarak analiz edildi ve yaşayan flep alanları yüzdeleri belirlendi. Fotoğraf çekimi sonrası alıcı damarlar eksplore edildi ve arterde trombüs varlığı değerlendirilerek, sıçanlara not verildi. İşlem sonucunda tüm hayvanlar sakrifiye edildi.

Veriler uygun istatistik yöntemlerle değerlendirilerek, gruplara göre analiz edildi.

Bulgular: Kızılötesi sistem kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, flep perfüzyon yüzdeleri Grup 1'de ortalama %73,5, Grup 2'de ortalama %11,1, Grup 3'te ortalama %65, Grup 4'te ortalama %64,1 olarak tespit edildi. Elde edilen veriler istatistiki olarak değerlendirildiğinde; Grup 1 en iyi, Grup 2 en kötü sonuçlara sahipken ($p<0,05$), Grup 3 ve 4 arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çekilen fotoğraflar üzerinden yapılan değerlendirmede ortalama yaşayan flep alanları Grup 1'de ortalama %74,6, Grup 2'de ortalama %2,5, Grup 3'te ortalama %64,5, Grup 4'te ortalama %64 olarak tespit edildi (Şekil 1). Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; Grup 1 en iyi, Grup 2 en kötü sonuçlara sahipken ($p<0,05$), Grup 3 ve 4 arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yapılan trombüs varlığı değerlendirmesine göre Grup 1'de 2 hayvanda, Grup 2'de 9 hayvanda, Grup 3 ve 4'te ise 3'er hayvanda damarlarda trombüs saptandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anastomoz hattında trombüs en fazla Grup 2'de görülürken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 1).

Sonuçlar: Literatürde, avülsiyon tipi ampütasyon yönetiminde ektopik replantasyon önerilmesine karşın gerek klinik gerekse deneysel çalışmalarda bu tekniğin ven grefti kullanılarak yapılan replantasyonla karşılaştırılmasına rastlamadık.

Çalışmamızda replantasyon modeli olarak ekstremite amputasyonları kullanılabilecek olsa da sıçanlarda ekstremite replantasyonları sonrasında otofaji görülebilmesi, yüksek oranda kas içeren ekstremitenin replantasyon sonrası ekstra metabolik yük getirmesi, çalışmada replantasyon sonrası fonksiyonel değerlendirme yapılmayacak olması ve ekstremite amputasyonu sonrası mobilite açısından sorun yaşayan hayvanların beslenme ve aktivitelerinin sekteye uğraması nedeniyle ekstremite kasık flep modeli tercih edildi. Bu model, kolay uygulanabilir olması ve morbiditeye yol açmaması sebebiyle tercih edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda kasık flebinin sıçanlarda replantasyon modeli olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür.

Çalışmamızda ektopik replantasyon yapılan 10 sıçanın, 5'inde tam, 2'sinde parsiyel sağ kalım gözlendi. Ektopik replantasyon sonrası flep sağ kalımı, klinik çalışmalara göre çalışmamızda daha düşük bulundu. Benzer şekilde, sıçanlarda yapılan başka bir çalışmada da kasık flebi sağ kalım oranı %75 olarak bildirilmiştir. Oysa, klinik pratikte serbest flep sağ kalımları çok daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bunun sebebi, deneysel çalışmalarda cerrahi sonrası optimum bakım ve denek pozisyonlaması sağlanamaması olabilir. Bu bilgiler beraber değerlendirildiğinde, çalışmamızda ektopik replantasyon sonrası sağ kalım oranı kabul edilebilir ölçüdedir.

Ven grefti kullanılan grupta alıcı damarlarda ve amputatta ezilmiş damar segmentlerinin debride edilmesinin yaralanmanın lokal etkilerini azalttığı düşünülebilir. Ancak pratikte güdüğün travma zonunun dışına çıkılabilecek

kadar debridmanı her zaman mümkün olmayabilir. Ektopik replantasyon grubundaysa amputattaki ezilmiş damar segmentleri tamamen temizlenerek amputat travmatize olmamış alana replante edildi.

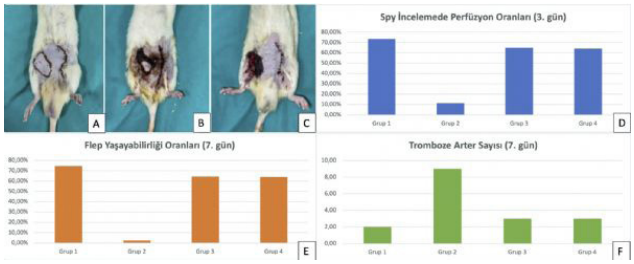
Çalışmamızda ektopik ve ven greftli replantasyon arasında yaşayabilirlik açısından anlamlı fark yoktu. Ektopik replantasyonda amputatın ikinci bir mikrocerrahi operasyonuyla yerine iade edilmesi ve bu ameliyatın riskleri önemli bir dezavantaj olarak sayılabilir. Bu nedenle ezilme tipi amputasyonlarda güdük damarları replantasyon sırasında yeterli debride edilebiliyorsa damar defektinin ven greftiyle onarımı, aksi takdirde geçici ektopik replantasyonun uygun yaklaşım olduğu ileri sürülebilir. Amputasyon proksimalinden yeterli kan akımı sağlanamayan elektrik travmaları, ateşli silah yaralanmaları, alıcı alanının tekrarlayan debridmanlarla takibinin gerekeceği kirli yaralanmalar ya da başka bir sebeple ilerleyen dönemde agresif debridman ihtiyacı gerekebilecek yaralanmalarda ektopik replantasyon ile bankalama, ven grefti ya da diğer seçeneklere iyi bir alternatif olabilir.

Çalışmamızın bir dezavantajı olarak, ektopik replante edilmiş olan amputatların kendi bölgelerine iade edilmemesi ve bu esnada oluşabilecek komplikasyonların gözlenememesi sayılabilir.

Ezilme tipi amputasyonların yönetiminde, amputatın durumu replantasyona uygunsa; güdük fazla kısaltılmadan, tüm debris ve ezilmiş dokudan arındırılacak şekilde debride edilip, güvenilir kan akımının sağlanabilmesinin mümkün olduğu durumlarda ven grefti ile onarımı; bu şartların sağlanmasının mümkün olmadığı, tekrar debridman gerektirebilecek, kirli ve kan akımınının şüpheli olduğu durumlarda ise geçici ektopik replantasyon uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik replantasyon, Ezilme tipi ampütasyon, Sıçan kasık flebi, Ven grefti

Şekil 1



Şekil 1. A- Grup 4'ten örnek sıçan, post-op 7. gün görünümü. Tam flep viabilitesinin görünümü. B- Grup 4'ten örnek sıçan, post-op 7. gün görünümü. Kısmi flep viabilitesinin görünümü. C- Grup 4'ten örnek sıçan, post-op 7. gün görünümü. Tam flep kaybı. D- Post-op 3. gün grupların SPY incelemesinde elde edilen ortalama perfüzyon değerleri. E- Post-op 7. gün grupların ortalama yaşayan flep alanı değerleri. F- Post-op 7. gün gruplardaki tromboze arter sayıları.

Tablo 1

	Spy İnceleme Ortalama Perfüzyon Oranı (3. gün)	Ortalama Flep Yaşayabilirliği Oranı (7. gün)	Trombüs Bulunan Damar Sayısı (7.gün)
Grup 1	%73,5	%74,6	2
Grup 2	%11,1	%2,5	9
Grup 3	%65	%64,5	3
Grup 4	564,1	%64	3

Tüm Gruplardan Elde Edilen Veriler

SB-082

Üç boyutlu biyoyazıcı ile üretilen hiperelastik kemiğin heterotopik kemik oluşumuna etkisi

Semih Tiber Menteşe[1], Özlem Çolak[1], Emre Günenç[1], Kardelen Tüfekçi[2], Süheyla Bozkurt[3], Özgür Can Eren[3], Özlem Tuğçe Kaya[4]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Yeditepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Genetik ve Doku Mühendisliği Bölümü
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: En iyi şartları sağlayabilen, kemik yerine geçebilecek ideal biyomateryal arayışı günümüzde de devam etmektedir. Ideal biyomateryalin Kemik grefti alınırken oluşan donör alan morbiditesi, ikinci operasyon ve zaman kaybı gibi dezavantajları ortadan kaldırılacağı düşünülmektedir. Günümüzde üç boyutlu yazıcı teknolojisinin de gelişmesiyle osteoblastların yerleşebileceği ideal porlu polimer biyokompozitler sentezlemek mümkündür. Diğer polimer kompozitlerin basım ve kullanım dezavantajlarını da ortadan kaldıran ve yeni keşfedilen hiperelastik kemik, kemik defektiyle iyileşen ve periostu hasarlı çok parçalı kırıklar; dejenerasyonu sonrası implantla onarılsa bile fonksiyonel olarak iyi sonuç vermeyen ve kemik teması, stres faktörü olmayan bir bölgede kemik doku rekonstrüksiyonu gerektiren temporomandibular bölge sorunları ya da benzer şartlarda olan ve rekonstrüksiyonu için greft ihtiyacı bulunabilen nasal kemiklerin kaybı gibi sorunları, başka bir bölgede periosttaki kök hücrelerden de faydalanarak prefabrike edilebilir ve doku ihtiyacını ortadan kaldırabileceği düşünülmektedir.

Gereç-Yöntem: Sprague-dawley tipi 40 adet sıçanın kullanıldığı çalışmada dört ayrı grup oluşturulmuş, her grupta safenöz arter bazlı periostofasyokütan flep kaldırlarak batına adapte edilmiş ve ilk grup kontrol grubu olmak üzere, fleplerin altına 2. Grupta karşı ekstremiteden alınan fibula grefti, 3.grupta üç boyutlu yazıcıyla üretilen "Fluffy" polilaktid-co-glikolik-asid (F-PLGA) ve 4. Grupta yine üç boyutlu yazıcıda üretilen Hiperelastik kemik (HK) konularak, 12. Hafta sonunda tomografi ile kontrol sonrası, denekler sakrifiye edilmiş ve örnekler histopatolojik inceleme ve tarayıcı elektron mikroskobisi incelemesine gönderilmiştir.

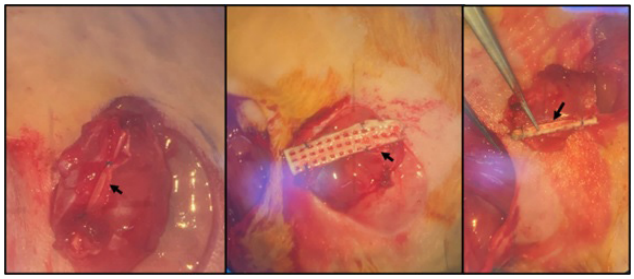
Bulgular: Tomografi verileri incelendiğinde alan olarak HK grubunun diğer gruplara anlamlı olarak üstün geldiği görüldü. Histopatolojik incelemeye bakıldığında HK grubunda biyoiskelet çevresinde hücrelerin ilerlemesi ve kemik doku alanları görülebildi. İstatiksel olarak osteogenez açısından Grup1, 3 ve 4 birbirine benzer sonuçlar gösterdi. F-PLGA grubunun anjiyogenez skorunun diğer gruplara üstün olduğu görüldü. Rejeksiyon karşılaştırıldığında ise HK grubunun diğer gruplara anlamlı olarak üstün geldiği izlendi. Elektron mikroskobisi ile incelemede, F-PLGA oluşumu doğrulandı. F-PLGA ve HK grubunun düzenli por patterni ile basılabildiği görüldü. HK grubu fibrillerinin hücrelerle tamamen çevrildiği ve dokuya iyi entegre olduğu görüldü.

Sonuç: Kritik boyutlu kalvaryal defektlerde etkinliği gösterilen, HK'nın bu çalışmayla ilk kez kemik teması ve stres faktörü olmayan bir bölgede periosttaki kök hücreleri ek bir faktör olmadan uyarabileceği ve kemik gelişimini

tetikleyebileceği gösterilmiştir. HK'nın prefabrikasyona uygun olduğu yönünde bizi düşündüren bu çalışma, diğer detaylı deneyler ve büyük hayvan çalışmaları için bir ilk adım niteliğindedir. Bu polimer biyokompozitin, bahsedilen zor koşullarda bile kemik oluşumunu tetikleyerek, gelecekte kemik doku rekonstrüksiyonunda, kemik grefti ihtiyacını ortadan kaldırabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiperelastik Kemik, periostofasyokutan flep, üç boyutlu biyoyazıcı

Farklı gruplarda biyoiskeletler ve greftin yerleştirilmesi.



Mikroskop altındaki görüntülerde, periost tabakası üç karede de fark edilmektedir (ok işareti).

SB-083

Serbest Fleplerde Preoperatif Perforatörlerin Bulunmasında Termal Kamera ve El Dopplerinin Karşılaştırılması

Berrak Karatan[1], Mehmet Tapan[2]

[1]*İzmir Bakırçay Üniversitesi*
[2]*Akdeniz Üniversitesi*

Giriş: Termografi veya termal görüntüleme, bir nesne tarafından yayılan ve yansıtılan kızılötesi enerjiyi algılar. Nesne tarafından yayılan radyasyon sıcaklıkla artar ve termografi sıcaklıktaki değişiklikleri gösterir. Termal görüntüleme cihazları, kameralara benzer ve gerçek zamanlı sıcaklık farklarını invazif olmayan bir şekilde gösterir.

Tıbbi olmayan kullanım için üretilmiş olmalarına rağmen, ticari olarak temin edilebilen portatif termal görüntüleme cihazlarının kullanımı literatürde birçok alanda tanımlanmıştır. Termal görüntüleme plastik cerrahi pratiğinde yanık yaralarını, yara inflamasyon ve enfeksiyonlarını, uzuv perfüzyonunu değerlendirmek, flep cerrahisinde perforatörleri tespit etmek ve cilt neoplazmlarını belirlemek için kullanılmıştır. Hem bağımsız hem de akıllı telefon bağlantı tipi termal görüntüleme cihazları küçük, pratik, uygun maliyetli ve klinik kullanım için erişilebilirdir.

Preoperatif flep planlamasında perforatörlerin tespiti için el doppleri, renkli doppler, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme kullanılmaktadır. Termal kamera ile perforatör saptanması ise literatürde tanımlanmış ve etkinliği bilgisayarlı tomografiyle karşılaştırılmıştır. Akıllı telefonla elde edilen termografik görüntüler, altın standart olarak kabul edilen bilgisayarlı tomografi görüntüleri ile yüksek uyumlulukta saptanmıştır.

Çalışmamızda preoperatif serbest flep planlamasında el doppleri ve termal kameralar ile saptanan perforatörler, intraoperatif bulunan perforatörler ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza anterolateral uyluk flebi ve derin inferior epigastrik arter perforatör flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış hastalar dahil edildi. Preoperatif anatomik belirleyici noktalar saptandıktan sonra el doppleri ve akıllı telefona bağlı termal kamera ile perforatörler saptandı. Termografik görüntüler, FLIR ONE (FLIR Systems, Inc., Wilsonville, Ore.) cihazı ile anestezi sonrası oda sıcaklığında alındı. Sıcak noktalar işaretlendi. El doppleri ile perforatörler ise yine anestezi sonrası oda sıcaklığında dinlerek işaretlendi. İşaretlenen perforatör noktaları ile interoperatif eksplorasyonda saptanan perforatörler karşılaştırıldı. Her iki yöntem ile intraoperatif saptanan perforatörler arasındaki uyum, kappa indeksi kullanılarak hesaplandı. Ayrıca termografinin ve el dopplerinin perforatörleri tespit etmesindeki özgüllük ve duyarlılığı da hesaplandı.

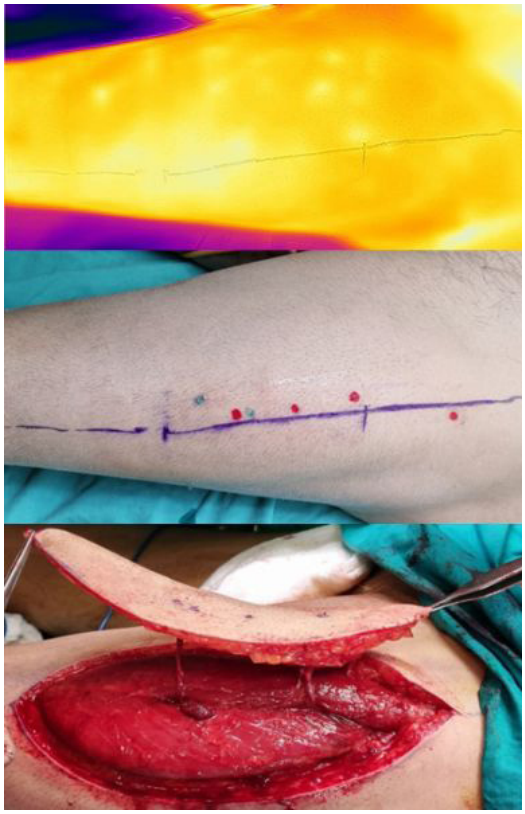
Sonuç: Çalışmaya toplam 20 hasta dahil edildi (Tablo 1). Anterolateral uyluk flebi yapılan 15 hasta, derin inferior epigastrik arter perforatör flebi yapılan 5 hasta mevcuttu. Tüm hastalarda doppler ile saptanan perforatör sayısı 84, termal kamera ile 86, intraoperatif saptanan perforatör ise 61 idi. Termal kameranın sensitivitesi %98.3, spesifitesi %48; el dopplerinin sensitivitesi %74, spesifitesi %35 olarak hesaplandı. Doppler inceleme ve intraoperatif değerlendirme arasında zayıf kappa korelasyonu (0.26), termal görüntüleme ve intraoperatif değerlendirme arasında orta derecede kappa korelasyonu (0.5) saptandı.

Tartışma: Termal kameralar, ameliyat öncesi planlamada basit, düşük maliyetli, taşınabilir, kişiler arası değişkenliği düşük bir yöntemdir. Eğitim gerektirmemesi, radyasyon ve kontrast madde risklerinin olmaması diğer avantajlarındandır. Perforatörlerin incelenmesinde termal kameralar, perforatörlerin ciltte yarattığı sıcaklık artışlarını görünür hale getirerek çalışır. Literatürde termografi ile elde edilen sıcak noktalar ile el dopplerinin saptadığı perforatörler %67 oranında uyumlu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise termal görüntüleme ile tespit edilen sıcak noktaların %94'ünde el dopplerinde sinyal duyulmuştur. Derin inferior epigastrik arter flebinde preoperatif bilgisayarlı tomografi ile termal kamera perforatörleri %95.6 oranında, anterolateral uyluk flebinde ise %97 oranında uyum göstermiştir.

Çalışmamızda termal kamera ile perforatörler yüksek duyarlılıkta saptandı. Termal kamera ile serbest fleplerin preoperatif planlanmasının, ucuz, güvenilir ve hızlı bir yöntem olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: ALT, DİEP, Flep, Mikrocerrahi, Perforatör, Termografi

Resim 1



Hasta No: 9, Termal kamera ile sıcak noktaların görüntülenmesi (kırmızı nokta), doppler ile sinyal alınan perforatörlerin işaretlenmesi (yeşil nokta), intraoperatif perforatörlerin saptanması

Tablo 1

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Flep	Endikasyon	El Doppleri*	Termal Kamera**	Intraoperatif Eksplorasyon***	Uyuşan Perforatörler****
1	56	E	ALT	Ağız Tabanı rekonstrüksiyonu	1	2	2	D:1 T:2
2	75	K	ALT	Dil rekonstrüksiyonu	0	2	2	D:0 T:2
3	55	E	ALT	Mandibula rekonstrüksiyonu	3	3	2	D:2 T:2
4	33	E	ALT	Dil rekonstrüksiyonu	4	5	3	D:2 T:3
5	23	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	6	7	4	D:3 T:4
6	68	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	4	5	3	D:2 T:3
7	40	K	ALT	Ön kol rekonstrüksiyonu	3	3	1	D:1 T:1
8	62	E	ALT	Maksilla rekonstrüksiyonu	6	3	2	D:1 T:1
9	62	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	2	4	2	D:1 T:2
10	29	E	ALT	Ön kol rekonstrüksiyonu	2	2	1	D:1 T:1
11	44	E	ALT	Maksilla rekonstrüksiyonu	4	4	3	D:2 T:3
12	27	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	5	5	4	D:3 T:4
13	47	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	0	2	1	D:0 T:1
14	25	E	ALT	Alt ekstremite rekonstrüksiyonu	3	3	3	D:3 T:3
15	24	E	ALT	Ön kol rekonstrüksiyonu	2	3	3	D:2 T:3
16	39	K	DİEP	Meme rekonstrüksiyonu	10	10	6	D:6 T:6
17	54	K	DİEP	Meme rekonstrüksiyonu	9	5	4	D:4 T:4
18	42	K	DİEP	Meme rekonstrüksiyonu	0	4	4	D:0 T:4
19	56	K	DİEP	Meme rekonstrüksiyonu	8	7	5	D:4 T:5
20	32	K	DİEP	Meme rekonstrüksiyonu	12	7	6	D:5 T:5

*ALT: Anterolateral uyluk flebi DIEP: Derin epigastrik arter perforatör flebi *: El doppleri ile duyulan perforatör sayısı **: Termal kamera ile saptanan perforatör sayısı ***: İntraoperatif eksplorasyonda saptanan perforatör sayısı ****: D- Doppler ile uyuşan perforatör sayısı / T- Termal kamera ile uyuşan perforatör sayısı*

SB-085

İnce Süperfisyal Sirkumfleks Arter Perforatör(SCIP) Flebi ile Lenfatik Akım Restorasyonu ve Ekstremite Rekonstrüksiyonu

Ahmet Hamdi Sakarya

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

Giriş: Ekstremite defektlerinin onarımında yüzeyel fasya üzerinden kaldırılan ince süperfisyal sirkumfleks arter perforatör (SCIP) flepleri ince yapısıyla rekonstrüksiyonda sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Anatomik olarak SCIP flebi varyasyonun nadir ve ağ yapısının belirli olduğu yoğun bir lenfatik ağın üzerinde bulunmaktadır. Yamamoto ve ark. ekstremite rekonstrüksiyonlarında lenfatik kanalların aksiyalitesinin replantasyon olgularında doğal olarak sağlandığı için daha az lenfödem ile seyrettiğini ve fleplerde de bunun uygulanarak gerek ekstremite ödeminin gerekse de flep içi ödemin engellenerek 'trapdoor' deformitesinin önlenmesinde avantajlı olduğunu öne sürmüştür. Lenfatik aksiyalite göz önünde bulundurularak yapılan fleplerle rekonstrüksiyon sonrası lenfanjiogenez ile flep ve alıcı saha arasındaki lenfatik kanal devamlılığının sağlandığı gösterilmiştir. Bu çalışmada amaç, popülerize olmamış bu yöntemle rekonstrükte edilen vakalarda ekstremite ve flep ödeminin tespit edilmesi ve lenfatik aksiyalitenin gösterilmesidir.

Materyal-Metod: Yazar tarafından 2018-2022 yılları arasında ekstremite defektlerine yönelik lenfatik aksiyalite dikkate alınarak yapılan SCIP flepleri retrospektif olarak incelendi. Lenfatik akım restorasyonu dikkat edilmeyen SCIP flepleri çalışmaya dahil edilmedi. Demografik özellikler, defekt özellikleri, flep inset aksı not edildi. Intraoperatif ve postoperatif fotoğraflar incelendi. Tüm operasyonlar yazar tarafından gerçekleştirildi. Peroperatif olarak indosiyanin yeşili (ICG) ile işaretlenen ekstremite ve flep donör sahası lenfatik haritalaması çıkarıldı. Flep insetleri bu haritaya uygun şekilde gerçekleştirildi. Hastalar flep ödemi değerlendirilmesi için kontrole çağrıldı. Fleplerde gode bırakan ödem varlığı ve alıcı saha ile flep arasındaki yükseklik farkı not edildi.

Bulgular: Toplam 8 hastaya (6 erkek, 2 kadın) lenfatik akım restorasyonu ile birlikte defekte yönelik SCIP flebi ile rekonstrüksiyon sağlandı. Hastaların yaş ortalaması 24'tü (4-46). 6 hastaya serbest ince SCIP uygulanırken, 2 hastaya pediküllü SCIP flebi uygulandı. 6 hastada defekt sebebi travma iken, 2 hastada kontraktür açılması sebepliydi. 5 hastada defekt el bölgesindeyken, 1 hastada ayak dorsumunda, 2 hastada ise önkol ve koldaydı. Flep başarısı %100'dü. 1 hastada erken dönemde harekete bağlı ven avulziyonu oldu ve ven grefti ile onarım sağlanarak flep kurtarıldı. Postoperatif 2. ay ve sonraki kontrollerinde hiçbir hastanın flebinde gode bırakan ödem saptanmadı. Flep ve alıcı saha cildi arasındaki yükseklik farkı intraoperatif inset ile uyumlu olarak tüm hastalarda eşit seviyede veya daha alçak saptandı. 2 hastanın postoperatif ICG görüntülemesinde flep içi lenfatik akımın sağlandığı görüldü.

Sonuç: Lenfatik aksiyalite konsepti uygulandığında ince SCIP flepleri ile ekstremite defekt rekonstrüksiyonu sonrası flep ile alıcı saha arasında lenfatik akım tekrar sağlanabilmektedir. Ekstremite ve flep içi ödemin daha az görülmesi lenfatik akım restorasyonu ile açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: ICG, Lenfatik akım rekonstrüksiyonu, Lenfatik aksiyalite, Lenfödem, SCIP

Lenfatik akıma uygun intraoperatif inset

SB-086

Fasiyal Sinir Arazına Uğratılan Sıçanlarda, İnsan Göbek Kordonu Kökenli Mezenkimal Kök Hücre ve Amniyotik Membran Uygulamalarının, Sinir Rejenerasyonu Üzerine Etkilerinin Davranış Modellerine Göre Değerlendirilmesi ve Histolojik Olarak İncelenmesi

Tevfik Balıkçı[1], Perçin Karakol[2], Mehmet Bozkurt[1]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim

Amaç: Periferik sinir hasarları; çeşitli yaralanmalar sonrasında oldukça sık görülen ve uygulanan tedaviye rağmen genellikle yetersiz fonksiyonel geri dönüş, progresif kas erimesi ile sonuçlanarak devamında kalıcı psikolojik sorunlarla sonuçlanan çarpıcı tablolardır. Son yıllardaki süreçte, periferik sinir onarımları için cerrahi tekniklere alternatif yöntemler tanımlanmaya başlanmıştır. Kök hücrelerin indüklendiği farklı hücrelere sınırsız zaman diliminde dönüşebilme yeteneklerinin bulunması onları moleküler biyoloji ve biyomühendislik alanında ilgi konusu haline getirmekte ve kök hücreler üzerinde yapılan araştırma modalitelerinin rekonstrüktif cerrahide kullanılmasını olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada, deneysel fasiyal sinir yaralanmasında insan göbek kordonu ve amniyotik mebran kaynaklı mezenkimal kök hücre uygulamasının, periferik sinir rejenerasyonu üzerine etkisinin saptanması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Deney hayvanları her grupta 6 denek (n:6) olacak şekilde, Wistar grubu sıçanlar seçilerek tasarlandı: 1.grup hariç ratların sağ fasiyal sinirinde yaklaşık 0,5mm'lik defektler oluşturulup, 2.grupta sinir rekonstrükte edilmeden bırakıldı, 3.-4.-5. ve 6. grupta primer cerrahi onarım uygulandı. 4. gruba amniyotik mebran kaynaklı, 5.gruba insan göbek kordonu kaynaklı, 6.gruba ise her iki kaynağı içeren kök hücre uygulaması yapıldı. Fonksiyonel geri dönüş "Nesnenin Dokusunu Ayırt Etme Testi" ve "Nesnenin Konumunun Belirlenmesi Testi" ile değerlendirildi. Postoperatif 10.haftada fasiyal sinirden alınan kesitler histomorfoloik olarak incelendi.

Bulgular: Davranış deneylerinden sağlanan kronometrik veriler ve sakrifikasyon sonrası deneklerden alınan

doku örneklerine yapılan histomorfometrik incelemerle; insan göbek kordonu kaynaklı (UKKH) uygulamasının rejenerasyon sonrası yeni akson üretimi ve myelin formasyonunu destekler şekilde kaydedildi.

Sonuç: Çalışma sonunda yapılan biyokimyasal inceleme, histopatolojik görüntülemeler ve diğer fonksiyonel analizler; insan UKKH uygulamasının periferik sinir rejenerasyonunu olumlu yönde etkilediğini, UKKH'in sinirsel farklılaşması sonrası nörotrofik faktörlerin salınımının direk veya dolaylı olarak artırmasının da bu sonuca varılmasına yardımcı olduğunu gösterdi. Bu çalışmanın gelecekte UKKH uygulamalarının periferik sinir iyileşmesi üstündeki yadsınamaz etkilerinin klinikte profesyonelce kullanılabilmesi adına yapılabilecek pek çok araştırma için basamak teşkil edebilceği düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Periferik Sinir, Rejenerasyon, İnsan Göbek Kordonu Kaynaklı Mezenkimal Kök Hücre, Amniyotik membran

SB-087
İlerlemiş Mandibular Ameloblastom Olgularında Tedavi ve Rekonstrüksiyon Tecrübelerimiz

Melih Çakaroğlu, Mehmet Ali Yıldırım, Murat Enes Sağlam, Furkan Yıldırım, Tibet Kaan Uysal, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Ameloblastoma, çenenin odontojenik bir tümörüdür. Tüm oral tümörlerin ise %1'ini oluşturmakla beraber mandibular rekonstrüksiyon olgularında sıkça karşılaşılan önemli bir etyolojik sebeptir. Genellikle iyi huylu, lokal agresif ve rekürrens eğilimi yüksektir. Malign ameloblastoma olguların litaratürde tüm ameloblastom olguları içerisinde %1 den daha az yer tutmaktadır.

Ameloblastom olguları çoğunlukla asemptomatik seyretmekte ve radyolojik görüntülemelerde insidental olarak saptanmaktadır. Fakat ilerlemiş ameloblastom olguları yüzde şişliğe, fasiyal asimetriye, diş kaybına, parestezilere, ağız içinde kronik iltihabi akıntıya, periodontal hastalığa, oklüzyonda değişikliğe sebep olabilmektedir.

Mandibulanın iyi ve kötü huylu tümörlerinin rezeksiyonu sonrası hem biçim hem de fonksiyonel olarak oluşan eksikliklerin rekonstrüksiyonu fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar alınması açısından çok önemli bir basamaktır.

Amaç: Bu sözlü bildirinin amacı ise 2019 – 2022 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 9 ilerlemiş mandibular amelobastom olgusunun serbest fibula ve iliak kemik grefti ile rekonstrüksiyonları sonucunda edindiğimiz klinik tecrübeyi paylaşmak ve deneyimimizi sunmaktır.

Materyal ve Metod: Kliniğimizde 2019-2022 yılları arasında segmenter mandibula rezeksiyonu gerektiren ilerlemiş mandibular tümör sebebi ile 9 hasta operasyona alınmış Rezeksiyon sonrası defekt 3.2 – 12 cm arasındadır. 7 hastanın rekonstrüksiyonu serbest fibula flebi ile 2 hastanın rekonstruksiyonu ise iliak kemik grefti ile sağlanmıştır. Tüm hastaların patoloji sonucu ameloblastoma olarak raporlanmış ve benign olarak değerlendirilmiştir.

Vaka 1: 24 yaşında erkek hasta yüzünün sol tarafında şişliği fakettikten sonra farklı şehirlerdeki birçok plastik cerrahi kliniğine başvurmuş. Bazı kliniklerin ileri merkeze yönlendirmesi ve bazı kliniklerinde covid pandemisi sebebi ile yaklaşık ilk şikayetinin üzerinde 1.5 sene geçtikten sonra kliniğimiz polikliniğine başvurmuştur. Kontrastlı maksillofasiyal BT sonrası mandibula sol taraf subkondil seviyesinden sol parasymphisis seviyesine kadar mandibula kemiğini dekstrükte eden 16 x 12 x 10 cm ameloblastoma ön tanısı ile opere edilmek üzere kliniğimize yatışı yapılmıştır.

Mandibuladaki kitlenin rezeksiyonu için modifiye blair (facelift insizyonu) submandibular cilt insizyonu ile birleştirilmiş sonrasında fasiyal sinir korunarak mandibulaya ulaşılarak kitlenin bütün olarak rezeksiyonu sağlanmıştır. Eş zamanlı rekonstrüksiyonu sağlanması için ise Serbest Fibula Flebi operasyon öncesi BT görüntülerinden yola çıkılarak operasyon öncesi sterilizasyonu sağlanan kılavuz olarak hazırlanan rekonstrüksiyon plağına uyacak şekilde toplam 3 parçaya ayrılmış, angulus ve parasymphisis açılarının taklit edilmesi amacıyla iki farklı açı verilmiştir. Flep başarılı bir şekilde alıcı sahaya transfer edilmiş, rekonstrüksiyon sağlanmıştır. Post op takiplerinde minor ya da major komplikasyon yaşanmamıştır.

Sonuç: Operasyonlar sonucu tüm fleplerin başarılı bir şekilde nakli sağlanarak mandibula rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Anastomoz revizyon ihtiyacı oluşmamıştır. hastalarda kısa dönem komplikasyon olarak 2 hastanın alıcı sahasındaki hematom sebebiyle yeniden operasyona alınmıştır. Bunun dışında komplikasyon görülmemiştir. Uzun ve kısa dönem takipte donor saha komplikasyonu olmamıştır. Hastaların poliklinik takiplerinde nüks görülmemiştir.

Kaynakça:

1. Torres-Lagares D, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, et al: Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and a presentation of six cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 10:231, 2005
2. Chaine A, Pitak-Arnnop P, Dhanuthai K, et al: A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5-Year experiences in a Paris university hospital. Eur J Surg

Oncol 35:999, 2009

3. Hertog D, van der Waal I: Ameloblastoma of the jaws: A critical reappraisal based on a 40-years single institution experience. Oral Oncol 46:61, 2010
4. Fregnani ER, da Cruz Perez DE, de Almeida OP, et al: Clinicopathological study and treatment outcomes of 121 cases of ameloblastomas. Int J Oral Maxillofac Surg 39:145, 2010

Anahtar Kelimeler: Ameloblastoma, Fibular Flap, Mandibula Rekonstrüksiyonu, Serbest Doku Nakli

Hasta Bilgileri

Yaş	Cinsiyet	Lokasyon	Defekt Boyutu	Histoloji	Takip Süresi
24	E	Sol Hemimandibula	12 cm	Ameloblastom	2 yıl
17	K	Sağ Angulus - TME	8.5 cm	Ameloblastom	1 Ay
28	K	Sağ Parasymphis-Corpus	5.8 cm	Ameloblastom	1 Ay
22	K	Sağ Angulus	4.7 cm	Ameloblastom	1 Yıl
34	E	Sağ Parasymphisis	3.9 cm	Ameloblastom	6 AY
12	E	Sağ Parasymphisis	3.2 cm	Ameloblastom	6 ay
57	K	Sağ Parasymphisis- Corpus	5.4 cm	Ameloblastom	1 yıl
44	E	Sağ Parasymphis-Corpus	6 cm	Ameloblastom	6 Ay
30	E	Sol Angulus	6.6 cm	Ameloblastom	1 Ay

Vaka 1

İlerlemiş Mandibular Ameloblastom Vaka 1 Preop - Postop(6.ay)

SB-088

Yüksek Voltajlı Elektrik Yanıklarında Serbest Mikrovasküler Doku Transferleri Tek Merkez Deneyimi

Burak Özkan, Süleyman Savran, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Lokorejyonel flep seçeneklerinin uygulanamadığı geniş defektlerde serbest mikrovasküler doku transferi tek aşamada fazla doku imkanı sağlayabilir. Bu nedenle serbest flepler, nörovasküler yapı ve kemik yapıları ortaya çıktığında yanık rekonstrüksiyonunda önemli bir rekonstrüktif seçenek olmuştur. Bu sofistike teknik yanık dışı travmalar dışında cerrahi deneyim ve yanık fizyolojisi konusuna hakim olmayı gerektirir. Bu çalışmada, yanıkta serbest flep ile rekonstrüksiyon konusundaki tecrübemizi paylaşacağız.

Gereç ve Yöntem: 2017 ve 2021 yılları arasında 20 yanık hastasında yapılan 26 serbest flep çalışmaya dahil edildi. 12 hastada 15 flep yanık travmasının erken aşamasında (Travmanın ilk 21 gününde) yapıldı. Fleplerin %60 ı cilt flebi (anterior lateral uyluk, radial önkol, SCIP, paraskapüler), fleplerin % 20 si kas-deri flebi (latissimus dorsi, vastus lateralis), %10' u fasya flebi (temporal fasya, serratus anterior), %10 u saf kas flebiydi (gracilis, latissimus dorsi).

Sonuçlar: Erken aşamada yapılan fleplerden 3 tanesi ve geç aşamada yapılan fleplerden 1 tanesi kaybedildi. Flep kaybının etiyolojisi 3 olguda venöz yetmezlik ve 1 olguda hematom oluşumuna bağlı arter tıkanıklığı idi. Nekrotik fleplerin debridmanı, demarkasyon oluşumu oturana kadar ve flep altı granülasyon oluşumuna kadar ertelendi.

Bu fleplerin debridmanını takiben deri greftleri uygulandı. Diğer flepler tamamen hayatta kaldı ve herhangi bir kontraktür veya defekt nüksüne rastlanmadı.

Çözüm: Serbest flepler rekonstrüktif merdiveni rekonstrüktif asansöre çevirmiş olsa da elektrik yanıklarının kendine has zorlukları vardır. Bunlar; güveni alıcı damar seviyesinin tahmin edilememesi, progresif doku nekrozu, hastalardaki tromboza yatkınlık, hemodinamik dengesizlikler, sedatize hastada pozisyon vermedeki zorluklardır. Serbest flep ameliyatları elektrik yanıklarında hastanede kalış süresini dramatik azaltmış olmakla birlikte, hastaların operasyona uygunluğu iyi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: serbest flep, yüksek voltajlı elektrik yanığı, rekonstrüktif mikrocerrahi

Resim 1

Elektrik yanıklarında yaptığımız serbest fleplere örnekler

SB-089

Eldeki Küçük Doku Defektlerinde Serbest Flep ile Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Cansu Yalçın, Safa Manav, Ahmet Kaplan, Ergin Seven, Sebat Karamürsel

Sağlık bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Travmatik el yaralanmaları acile başvuruların 6,6-28,6% 'sını kapsamaktadır. Primer onarımı yapılamayan kompleks yaralanmalar daha ileri rekonstrüksif cerrahi gerektirmektedir. Deri ve yumuşak doku defekti birlikte olan travmatik yaralanmaların rekonstrüksiyonu her zaman tartışmalıdır ve birçok farklı yaklaşım bulunmaktadır. Optimal rekonstrüktif tedavi basit ve güvenilir olmalı, yeterli fonksiyona izin vermelidir. Lokal ve rejyonel deri flepleri hızlı ve kolay kullanım için çok uygundur ancak eklem sertliği, donör ve alıcı parmaklarda büyük skarlar gibi bazı dezavantajlar içerirler.

Serbest flep, defektin rekonstrüktif ihtiyaçlarına göre kompozit yumuşak doku birimlerinin tek aşamalı transferidir. Mikrocerrahi ile serbest doku transferleri; elin yumuşak doku rekonstrüksiyonunda lokal, rejyonel veya pediküllü fleplerin yetersiz olduğu durumlarda altın standart yöntem olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışmamızda, eldeki küçük ve orta büyüklükteki doku defekti rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek DUAP, SPBRA, MSAP ve MPAP serbest flepleri ile ilgili deneyimlerimiz paylaşılmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: 2020-2022 yılları içerisinde SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği bünyesinde 8 DUAP, 8 MPAP, 6 SPBRA ve 4 MSAP flep ile elde küçük ve orta büyüklükte doku defekti olan 26 hasta opere edilmiştir. Ameliyat süresi, fleplerin sağkalımı, işe dönüş süresi ve donör/alıcı bölgelerin kozmetik görünümü değerlendirilmiştir.

Sonuç: Serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastalar 14 gün taburcu edilmeden günlük takip edildi. Taburculuk sonrası ortalama takip süresi 12 aydı. MPAP flepler için tam cerrahi prosedürün ortalama süresi, diğer fleplerinkinden belirgin şekilde daha kısaydı. Operasyonun ortalama süresi DUAP fleplerde daha uzun görüldü. MPAP ve MSAP fleplerinin sağkalımında belirgin fark görülmedi. Buna karşın DUAP ve SPBRA fleplerin postoperatif dönemde venöz yetmezlik oranının daha fazla olduğu görüldü. Venöz yetmezlik izlenen bu küçük fleplerde hirudoterapi uygulanarak flep sağkalımı sağlandı. Donör alan morbiditesi en fazla MPAP fleplerde izlendi. Donör alanlar, en çok SBPRA fleplerde primer onarıldı. Primer onarım mümkün olmayan donör alanlar tam kalınlıkta cilt greftleri ile onarıldı.

MPAP flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastaların donör alanlarında skar hipersensitivitesine bağlı olarak daha geç dönemde mobilizasyon görüldü. SBPRA ve DUAP fleplerin aynı ekstremiteden elde edildiği için mobilizasyon erken dönemde sağlandı. Parsiyel nekroz görülen flepler debride edilip cilt greftleri ile son onarımları yapıldı. Total nekroz izlenen fleplerde, parmak uçları debride edilerek parmaklar güdük onarıldı.

El fonksiyonunu korumak amacıyla kullandığımız bu serbest flepler, uzun dönemde en iyi sonuçları sağlamıştır. Donör alan morbitesi az olan küçük flepler, mikrocerrahi deneyimi olan kliniklerde öncelikli yöntem olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: el rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi, serbest flep

DUAP Serbest Flebi ile İki parmak ucunun doku defektinin tek flep ile onarımı

SB-090

Lokal ve Sistemik Dimetilsülfoksitin(DMSO) Sinir İyileşmesi Üzerine Etkileri: Kontrollü Randomize Deneysel Çalışma

Elif Şanlı[1], Güngör Çağdaş Dinçel[2], Ebru Umay[3]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Aksaray Üniversitesi, Eskil Meslek Yüksekokulu, Laboratuvar ve Veterinerlik Bilimleri
[3]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Giriş: Bu çalışmada lokal ve sistemik dimetilsülfoksitin (DMSO) periferik sinir iyileşmesi üzerine olan muhtemel olumlu etkilerini araştırmayı planladık.

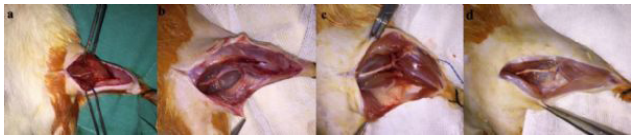
Yöntem-Gereçler: Toplam 70 sıçan kontrol (10 sıçan), sham (20 sıçan), DMSO-L (dimetilsülfoksit lokal-20 sıçan) ve DMSO-İP (dimetilsülfoksit intraperitoneal- 20 sıçan) adı altında dört gruba ayrıldı. Kontrol grubu dışındaki tüm gruplarda sıçanların sağ siyatik sinirine literatürde tanımlanmış deneysel modele göre sinir onarımı yapıldı. DMSO-L ve DMSO-İP gruplarındaki sıçanlara 12 hafta boyunca sırasıyla lokal ve intraperitoneal olarak DMSO uygulandı. Diğer gruplardaki sıçanlara ise hiçbir ajan verilmedi. Kontrol grubu hariç her bir gruptaki hayvanların yarısı 4. haftada, diğer yarısı ise 12. haftada gerekli testlerden sonra sakrifiye edildi ve sıçanlardan sinir örnekleri alındı. Kontrol grubu ise 4. haftada sakrifiye edildi. Sinir iyileşmesi hem 4. hafta hem de 12. hafta sonunda davranışsal, elektrofizyolojik, histopatolojik ve immünohistokimyasal testlerle ölçüldü.

Bulgular: S-100 ekspresyon sonuçları haricinde elde edilen tüm immünohistokimyasal ve histopatolojik sonuçlar DMSO' nun periferik sinir iyileşmesi üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Fonksiyonel sinir iyileşmesinin DMSO-L grubunda DMSO-İP grubuna göre oldukça belirgin olduğu tespit edilmiştir. Makroskopik iyileşme skorlarına göz atıldığında ise DMSO-L grubundaki rejenerasyon alanlarının DMSO-İP grubundaki alanlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmamızın sonuçlarına göre DMSO' nun periferik sinir iyileşmesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. DMSO' nun lokal kullanımının sistemik kullanımına göre daha güvenli, pratik ve hızlı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dimetilsülfoksit, DMSO, Nörotmezis, Periferik sinir yaralanması, Sinir

Resim 1



(a) Deneysel araştırmamızda sıçanların sağ siyatik siniri dorsal gluteal splitting metoduyla ortaya kondu. Trifurkasyon noktasından 1 cm proksimalde sinir kesildi ve 9/0 sütür ile epinöral onarım uygulandı. (b) 12. hafta sonunda sham grubundaki makroskobik görüntüde çevre dokulardaki adezyon izlenmektedir. (c) 12. hafta sonunda DMSO-İP grubundaki makroskobik görüntüde sham grubuna göre daha düzgün, çevre dokulara adezyonun daha az olduğu bir iyileşme alanı izlenmektedir. (d) 12. hafta sonunda DMSO-L grubundaki sinir iyileşmesinin ise diğer tüm deney gruplarına göre çok daha düzenli olduğu görülmektedir.

SB-091

Ayak ve Ayak Bileği Rekonstrüksiyonunda Pediküllü ve Serbest Flep Seçeneklerinin Karşılaştırmalı Analizi

Sare Demirtaş[1], Ahmet Rıfat Doğramacı[1], Gökçe Yıldıran[1], Mustafa Sütçü[1], Osman Akdağ[2], Zekeriya Tosun[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, KONYA
[2]Serbest Hekimlik

Giriş: Ayak ve ayak bileği kompleks yumuşak doku yaralanmaları; travma, tümör, kronik enfeksiyon/yara veya yanık nedeniyle meydana gelebilmektedir. Bu yaralanmalara kemik kırıkları ve tendon hasarları da eşlik edebilmektedir.Bu alanlardaki kompleks yumuşak doku defektleri için greftler, pediküllü flepler ve serbest flepler gibi rekonstrüksiyon seçenekleri mevcuttur.Flep ile rekonstrüksiyon, ayak ve ayak bileği rekonstrüksiyonunda greftler ile kıyaslandığında öncelikli seçenek olarak kabul edilmektedir.Bu çalışmanın amacı alt ekstremite distal 1/3 rekonstrüksiyonunda kullanılan pediküllü ve serbest fleplerin fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: 2016-2021 yılları arasında ayak ve ayak bileği rekonstrüksiyonu yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Pediküllü flep ve serbest flep yapılan ve tüm kayıtlarına ulaşılabilen toplam 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Alt ekstremite orta 1/3 bölgesine uzanan defektleri olan ve rekonstrüksiyonu pediküllü veya serbest flep dışındaki bir seçenekle yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar Alt Ekstremite Fonksiyonel Skalası, Görsel Analog Skoru(istirahat halinde ve egzersiz sırasında), duyu geri dönüşü, ayakkabı giyebilme, yürümek için baston/koltuk değneği kullanma, postoperatif komplikasyonlar, ikincil cerrahiye ihtiyaç duyma açısından değerlendirildi. Verilerin analizi SPSS Versiyon 22.0(SPSS Inc, Chicago, IL)programı aracılığıyla yapıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: On altı hastaya serbest flep ile, 10 hastaya pediküllü flep ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi.Hastaların ortalama yaşı 49(17-73) olarak bulundu. 18 hasta travma nedeniyle opere edilirken, 8 hasta yanık ve kronik yara nedeniyle opere edildi. Serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastalara 10 serbest ALT(anterolateral uyluk) flebi, 2 serbest kasık flebi, 2 gracilis kas flebi, 1 torakodorsal arter bazlı kimerik flep, 1 SCIP(süperfisyel sirkümfleks iliak arter perforatör) flep yapıldığı kaydedildi. Defektleri pediküllü flep ile onarılan hastaların 4üne sural arter flebi, 2sine peroneal arter perforatör flebi, 2sine lokal rotasyon flebi, 1ine lokal adipofasyal flep ve 1ine medial plantar arter perforatör flebi uygulanmıştı.

Serbest flep yapılan hastalarda alt ekstremite fonksiyonel skala puanı ortalaması 35, pediküllü flep rekonstrüksiyonu yapılan hastaların ise 61 olarak kaydedilirken iki grubun alt ekstremite fonksiyonel skalaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü($p<0.05$). Görsel analog skoru ortalama değerleri kıyaslandığında istirahat halinde iki grup arasında anlamlı fark görülmezken($p>0.05$), egzersiz sırasında serbest flep yapılan hastaların pediküllü flep yapılan hastalarla kıyaslandığında hissettiği ağrının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü($p<0.05$). Serbest flep grubunda 4 hastanın pediküllü flep grubunda ise 1 hastanın ayakkabı giyemediği öğrenildi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Serbest flep grubunda 5, pediküllü flep grubunda 3 hastanın yürürken baston veya koltuk değneği ihtiyacı olduğu görüldü. Bu hastaların tümüne yumuşak doku onarımının yanında kemik onarımının da yapılmış olduğu bulundu, tümünde kemik iyileşmesi tamamlanmıştı. Hiçbir flep operasyonu sırasında sinir koaptasyonu yapılmamış olmasına rağmen her iki gruptaki hastaların ortalama postoperatif 1 yıllık takip sürecinde flep yapılan bölgede duyu geri dönüşünün mevcut olduğu görüldü.

Tartışma: Güncel bilgiler ışığında alt ekstremite distal 1/3 bölgesindeki defektlerin rekonstrüksiyonu için en sık kullanılan ve standart kabul edilen rekonstrüksiyon seçeneği serbest doku transferidir. Ancak son yıllarda perforatör flep kavramının da yaygınlaşmasıyla, küçük ve orta boyuttaki defektlerde pediküllü flepler serbest fleplere göre; operasyon sürelerinin kısalması, donör alan morbiditesinin az olması, alıcı alan ile benzer doku özellikleri taşıması özellikleri bakımından alt ekstremite distal 1/3 defektlerinin rekonstrüksiyonunda serbest fleplere alternatif olmaktadır.(1)

Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sinir koaptasyonu yapılmayan fasyokütan fleplerdeki duyu geri dönüşünün sinir koaptasyonu yapılmayan kas fleplerindeki duyu geri dönüşüne göre daha iyi olduğu görülmüştür(2). Hong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise duyu geri dönüşünün flep kalınlığına bağlı olduğu, ince fleplerde duyu geri dönüşünün daha hızlı olduğu bildirilmiştir(3). Bu çalışmada fleplerin kalınlıkları ve duyu geri dönüş süreleri araştırılmamıştır ancak sinir koaptasyonu yapılmamasına rağmen defekti pediküllü veya serbest fleplerle onarılan toplam 22 hastada duyu geri dönüşünün mevcut olduğu görülmüştür.

Ayak ve ayak bileğinin, vücudun tüm yükünü taşıması ve yürüme fonksiyonunu gerçekleştirmesi nedeniyle rekonstrüksiyonu kritik öneme sahiptir. Çalışmada ayakkabı giyebilen hastalar kişiye özel tasarlanan ayakkabı ihtiyacı duymuyordu. Maliyet-etkin olmayan ve özel tasarlanan ortopedik ayakkabılar yeterince esnek olmayabilir; bununla birlikte flep atrofisi sonrası ülserasyona neden olabilir. Yürürken yardımcı araç (baston/koltuk değneği) kullanan hastaların kemik kırığının eşlik ettiği hastalar oldukları görülmüş ve kemik kırığı eşlik eden hastaların tamamında kırık iyileşmesinin tamamlandığı öğrenilmiştir. Kırık iyileşmesi tamamlanmış olmasına rağmen baston kullanmayı bırakmamaları ilk yaralanmalarının kompleks defektler olmasına ve fizik tedavi sürecinin tamamlanmamış olmasına bağlandı. Ancak çalışma sonunda elde edilen verilere göre her iki gruptaki kalan tüm hastalarda ayağın yürüme fonksiyonunun sorunsuz bir şekilde geri kazanılmıştı.

Görsel analog skoru sonuçlarına göre serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastalar pediküllü fleplere göre egzersiz sırasında daha fazla ağrı tariflemişlerdir ve sonuçlar anlamlı çıkmıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında serbest flep yapılan hastaların donör alanda daha fazla yumuşak doku hasarı oluşmasının etkisi olabileceği düşünülmüştür.

Struckmann ve arkadaşlarının da literatürde yaptığı bir benzer çalışmada, bu çalışma ile benzer olarak görsel analog skala skorlarının egzersiz sırasında anlamlı derecede pediküllü ve serbest flep yapılan hastalar arasında farklı olduğu, ancak iki grubun alt ekstremite fonksiyonel skala puanları arasında fark olmadığı raporlanmıştır(4). Bu çalışmada farklı olarak alt ekstremite fonksiyonel skala puanları da pediküllü flep hastalarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.Bu da flep seçimini etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte mümkünse hastaların postoperatif hayat kalitesi ve fonksiyonel geri dönüşleri bakımından pediküllü fleplerin serbest fleplere alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları, örneklem sayısının az olması ve grubun uygulanan flep seçenekleri bakımından heterojen olması ve bu nedenle alt gruplar arasında kıyas yapılamamasıdır. Bu nedenle tek bir flep seçeneğinin diğerine üstünlüğü konusunda yorum yapılamamıştır.

Sonuç: Ayak ve ayak bileği rekonstrüksiyonunda fonksiyonel sonuçlar flep tipi ve transfer tekniğine bağlı değildir. Bu çalışmanın sonuçları ışığında flep seçiminde öncelikle dikkat edilecek belirleyici hususlar; hastanın kişisel ihtiyaçları, yaralanmanın şiddeti ve eşlik eden kemik kırığı varlığı olmalıdır.Ayağın fonksiyonel özelliklerini geri kazanması açısından en kolay ve güvenli yolun hastaya özel seçilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kaynakça:

1. Burusapat, C.Perforator Flap Reconstruction for the Distal Third of Lower Extremity Defects:Clinical Application and Guideline Recommendation.The International Journal of Lower Extremity Wounds,18(4),376–388,2019.
2. Hong JP, Kim EK.Sole reconstruction using anterolateral thigh perforator free flaps.a.Plast Reconstruct Surg 119:186–193,2007.
3. Sonmez A, Bayramicli M, Sonmez B, Numanoglu A.Reconstruction of the weight-bearing surface of the foot with nonneurosensory free flaps.Plast Reconstr Surg 111:2230-2236,2003.
4. Struckmann, V., Hirche, C., Struckmann, F., Kolios, L., Lehnhardt,M., Kneser, U.,& Daigeler, A.Free and pedicled flaps for reconstruction of the weightbearing sole of the foot:a comparative analysis of functional results.The Journal of foot and ankle surgery:official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons,53(6),727–734,2014.

Anahtar Kelimeler: Ayak ve Ayak Bileği Rekonstrüksiyonu, Pediküllü Flep, Serbest Flep

SB-092

Pyojenik Granülomanın tedavisinde gümüş nitrat ve cerrahi eksizyonun etkinliklerinin karşılaştırılması: Randomize Klinik Çalışma

Murat Çelik, Murat Kara, Aydın Görkem Özdemir, Yiğit Can Bulut, Muzaffer Çaydere, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Lobüler kapiller hemanjiyom (LCH) olarak da bilinen piyojenik granülom (PG), kapiller proliferasyon ile karakterize iyi huylu bir vasküler neoplazidir. Vücudun kutanöz, mukozal ve nadiren deri altı bölgelerinde görülebilir. Kutanöz PG, senil veya saplı bir görünüme sahip kırmızı ila mor papüler lezyon olarak ortaya çıkar. Tedavisiz gerileme olasılığı olsa da genellikle lezyonun kanamaya meyilli olması ve görünümü kötü olduğu için hastalar tedavi olmak isterler.

Literatürde çeşitli tedavi stratejileri tanımlanmıştır. Cerrahi eksizyon, shave eksizyon ve koterizasyon kombinasyonu, karbondioksit lazer ablasyonu, sıvı nitrojen ile kriyoterapi ve lazer tedavisi gibi birçok müdahale tedavi seçeneği olarak kullanılmıştır. Konvansiyonel cerrahi eksizyon, genellikle altın standart tedavi stratejisi olarak kabul edilse de, skar, maliyet, ameliyat süresi ve cerrahi komplikasyon olasılığı gibi dezavantajları vardır.

Bu tedavi stratejilerinden biri olan gümüş nitrat (GN) ile koterizasyon küçük vaka serileri olarak literatürde tanımlanmıştır. Bu basit, hızlı ve ucuz yöntemin PG lezyonunun tedavisinde kullanımı başarıyla gösterilmiştir. PG tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem olan shave eksizyonu, genellikle farklı yöntemlerle kombine edilen bir tedavi yöntemidir. Shave eksizyon ve gümüş nitrat tedavisinin kombinasyonunun PG tedavisi sayesinde, doku örnekleme ihtiyacı, skar, maliyet, nüks ve operasyon süresi gibi sorunların aşılacağını düşünüyoruz. Shave eksizyon gümüş nitrat kombinasyon tedavisinin etkinliğinin cerrahi eksizyona kıyasla gösterildiği iki kollu, açık etiketli, prospektif, randomize bir çalışma sunuyoruz.

Yöntem ve Gereç: ... Hastanesi'ne başvuran ve Kasım 2021 ile Ocak 2022 arasındaki üç aylık dönemde kutanöz ve ya mukozal PG lezyonu olan tüm hastalar prospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tamamı altı ay boyunca takip edilmiştir. Dahil edilme kriterleri, çapı 1 mm ile 15 mm arasında olan PG lezyonları olan hastalar olarak tanımlanmıştır. Dışlama kriterleri olarak, malignite şüphesi, devam eden gebelik, takiplere ve ek müdahalelere katılmama ve farklı biyopsi sonuçları belirlenmiştir.

Hastalar uygun randomizasyon sonrasında: A Grubu (Shave eksizyon+GN koterizasyonu) ve B grubu(Cerrahi eksizyon) olarak belirlenmiştir.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, etiyolojisi, lezyonun; anatomik yerleşimi, lezyon çapı(küçük lezyon: <=5mm, büyük lezyon: >5mm), ortaya çıkış süresi ilk başvuru sırasında kaydedilmiştir. Kontrol sayıları, ek müdahaleler, girişim süreleri, takip süreleri, toplam maliyet ve histopatolojileri kaydedilmiştir.

Tedavilerin başarı noktaları olarak nüks olmaması, skar ölçekleri ve hastaların konfor ve memnuniyet ölçekleri olarak belirlenmiştir.

Shave eksizyon + GN kombinasyon grubundaki hastalara lokal anestezi sonrası shave eksizyon ve GN ile koterizasyon uygulanmıştır. Hastalar uygun pansuman sonrası ilk hafta kontrole çağrılmıştır. İlk hafta kontrolünde lezyon tamamen gerilemediğinde lezyon tamamen gerileyene kadar birer hafta ara ile ek gümüş nitrat tedavisi planlanmıştır. Lezyon tamamen kaybolunca tedavi protokolü sonlandırılmıştır.

Cerrahi eksizyon grubundaki hastalara lokal anestezi sonrası konvansiyonel cerrahi eksizyon ve lineer kapama uygulanmıştır. Uygun pansuman yapıldıktan sonra hastalar birinci ve ikinci haftalarda kontrole çağrılmıştır. Bu dönemde karşılaşılan komplikasyonlar uygun şekilde tedavi edilmiştir. İkinci hafta kontrolünde herhangi bir komplikasyon görülmediyse dikişler alınmış ve tedavi sonlandırılmıştır.

Tüm hastalar birinci hafta, ikinci hafta, üçüncü ay ve altıncı ayda kontrole çağrılmıştır. Takip sürecinde nüksler ve komplikasyonlar not edilmiştir. Altıncı ay takibinde lezyonun tekrarlamadığı görülünce nüks olmadığı kabul edilmiştir. Hasta ve gözlemci skar değerlendirme ölçeği (HGSDÖ) ve Vancouver skar ölçeği tüm hastalara 6. ay takibinde uygulanmıştır.

Takipler sırasında tüm hastalara iki ayrı anket yapılmıştır. İlk hafta kontrolünde tüm hastalardan tedavinin konforunun nasıl olduğunu (ağrı, kanama, kolaylık bakımından) 0-10 arasında puanlaması istenilmiştir (0 en rahatsız edici durum, 10 en rahat durum). Diğer bir anket ise altıncı ay takibinde uygulanan hasta memnuniyet ölçeği idi. Hastalara tedavinin başından sonuna kadar tüm süreçten memnuniyetleri sorulmuştur. Memnuniyet ölçeği 0-10 (0 hiç memnun değil, 10 tamamen memnum olacak şekilde) belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 50 (24 A grubu, 26 B grubu) hasta katıldı. A grubunda 4, B grubunda 8 hasta çalışma dışı bırakıldı. Bu hastalardan 6'sı farklı histopatoloji, 5'i takiplerde kayıp, 1'i ikinci GN işlemini kabul etmeme nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

A grubundaki 20 hasta (9 kadın %45), yaş ortalaması 39.05 (10-77 arası) ve B grubundaki 18 hasta (%38 kadın) yaş ortalaması 37.72 (12-60 arası) çalışmaya dahil edilmiştir. (Demografik Tablo 1)

A grubunda ortalama lezyonu boyutu 5,6 mm (3 mm-12 mm aralığında), B grubunda ise 5,33 mm (2-11 mm) olarak bulunmuştur.

Ortalama operasyon süresi A grubunda 5,14(4-7), B grubunda ise 14,44(12-18) idi. İşlem süreleri A grubunda, B grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Toplam maliyet ortalaması A grubunda 219 türk lirası (dağılım 132-478), B grubunda ise 624.7 türk lirası (515-968) bulunmuştur. Toplam maliyet A grubunda, B grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Gümüş nitrat grubunda, 18(%90) hastada sadece bir seans sonrası ve 2 hastanın ise iki seans sonrasında lezyonu tamamen kaybolmuştur. Hiçbir hasta üçüncü seans gümüş nitrat tedavisine ihtiyaç duymamıştır. Gümüş nitrat tedavisinin etkinliğin büyük lezyonlarda(>5mm) dahi etkili olduğu görülmüştür.

Konfor ölçekleri A grubu için ortalama 9.4 (dağılım 7-10), B grubu için ortalama 8.88 (dağılım 4-10) olarak bulunmuştur. Memnuniyet ölçekleri A grubunda ortalama 9.7(dağılım 8-10), B grubunda 9.05(dağılım 6-10) bulunmuştur. GN grubunda iki farklı ölçekte sonuçlar cerrahi eksizyon grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Altıncı aydaki takibinde hiçbir hastada nüks görülmedi ve hiçbir hasta nüks nedeniyle tekrar başvurmamıştır. Hiçbir hastada yan etki veya beklenmeyen reaksiyon gözlenmemiştir.

Sonuçlar: Bu çalışma, shave eksizyonu ve GN koterizasyonu kombinasyon tedavisinin, PG lezyonunun yönetiminde cerrahi eksizyona iyi bir alternatif olduğunu göstermiştir. GN tedavisi tehlikesiz, güvenilir ve çok etkili bir tedavi yöntemidir. GN tedavisinde nüks ve komplikasyon olmaksızın cerrahi eksizyona göre subjektif olarak daha iyi estetik sonuçlar elde edilebilmektedir. Yüksek hasta memnuniyeti ve konforu ile büyük lezyonlarda (5 mm'den büyük) bile etkili olabilir. Cerrahi eksizyona göre daha hızlı işlem süresi ve daha az maliyet ile ilişkilidir. Uygun hastalarda PG lezyonlarının tedavisinde shave eksizyon ve gümüş nitrat kombinasyonun kullanımını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Piyojenik granülom, lobüler kapiller hemanjiom, gümüş nitrat, tedavi, nüks

Gümüş Nitrat Tedavisi

Shave Eksizyon ve Gümüş Nitrat Tedavi Kombinasyonu- İki Ayrı Hastanın Tedavisi A-B) Dudak Superiorda PG klinik tanılı lezyonu olan hasta. Shave Eksizyon ve Gümüş Nitrat Koterizasyonu uygulaması C) Sağ el 4.parmak proksimal falanksta PG tanılı lezyonu olan hasta(İşlem Öncesi) D) Shave Eksizyon+Gümüş Nitrat Tedavisi sonrası 1.haftada tamamen gerilediği görülen lezyon

Hasta Verileri

	A grubu n(%)	B Grubu % (n)	Toplam % (n)
Cinsiyet			
Erkek	10(%50)	10(%55,6)	20(%52,6)
Kadın	10(%50)	8(%44,4)	18(%47,4)
Yaş Grupları			
0-18	3(%15)	4(%22,2)	7(%18,4)
18-40	6(%30)	4(%22,2)	10(%26,3)
40+	11(%55)	10(%55,6)	21(%55,3)
Etiyoloji			
Spontan	14(%70)	13(%72,2)	27(%71,1)
Travma	5(%25)	5(%27,8)	10(%26,3)
Gebelik	1(%5)	0(%0)	1(%2,6)
Lezyon Boyutu (mm)			
Büyük(>5mm)	8(%40)	7(%38,9)	15(%39,5)
Küçük(<=5mm)	12(%60)	11(%61,1)	23(%60,5)
Ek Hastalık			
0	16(%80)	13(%72,2)	29(%76,3)
1	3(%15)	2(%11,1)	5(%13,2)
2-3	1(%5)	3(%16,7)	4(%10,5)

Hasta demografisi ve lezyon verileri

SB-093

Diyabetik Nöropatili Hastalarda Tekrarlayan Trombositten Zengin Plazma Enjeksiyonlarının Nöropati Üzerine Etkisi

Orhan Gök, Bilsev İnce

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

Giriş-Amaç: Diyabetik hastalarda koruyucu duyuların kaybolmasıyla karakterize periferik nöropati olarak tanımlanan sinir disfonksiyonunun temelinde metabolik ve iskemik faktörlerin rol oynadığı bilinse de küratif tedavisi ortaya konabilmiş değildir. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde hastalarda his kaybına bağlı diyabetik ülserler amputasyona kadar varabilir. Literatürde diyabetik hastaların yarısında hayatının bir noktasında diyabetik nöropati gelişeceği öne sürülmüştür. Diyabetik hastalarda mevcut tedaviler; nöropati ve komplikasyonlarını önlemeye yönelik koruyucu tedaviler ile nöropatiye bağlı komplikasyonların tedavisini kapsamaktadır. Ancak nöropatiyi iyileştirmeye yönelik tedaviler kısıtlıdır.

PRP'nin(Trombositten zengin plazma) içinde bulunan büyüme faktörlerinin sinir iyileşmesine olumlu etkiler sağlayabileceği bildirilmiştir.Ratlar üstünde yapılan bir çalışmada PRP'nin dokuda NGF ve VEGF'yi arttırarak hiperaljeziye neden olduğu ileri sürülmüştür. Sağlıklı dokuda hiperaljeziye neden olan PRP,nöropatik dokuda ağrı eşiğini düşürerek duyunun artmasını sağlayabilir.

Çalışmadaki amacımız diyabetik nöropatili hastalarda tekrarlayan şekilde ayak tabanına yapılan PRP enjeksiyonlarının nöropatiye etkisini belirlemektir.

Hastalar-Yöntem: 2018-2022 yıllarında kliniğimizde diyabetus mellitus nedeniyle ayaklarında açık yara oluşan ve ayak tabanlarına PRP yapılan polinöropatili hastalar çalışmaya alındı.Üç seanstan az PRP yapılan, sigara içen, HbA1C düzeyleri 10'dan yüksek olan, düzenli insülin tedavisini almayan, Wagner 4 açık yarası olan, periferik nöropatiye sebep olabilecek ek hastalıkları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

PRP enjeksiyonları intradermal olarak cm2'ye 0,5 cc olarak 0,1,3.aylarda uygulandı.Hastaların 0,1,3,6.ayda ayak taban duyusunu von-frey ligamanları ile değerlendirildi. Nervus plantaris medialisin duyusunu aldığı 1ve3.MTF

eklem volar yüzünde,Nervus plantaris lateralisin duyusunu aldığı 5.MTF eklem volar yüzünde,Nervus suralisin duyusunu aldığı ayak lateralinde ve Nervus tibialisin duyusunu aldığı topukta ölçümler gerçekleştirildi.Hastalar 0.ve6.ayda aynı nörolog tarafından EMG ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmadaki 20 hastanın(13 erkek,7 kadın) ortalama yaşı 61'di.Hastalar ortalama 18 yıl(15-21) önce tip 2 diyabet tanısı konmuş hastalardı.

PRP uygulaması öncesinde 20 hastanın 7'si 1,2 ve 3.MTF eklem üzerinde 180-300 grlık von frey ligamanını hissederken 13 hasta hissedemediğini aktardı.20 hastanın 12'si ayak lateralinde 26-300 gr'lık von frey ligamanını hissederken 8'i hissedemediğini söyledi.20 hastanın 12'si topukta 26-300 gr'lık von frey ligamanını hissederken 8'i hissedemediğini söyledi.

Hastaların 0.ayda EMG'lerinde n.tibialis posterior latensi ortalama 3,97ms(3,94-4),nöron iletim hızı ortalama 32.506 m/sn(30,6-37,2),ortalama aksiyon potansiyeli amplitüdü 3,3mv(3-3,7) şeklindeydi.N.suralis latensi ortalama 3,972(3,91-4,05), nöron iletim hızı ortalama 42,05m/sn(39,8-45,7);ortalama aksiyon potansiyeli amplitdü 3,22 mv(3-3,4) şeklindeydi.Hastaların EMG'leri "belirgin duyu sinir nöropatisi"şeklinde raporlandı.

1.ayda ayak duyusu incelendiğinde 3.MTF eklem üzerinde önceden 300gr basıncı hissedebilen 1 hasta 180gr basıncı hissedebildi.Bir önceki seansa göre 1 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.Ayak lateralinde önceki seansta 180gr hissedebilen bir hasta 100gr basıncı hissetti.Ayrıca önceden ayak lateralini hissetmeyen bir hasta 300 gr basıncı algılayabildi.Bir önceki seansa göre 2 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.Topuk duyusu açısından bir önceki seansla arasında fark yoktu.

3.ayda 3.MTF eklem üzerinde duyu değerlendirmesinde hiç his olmayan 2 hasta 300gr'lık basıncı hissedebildi. Ayrıca 1 hasta önceden 180gr'lık basıncı hissedebiliyorken 100gr'lık basıncı hissedebildi.Bir önceki seansa göre 3 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.Ayak lateralinde hiç his olmayan 2 hasta 300gr'lık basıncı hissedebildi. Bir önceki seansa göre 4 hastada olumlu gelişme gözlemlendi. Ayak tabanında hiç his olmayan bir hasta 300gr'lık basıncı hissetti. Bir önceki seansa göre 1 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.

6.ayda 3.MTF eklem üzerinde duyu değerlendirmesinde 2 hasta önceden 180gr'lık basıncı hissedebiliyorken 100gr'lık basıncı hissedebildi.1 hasta önceden 300gr'lık basıncı hissedebiliyorken 180gr'lık basıncı hissedebildi.Ayrıca önceden basıncı algılayamayan 2 hasta 300gr'lık basıncı hissedebildi.Bir önceki seansa göre 5 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.Ayak lateralinde bir hasta önceden 300gr basıncı hissedebiliyorken 180gr'lık basıncı hissetti. 2 hasta ise önceden 180gr'lık basıncı hissedebiliyorken 100 gr'lık basıncı hissetti. Bir önceki seansa göre 3 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.Topukta 2 hasta önceden 300gr'lık basıncı hissedebiliyorken 180gr'lık basıncı hissedebildi.Önceden hissi olmayan 1 hasta 300gr'lık basıncı hissedebildi.Bir önceki seansa göre 3 hastada olumlu gelişme gözlemlendi.

Hastaların 6.ayda çekilen EMG'lerinde n.tibialis posterior latensi ortalama 3,801 ms(3,73-3,95), nöron iletim hızı ortalama 37,20 m/sn(33,2-45,6), ortalama aksiyon potansiyeli amplitüdü 3,52mv(3,1-4,1) şeklindeydi. 6.ayda çekilen EMG'lerinde n.suralis latensi ortalama 3,725 (3,63-3,97),nöron iletim hızı ortalama 43,58 m/sn(42,5-45,2); ortalama aksiyon potansiyeli amplitdü 3,32 mv(3,1-3,5) şeklindeydi.EMG'de olumlu yönde değişim izlenen hastalar ile Von Frey testlerinde olumlu yönde değişim izlenen hastalar büyük ölçüde paralellik gösteriyordu.

Diyabetik ayak ülseri sebebiyle 0,1 ve 3.aylarda PRP uygulanmış olan hastaların Von-Frey duyu muayenelerine bakıldığında hastaların 1,3,5. MTF eklem plantar yüzündeki duyu hassasiyetinin 1.ayda 1 hastada;3.ayda 3 hastada ve 6.ayda 5 hastada olumlu yönde değiştiği görüldü.

Hastaların ayak lateralindeki duyu hassasiyetinin 1.ayda 2 hastada;3.ayda 4 hastada;6.ayda 3 hastada olumlu yönde değiştiği görüldü.

Hastaların topuktaki duyu hassasiyetinin 1.ayda değişmediği;3.ayda 1 hastada;6.ayda 3 hastada olumlu yönde değiştiği görüldü.

Hastaların 0.ay ve 6.ay EMG ölçümleri karşılaştırıldığında hastalarda belirgin periferik duyu sinir nöropatisi devam ettiği ve n.tibitalis posterior,n.suralis iletim latensinde anlamlı bir değişim olmadığı görüldü.Ancak sinir iletim hızında ve sinir aksiyon potansiyeli büyüklüğünde artış gözlemlendi.

Tartışma: Literatürde PRP'nin sinir rejenerasyonuna olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.PRP'nin karpal tünel sendromu konservatif tedavisinde kullanılabileceğini,lepra hastalığına sekonder gelişmiş olan nöropatilerde ve nöropatik ülserlerde etkili olduğunu ileri süren çalışmalar vardır.Bu çalışmalarda PRP'nin olumlu etkisini içerdiği GF'ler aracılığıyla sağladığını iddia edilmiştir.PRP'nin diyabetik nöropatik ağrı ağrıyı 1.ayın sonunda azalttığıiddia edilmiştir. Nöropatik ağrının diyabetik nöropati gelişim sürecinde nöronların zarar görmeye başladıktan sonraki ilk aşama olarak meydana geldiği bilinmektedir.Çalışmamızda ise ileri bir aşama olan sensöryel nöropatinin ve duyarsızlaşmanın tedavisinde de PRP'nin kullanılabileceği gösterilmiştir.

Bu çalışmada PRP uygulanan hastaların ayak lateralinde ve distalindeki hassas duyularında belirgin iyileşme gözlemlenirken topukta belirgin bir iyileşme gözlemlenmedi. Bu durum topuk derisinin ayak lateral ve distaline kıyasla daha kalın olmasına ve sinir uçlarına PRP'nin kısıtlı etki etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

0.ve 6.ay EMG sonuçları karşılaştırıldığında,sinir iletim latensinde belirgin iyileşme gözlemlenmezken aksiyon potansiyeli büyüklüğünde ve sinir iletim hızında belirgin iyileşme gözlemlenmesi duyu sinirlerinin mekanik uyarı sonrasında aksiyon potansiyeli oluşturması için gereken sürenin diyabetik nöropati patofizyolojisinde etkili olan faktörlerden minimal etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

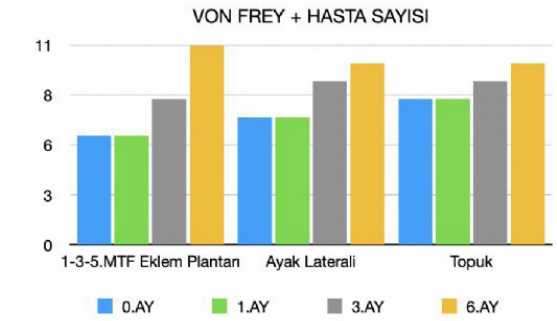
Sinir iletim hızında ve aksiyon potansiyeli büyüklüğündeki artış PRP'nin içerdiği nörotropik büyüme faktörleri sayesinde Schwann hücreleri rejenerasyonunu tetiklemesinden ve oksidatif stres sebebiyle hasar görmüş ancak tamamen atrofiye gitmemiş disfonksiyonel aksonlara fonksiyonlarını geri kazandırmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca dermal pleksustaki mikrovasküler dolaşımı ve sinir oksijenasyonunu arttırarak hastaların daha düşük taktil uyarılarda aksiyon potansiyeli oluşturmasına olanak sağlamış olabilir.

Çalışmamızın dezavantajı tekrarlayan PRP enjeksiyonları sonrasında sensöryel nöropatinin tekrar gelişip gelişmeyeceği ya da ne kadar süre sonra ve ne şiddette gelişeceği çalışılmamıştır.İleriki çalışmalarda bu iki konuda yeni çalışmalar yapılabilir.

Sonuç: Çalışmamızda,plateletler içerisinde yer alan GF'lerin dokuda yoğun konsantrasyona ulaşmasını sağlayan PRP enjeksiyonları sayesinde ayak taban derilerinde taktil ölçümlerde duyarlılık artışı ve EMG'de periferik sinir fonksiyonunda iyileşme olduğunu belirledik.Diyabetik nöropatili ekstremitelerde tekrarlayan PRP enjeksiyonları ayaktaki ağrı eşiğini düşürüp duyarlılığı arttırarak yeni ülser oluşumunu engelleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, PRP, nöropati

Von-Frey



VON FREY TESTLERİNDE OLUMLU YÖNDE GELİŞME KAYDEDEN HASTA SAYISI

	1-3-5.MTF Eklem Plantarı	Ayak Laterali	Topuk
0-1.AY	1	2	0
1-3.AY	3	3	1
3-6.AY	5	2	3

SB-094
Elastofibroma Dorsi

Erk Evren, Merve Terzi, Tahir Babahan, Esra Aydın, Cenk Demirdöver

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Elastofibroma dorsi nadir görülen, daha çok 60 yaş üstü kadınlarda karşılaşılan benign yumuşak doku tümörüdür.İlk kez 1961 yılında Jarvi tarafından tanımlanmıştır.Adını fibroz dokunun elastin kompanentinin proliferasyonu sonucu oluşması ve daha çok dorsal bölgede görülmesinden alır.

Bu çalışmadaki amacımız 2009 ile 2021 yılları arasında opere edilen 18 elastofibroma dorsi ön tanılı hasta, retrospektif olarak incelenerek elde edilen klinik sonuçları sunmak, tanı ve tedavi algoritması önermektir.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 2010-2021 yılları arasında sırtta kitle şikayeti ile başvuran, muayene ve görüntüleme bulgularında elastofibroma dorsi ön tanısı alan 18 hasta incelendi.Klinik veriler, tanı ve tedavi ile ilgili veriler, görüntüleme bulguları ve patolojik veriler yatan hasta tıbbi kayıtları gözden geçirilerek elde edildi.Hastaların yaş ve cinsiyetİ, tümörün yeri ve boyutu istatiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Ortalama yaş 60,05 idi (38-84 yıl). Hastaların 5(%27,77)'i erkek ve 13(%72,22)'ü kadın olmak üzere sırtta kitle şikayeti ile başvuran toplam 18 hasta tespit edildi.

Hastaların tamamında kitle dışında muayene bulgularında hareketlerle ve palpasyonla belirginleşen hassasiyet şikayetleri mevcuttu.Kitlelere yönelik olarak görüntüleme bulguları (USG ve/veya MRG) elastofibroma dorsi ile uyumlu idi.Kitle eksizyonu sonrası incelenen materyallerde 14(%77,77) hastadan alınan eksizyon materyali elastofibroma dorsi olarak raporlandı, diğer 4(%22,22) hastanın eksizyon materyalleri lipom ve/veya fibrolipamatöz doku olarak raporlandı.Elastofibroma dorsi olarak raporlanan 14 hastanın kitle lokalizasyonu incelendiğinde 5(%35,71) hastanın kitlesi sağda yerleşimli, 4(%28,57) hastanın kitlesi solda yerleşimli, 5(%35,71) hastanın kitlesi bilateral yerleşimliydi. Kitlelerin 5(%27,77) tanesinin paraskapular bölge yerleşimli, 13(%72,22) tanesinin infraskapular yerleşimli olduğu saptandı. Hastaların uzun dönem incelemelerinde nüks kitle şikayeti ile kliniğimize başvurularının olmadığı görüldü.

Tartışma: Tipik klinik özellikler ve karakteristik görüntüleme bulguları incelenerek cerrahi rezeksiyon öncesinde doğru bir elastofibroma teşhisi konulabilir.

Elastofibrom yaşlı kadınlarda sık görülen nadir, iyi huylu, yumuşak doku tümörüdür.Bizim kliniğimize başvuran hastaların demografik özelliklerine bakıldığında literatürle uyuştuğu görülmektedir Hastalığın tedavisi kitlenin eksizyonudur. Nüksün engellenmesi ve ağrının giderilmesi için total eksizyon yapılmalıdır.Kliniğimize total kitle eksizyonu sonrası nüks kitle şikayeti ile başvuran hasta olmadığı dikkat çekmektedir.

Çalışma bulgularımız, elastofibromun zamanında ve uygun teşhisini sağlamak için patolojik inceleme ve görüntüleme çalışmaları için standart yaklaşımlar geliştirmek için uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: elastofibroma dorsi, lipom, skapuler kitle

SB-095
Yüzeyel Temporal ve Malar Bölge Yağ Kompartmanlarının Yaş ve Vücüt Kitle İndeksine göre analizi: Radyolojik Çalışma

Nazım Ramazanov, Ömer Saraç, Mehmet Bayramiçli

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

Amaç: Yüzdeki yağ yastıkçıklarının yaşlanmayla olan ilişkisi son yıllarda çeşitli araştırmalara konu olmuştur ancak bu yapıların yaş ve VKİ ile olan ilişkisi konusunda literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Bu radyolojik çalışmada temporal ve malar bölge yağ yastıkçıklarının yaşa ve vücut kitle indeksine göre değişikliklerini araştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 2016-2022 yılları arasında MÜTF Paranasal ve Maksillofasiyal BT çekilmiş ve tüm tıbbi kayıtlarına ulaşılabilen hastalar arasından konjenital, travmatik ve onkolojik patolojisi olmayan hastalar dahil edildi. Hastaların VKİ hesaplandı ve PACS sistemi yardımıyla temporal ve malar yağ kompartmanlarının yükseklik, kalınlık, genişlik parametreleri ve hacmi ölçüldü, ardından hastalar <25,9, 25,9-35,9 yaş, 36-50,9 yaş, 51-80 yaş olmak üzere 4 yaş grubuna göre değerlendirildi. Hastalar her yaş grubu içerisinde VKİ'i >25 ve <25 olmakla 2 alt gruba bölünerek temporal ve malar bölge hacimleri bu alt gruplara görede karşılaştırıldı.

Bulgular: Her grupta 50 hasta olmak üzere total 200 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 38, ortalama VKİ 27 olarak bulundu. Yüzeyel temporal ve malar yağ kompartmanı vertikal yüksekliğinin yaşla bağlı anlamlı şekilde arttığı görüldü($p<0.05$). Yüzeyel temporal yağ hacminin genç (sağ/sol =24,45/24,44cc) hastadan yaşlı (sağ/sol =53,00/55,01cc) hastaya doğru anlamlı şekilde arttığı ($p<0.05$) tespit edildi. Yüzeyel malar yağ hacminin

genç (sağ/sol =48,02/46,16cc) hastadan yaşlı (sağ/sol =10,37/10,63cc) hastaya doğru anlamlı şekilde arttığı ($p<0.05$) görüldü.

Tartışma: Çalışmamızda; Erkek ve kadın cinsiyeti arasında yüzeyel temporal ve malar bölge yağ kompartmanı hacimleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Yaş arttıkça yüzeyel temporal ve malar bölge yağ yastıkçıklarının hacimlerinin arttığı(Genç < Erken orta < Geç orta < Yaşlı grup) görüldü, VKİ değeri 25 üzerinde olan bireylerin yüzeyel temporal ve malar bölge yağ kompartmanı hacimlerinin VKİ'nin 25 altında olan bireylere kıyasla anlamlı olarak artmasının yanı sıra her iki yağ kompartmanında yükseklikllerin artmış olması çalışmamızın önemli bulgularındandır.

Yüzeyel malar bölge kompartmanlarının değerlendirilmesiyle ilgili ilk radyolojik çalışma Gosain ve ark. tarafından yapılmıştır. Yağ hacminin yaşlı hastalarda anlamlı derecede arttığı, total yüksekliğin değişmediği görülmüştür. Fakat hasta sayısı kısıtlı, VKİ ve cinsiyetin dikkate alınmamıştır. Bizim çalışmamızda olan cinsiyet ve VKİ'in ilişkisi bu eksikliği giderebilir düşüncesindeyiz

Guduk ve ark. malar bölge yağ yastıkçıklarını 3 ayrı kompartmana bölerek değerlendirmiştir. Total yükseklik yaşla artsa da, üst ve orta kompartmanın yağ hacminde azalma alt kompartmanın hacminde ise yaşla bağlı artma görülmüştür. Kompartmanın üç ayrı kısmının ayrı ayrılıkta hacminin değerlendirilmesi daha çok kompartmanın yaşla bağlı şeklinin değişikliğiyle ile ilgili fikir verebilir. Ancak yağ kompartmanının total hacmiyle ve en önemlisi VKİ ile ilişkisi konusunda bilgi vermekte yetersiz kalmaktadır.

Çalışmamızda ister yüzeyel temporal ister yüzeyel malar bölge yağ kompartmanlarının yüksekliğin yaşla bağlı olarak anlamlı şekilde arttığını tespit ettik. Bu yüzeyel yağ kompartmanlarının altında yerleşmiş olan destek dokuların özellikle kemik dokusunun kaybı sonucu tutucu lig.'ların yaşla bağlı zayıflamasına sekonder gelişebilir.

Tower ve ark. ise uzun aralıkla tekrarladıkları radyolojik incelemelerinde aynı bireylerinin yağ kompartmanının hacminin değişmediğini bildirmişlerdi. Benzer çalışmada Boehm ve ark. hem yüzeyel hem de derin yağ kompartmanın hacminin zamanla azaldığını görülmüştür. Fakat hasta sayısı sınırlı kompartmanlarının boyutlarını gösteren ölçümler yapılmamıştır, yaşlı hasta popülasyonu seçilsede VKİ'in kompartman hacmiyle ilgili etkisine bakılmamıştır.

Gierloff ve ark yanak yağ yastığındaki yer değiştirmeyi ortaya koymakta ancak hacim değişikliği konusunda bilgi sağlamamaktadır. Sadece kalınlık değerine bakılması genç grupta olan hastaların yaşlarının 50'nin üzerinde olması nedeniyle verdiği kantitatif bilgi sınırlıdır.

Wan ve ark. yaptığı kadavra çalışmasında VKİ değeri >25 olan hastalarda yüzeyel ve derin yağ kompartmanlarındaki adipositlerin boyutlarının VKİ <25 in altında olanlara kıyasta daha büyük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Merten ve ark. orta yüz bölgesindeki yağ kompartmanlarının hacminin VKİ'in 25'in üzerinde olmasıyla arttığı görülmüştür. Fakat her iki çalışmada ortalama yaşın 71 olması alınan bilginin daha çok yaşlı hasta popülasyonundaki değişiklikleri ifade ettiğini söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda ise genç ve orta yaş grubu bireylerinin de yağ kompartmanlarının hacimlerinin VKİ ile ilişkisine bakılmıştır ve tüm yaşlarda VKİ>25 olmasının yağ hacmi artmasına neden olduğu saptanmıştır.

Yang ve ark. yaptığı çalışmada yaşla bağlı olarak yüzeyel temporal yağ kompartmanın vertikal uzunluğunda artma, kalınlığında azalma görülmüştür. Sadece kalınlık değerine bakılması yağ kompartmanında yaşla ilgili değişiklikle ilişkili fikir bildirmekte yetersiz kalmaktadır. Benzer şekilde Foissac ve ark. yaptığı çalışmada temporal bölgenin vertikal yüksekliğinin ve hacminin yaşla bağlı olarak anlamlı şekilde artması bizim aldığımız sonuçlara paralellik göstersede, çalışmamızdan farklı olarak VKİ>30 üzerinde olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Yüzeyel malar yağ kompartmanın ölçümü için referans noktası olarak axial kesitte optik sinirin globa temas ettiği yeri seçtik. Bunun yerine sagital kesitte sella-nasion hattını veya axial kesitte ANS'en projekte olduğu noktayı referans noktası olarak işaretleyern yayınlarda mevcuttur. Lateral ve medial bölge sınırı olarak levator labi superior kası ve zygomaticus majör kası, posterior sınır olarak SMAS kabul edildi. Yüzeyel temporal yağ kompartmanı için sagital kesitte anteriordan posteriora doğru ilerledikçe temporozigomatik sütürün ilk görüldüğü yer referans noktası olarak kabul ettik. Aynı noktanın koronal kesitteki yükseklik değeri ölçüldükten sonra axial kesitte kalınlık, genişlik, alan ölçümü yapıldı.

Çalışmamızın bazı limitasyonlarını vardır, bunlar: 1-Farklı yaşlardaki kişilerin BT görüntülerinin yerine, aynı kişinin farklı yaş aralıklarında çekilen görüntülerinin karşılaştırılması düşünülebilirdi. Ancak geniş bir popülasyonunda bu pratikte pek mümkün değildir. 2-BT supin pozisyonda çekildiği için yağ kompartmanın yerçekimi etkisini yansıtmakta yetersiz kalmış olabilir. Ama tüm çekimlerin bu pozisyonda olduğunu düşünürsek bu etkeni dikkati almayabiliriz. 3-Hastalar VKİ değeri 25'in üzerinde yani obez hastalar ve altında olmakla değerlendirilmiştir. İleriki çalışmalarda normal ve zayıf hastaların, obez veya morbit obez hastalarında yağ kompartmanı hacimlerinin nasıl farklılık gösterdiğine bakılabilir.

Sonuç: Çalışmamızda yüzeyel malar ve temporal yağ yastıkçığının yaşla bağlı olarak vertikal yüksekliklerinin arttığını görüldü. Buna yaşlanma zamanı yüzdeki yumuşak dokuyu sabit tutan ligamanların zayıflamasıyla beraber yağ kompartmanın altında olan kemik ve derin yağ kompartmanlarında oluşan doku kaybıda neden olmaktadır. Daha kesin sonuç için çalışmamızın devamı olarak bu yağ kompartmanlarının altında yerleşmiş olan derin yağ kompartmanlarında yaşlanmayla bağlı değişikliklere yönelik çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamızda yaşlanmayla yüzeyel malar ve temporal bölge yağ yastıkçığının hacminin arttığı görüldü ve bu da orta yüz bölgesinde yaşlanmada ''Gravitasyon'' teorisini önemini desteklemektedir. Ayrıca yüzün yağ dokusunun hacim artımını yapan en önemli nedenlerinden birinin VKİ'nin olduğunu ortaya koyduk. Bu bilgi yaşlanma zamanı yağ dokusunun hacminde olan değişiklerin multifaktöriyel olduğunu gösterdi. Ayrıca yaşlanma ve yağ metabolizmasındaki değişiklerle ilgili çalışmamızda alınan bilgilerin hastalara yüz gençleştirme işlemin seçimi zamanı hastanın yaşlı veya genç, şişman veya zayıf olmasına önem verilerek augmentasyon veya yüz germe ameliyatını tercihi edilmesinde faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Yüzeyel yağ kompartmanları, Bilgisayar tomografi, Vücut kitle indeksi, Yüz gençleştirme

SB-096

Naltrekson İmplant Sonrası Gelişen Süpüratif Nekrotizan Pannikülit

Erkan Deniz, Mert Doruk, Ali Sadioğlu, Serhat Sibar

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

Giriş: Opioidler günümüzde gençler arasında öforik etkileri nedeniyle kullanımı sıklıkla artan bir maddedir. Naltrekson, opioidlerin bağımlılık yapmasına neden olan öfori ve analjezi gibi pozitif etkileri ortadan kaldırmak amacıyla kullanılmaktadır. Naltreksonun oral, enejktabl ve implante edilebilir formları bulunmaktadır. İmplante edilebilir form subkutan yağ doku içine cerrahi olarak yerleştirilmektedir.

Bu sayede ilaç yavaş olarak bu bölgeden vücuda salınır ve hastanın her gün ilaç alma gereksinimi ortadan kalkar. Ancak her cerrahi işlemde olduğu gibi bu uygulamanın da riskleri vardır. Yara yeri problemleri bu risklerin başındadır. Kliniğimizde sık olarak uygulanan naltrekson implant sonrası 3 hastada gelişen ve nadir görülen nekrotizan pannikülit yönetimininden elde ettiğimiz tecrübeyi paylaşmak amacıyla bu olgu sunumunu paylaşıyoruz.

Olgu sunumu: 26 yaşında erkek hasta ikinci kez naltrekson implant uygulanması amacıyla yönlendirilmiş. Hastanın sağ infraumblikal bölgesinde cilt altı yağ doku içindeki poşa naltrekson implant yerleştirildi. 2 hafta sonra kontrole gelen hastada cerrahi alanda endurasyon, şişlik ve hiperemi olduğu görüldü. Yara yeri kültürü alınıp geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Bir hafta sonra yeniden değerlendirilen hastada endure alanın genişlediği, şişliğin daha da arttığı aynı zamanda epidermiste 2x2cm'lik nekroz oluştuğu görüldü (Resim 1). Yara yeri kültüründe MRSE üremiş olup uygun antibiyotik başlandı. Bunun üzerine ön planda yabancı cisim reaksiyonu zemininde süpüratif nekrotizan pannikülit düşünülen hastaya geniş debridman ve naltrekson implantın tamamen çıkarılması planlandı. İki hafta içinde seri lokal debridman yapılan hastaya nekrozun devam etmesi üzerine geniş debridman planlandı. Geniş debridman sağlam cilt ve yağ dokuya ulaşana kadar yapıldı. Nekrozun tabanda rektus kası fasyasının yüzeyel yaprağını geçerek rektus kasına kadar ilerlediği görülüdü. Nekrotik fasya ve kas debride edildi ve oluşan defekt primer onarıldı.

Tartışma: 2016-2022 yılları arasında toplam 368 vakaya naltrekson implant uygulandı. 368 vakanın 3 tanesinde süpüratif ilerleyeci nekrotizan pannikülit görülmüştür. Nadir gelişen bu komplikasyonun pek çok etyolojisi bulunmaktadır. Asepsi koşullarına dikkat edilmemesi, hematom, hastanın implant içeriğindeki bir maddeye karşı allerjisinin bulunması ve yabancı cisim reaksiyonları bu nedenlerden bazılarıdır. Komplikasyonların azaltılması için dikkat edilmesi gereken önemli noktalar bulunmaktadır. Hastalara ameliyattan önce profilaktik antibiyotik uygulanması uygulanan yabancı cismin yaratacağı enfeksiyon ihtimalini azaltacaktır. Cerrahi alanın temizliği oldukça önemli olup yabancı cismin yerleştirilme sırasında kontamine olmasının önüne geçecektir. İnsizyon seçimi bağımlı hasta grubunda karar vermesi zor bir noktadır. Sırt gibi ulaşılması zor alanlar tercih edilebilirken implant materyalinin yağ dokuda daha iyi biyoyararlanım göstermesi nedeniyle periumblikal insizyon seçimi klinik olarak güncel yaklaşımımızdır. Burada dikkat edilmesi en önemli olan nokta periumblikal perforatörlerdir. Perforatörlere hasar vermeden implant poşunu hazırlamak hem insizyonun daha erken iyileşmesini sağlayacaktır hem de olası bir hematom ihtimalini azaltarak bu alanın enfekte olma riskini düşürecektir.

Sonuç: Naltrekson implantların opioid bağımlılığı tedavisinde kullanımı hasta uyumunun yüksek olması nedeniyle giderek artmaktadır. Tecrübe ederek sunmuş olduğumuz önerilere uyulması halinde bu vaka grubunda daha az komplikasyonla karşılaşılacağını öngörmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Naltrekson, Nekroz, Pannikülit

Resim 1

Naltrekson implant uygulama sonrası gelişen pannikülit. Debridman sonrası rektus fasyasının altına ilerleyip kasta nekroz meydana geldiği görüldü.

SB-097

Mekanik Yolla İzole Edilen Stromal Vasküler Fraksiyonun Farklı Kronik Yara Olgularında Kullanımı

Çağla Çiçek, Berkay Canbaz, Salih Cem Altunal, Barış Kanık

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Giriş: Yara iyileşmesi hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve matürasyon fazlarından oluşan fizyolojik bir süreçtir. Birbiri içine geçmiş bu fazların herhangi bir aşamasında meydana gelen aksaklık kronik yara olarak klinisyenin karşısına çıkmaktadır (1). Kronik yara yönetiminin yüksek maliyetli olması, geliştirilen tedavi yöntemlerinin tek başına iyileşme fazlarının hepsine etki edemeyişi ve olası yan etkileri nedeniyle ideal bir yöntem belirlenememiştir. Yağ dokudan kök ve stromal hücre elde edilebileceğinin 2001 yılında anlaşılmasından sonra rejeneratif özelliği olan bu hücre topluluğunun kullanımıyla ilgili daha fazla çalışma yapılmaya başlanmıştır. Lipoaspiratın enzimatik ya da mekanik yolla sindiriminin ardından sulu fraksiyonun bir parçası olarak izole edilen stromal vasküler fraksiyon (SVF) önemli bir mezenkimal kök hücre rezervi olmasının yanı sıra; içeriğindeki preadipositler, endotelyal prekürsörler, immün hücreler, hematopoetik hücreler, fibroblastlar ve perisitler nedeniyle heterojen bir doku kokteyli olarak kabul edilir (2). Çalışmamızda farklı sebeplere bağlı kronik yarası olan hastalarda mekanik yolla elde edilen SVF'nin sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Metod: Hastalar ameliyathanede genel anestezi, spinal anestezi ve sedasyon altında opere edildi. Yağ dokusu, hastanın da tercih ettiği yeterli yağ dokusu bulunan alanlardan alınmıştır. Hastalardan malignansi, gebelik, koagülasyon defekti, bağ doku hastalığı olanlar uygun aday olarak kabul edilmedi.Lipoaspirasyon yapılacak alana işlem öncesi uygulanan anestezi solüsyonu, alınacak yağ doku miktarının %35 fazlası olacak şekilde hazırlandı ve anestezi sonrası 5-10 dk arasında beklenildi. Anestezi solüsyonu 500 ml ringer laktat, 25mg lidokain ve 1 ampul epinefrin (1/1000) içermekteydi. Lipoaspirat, künt uçlu 3 ml çaplı ve maksimum 20 santimetrelik kanül ile kapalı sistem torbasına küçük yağ parçacıkları olarak aspire edildi. Elde edilen materyalin anestezi solüsyonundan ayrılması için torbaya 60 cc serum fizyolojik eklendi ve ayrılması için 5-7 dakika beklendi. Torbadaki anestezi materyali daha sonra 3 yollu enjektör ile ayrıldı. Torbadaki yağ damlacıkları mikron seviyesine mekanik olarak 2 ayrı 'lipocube' ve 'SVF black cube' bıçakları yardımı ile ayrıldı. Mikron seviyesine indirgenen otolog yağ dokusu, pistonlu tüp içerisinde 9 dakika içinde bileşenlerine ayrıldı. Stromal vasküler matriks, yağdan ayrılmış ekstrasellüler matriks ve stromal vasküler hücreler kombine edilerek elde edildi. Sonuç olarak elde edilen stromal vasküler matriks, intralezyonel ve perilezyonel olarak yara etrafına enjekte edildi.

Vaka 1: 62 yaşında erkek hasta sol kruriste venöz ülser tanısıyla tarafımıza başvurdu. Hasta debridman için opere edilerek yara kültürleri alındı. P.Aeriginosa üremesi olması üzerine piperasilin-tazobaktam tedavisi 10 gün süreyle uygulandı. Takiplerinde hastaya 9 gün süreyle VAC (vacuum assisted closure) tedavisi uygulandı, sonrasında ise SVF tedavisi uygulandı. Prosedürden önceki yara boyutları 6x6x3 cm (108 cm3) iken 6 haftanın sonunda %96,7 oranında iyileşmeyle yara boyutu 1,5 cm3'e düşürüldü.

Vaka 2: 43 yaşında erkek hastanın trafik kazası sonrası oluşan sağ krus anterior yüzdeki doku defekti ALT(Anterolateral uyluk) flebi ile onarılmış olup postoperatif 3. ayında flebin anterior ve inferomedial kenarında detaşman olması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın ek hastalığı mevcut değildi. Hastaya debridman yapıldı ve yara kültürleri alındı. Kültürde üreme olmayan hastaya 3 seans VAC tedavisi uygulandı. Sonrasında hastaya SVF tedavisi uygulandı. Tedavi sonrasında doku defekti ve detaşman tamamen kapatılmış olup flep ve çevre doku arasında defekt izlenmedi.

Vaka 3: 47 yaşında erkek hasta Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları kliniği tarafından 1. Ve 2. Parmaklarda arteryel yetmezlik nedeniyle oluşan nekroza yönelik yapılan ray amputasyon sonrası oluşan yara yeri detaşmanı nedeniyle tarafımıza başvurdu. Debridman uygulandı, yara kültürleri alındı. A.Baummani üremesi üzerine tigesiklin tedavisi 18 gün boyunca uygulandı. SVF tedavisi uygulanan hastanın 6 hafta sonunda yapılan klinik değerlendirmesinde doku defektinin tamamen kaybolduğu görüldü.

Vaka 4: 62 yaşında erkek hasta sol ayak dorsumunda diyabetik ülser nedeniyle tarafımıza başvurdu. Arteriyel ve venöz doppler ultrason sonucu normal olarak raporlandı. X-ray sonucunda osteomiyelit lehine bulgu saptanmadı. 3 seans debridman tedavisi uygulandı. Kültürlerinde P.Aeriginosa ve A.Baummani üremesi üzerine piperasilin - tazobaktam ve tigesiklin tedavisi 13 gün boyunca uygulandı. Hastaya SVF tedavisi uygulandı. Postoperatif 30. günde defekt kısmi kalınlıkta deri greftiyle onarılarak tam iyileşme sağlandı.

Tartışma: İyileşmesi zor ve kompleks olan kronik yaralar; hastaların uzun süre hastanede kalmasına sebep olmakta ve sağlık iş gücü için yük oluşturmaktadır. Her ne kadar yara iyileşmesi tüm dokularda aynı süreci takip etse de farklı etyolojik sebeplere bağlı yaralar komplike hale gelebilmektedir. Gelişen teknoloji ile beraber kronik yara yönetiminde yol alınabilmişse de; modern yara örtülerine rağmen hala bu yaraların yönetiminde kompleks prosedürlere ihtiyaç duyulmaktadır (3). SVF tedavisinin kronik yara yönetiminde ne zaman uygulanması gerektiği konusunda yeterli veri yoktur ancak çalışmamızda yara kültüründe mikrobiyal üreme ve osteomyelit olmadığının gösterilmesi sonrası uygulanması tercih edilmiştir. Ayrıca kronik yara yönetiminde etiyolojiye bağlı tedavi edilmesi gereken patolojilerin de düzeltilmesi sonrası uygulanması doğru olacaktır (4). SVF tek başına yara iyileşmesi için etkili olmasa da uygun yara bakımı ve rekonstrüksiyon öncesi yara yatağının hazırlanması ve cerrahi başarısızlığı minimalize etmek için yeterli hücre sayısı ve canlılığı sağlayan yeni ve etkili bir teknolojidir.

Referanslar:

1. Bourin P, Bunnell BA, Casteilla L, Dominici M, Katz AJ, March KL, Redl H, Rubin JP, Yoshimura K,Gimble JM. Stromal cells from the adipose tissue-derived stromal vascular fraction and culture expanded adipose tissue-derived stromal/stem cells: a joint statement of the International Federation for Adipose Therapeutics and Science (IFATS) and the International Society for Cellular Therapy (ISCT), Cytotherapy, 2013, 15(6):641-648
2. Condé-Green A1, Baptista LS, de Amorin NF, de Oliveira ED, da Silva KR, Pedrosa Cda S, et al. Effects of centrifugation on cell composition and viability of aspirated adipose tissue processed for transplantation. Aesthet Surg J 2010;30:249- 55
3. van Dongen JA, Stevens HP, Harmsen MC, et al. Mechanical Micronization of Lipoaspirates: Squeeze and Emulsification Techniques. Plast Reconstr Surg. 2017 Jun;139(6):1369e-1370e
4. Andia I, Maffulli N, Burgos-Alonso N. Stromal vascular fraction technologies and clinical applications. Expert Opin Biol Ther. 2019;19(12):1289-1305. doi:10.1080/14712598.2019.1671970

Anahtar Kelimeler: stromal, vasküler, fraksiyon

SB-098

Plastik Cerrahi'de Kullanılan Yağ Grefti Yaşayabilirliğinin Biyoinformatik Yöntemlerle Analizi

Ecem Esma Yeğin[1], Mehmet Emre Yeğin[2], Ersin Gür[2], Urfat Nuriyev[1], Buket Kosova[3]

[1]Ege Üniversitesi Fen Fakültesi, Matematik Bölümü, Bilgisayar Bilimleri Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Esetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Biyoinformatiği Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Yağ grefti sağkalımı, uzun yıllardır araştırma konusu olmuş ve halen net bir sonuç açıklanmamış bir konduru. Farklı solüsyonların etkisinden kök hücre ile zenginleştirmeye kadar pek çok yöntem denenmiş olsa da, farklı sonuçlar nedeniyle bir konsensus bulunmamaktadır. Bu nedenle konunun daha derinlemesine inilerek, moleküler araştırmaların kullanılması kaçınılmaz olmuştur. Bu çalışma yağ grefti sağkalmında etkili faktörlerin ipuçlarına ulaşmak için transkriptom analizi yapılmıştır.

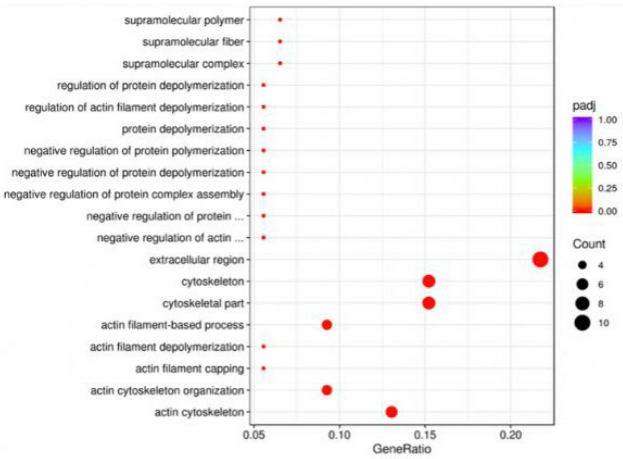
Yöntem: 1 adet Yeni Zelanda tavşanının bilateral inguinal yağ yastıkçıkları alınarak 3 gramlık yağ grefti olarak hazırlanmıştır. Greft 3'e bölünerek Sham, Kontrol ve PRP gruplarına bölünmüştür. Sham grubu haliyle transkriptom analizine tabi tutulmuştur. Kontrol grubu 1 cc SF ile, PRP grubu ise hayvandan alınan kandan elde edilen 1 cc PRP ile hayvanın sırasıyla sol ve sağ paraskapuler alanlarına enjekte edilmiştir. 30 gün sonunda enjekte edilen yağ greftleri alınarak ağırlıkları ölçülüp transkriptom analizine tabi tutulmuştur.

Bulgular: Ağırlık ölçümünde sol paraskapuler greft 0,7 gram iken, sağ taraf (PRP) 0,9 gram ölçülmüştür. Yapılan transkriptom analizinin GO ve KEGG analizlerinde, PRP'li tarafa ait transkriptomun özellikle inflamatuar süreçlere ait belirteçlerden zengin olduğu, öncelikle de sitoskeleton bileşenlerinin SF'li tarafa göre baskılanmış olduğu görülmüştür.

Tartışma: PRP'nin anti-inflamatuar etkiyle yağ greftinin sağkalımını arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle diapedez ve makrofaj mobilizasyonuna işaret eden sitoskeleton bileşenlerinin PRP'li yağ greftinde SF'li grefte göre daha az artış göstermesi, yağ grefti sağkalımında öncelikle inflamatuar süreçlerin etkin olduğunu göstermektedir. Tabii ki bu çalışma pilot bir çalışma olarak gelecekteki istatistiksel verilerin elde edileceği çalışmalara önemli bir kaynak olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yağ grefti, sağkalım, PRP, Transkriptom

Transkriptom analizinin GO analizleri sonucunda PRP'li grupta SF'li gruba göre farklılık gösteren belirteçler



SB-099

Dudak Yarığı Burnu Rinoplastisinde Septal Ekstansiyon Grefti ile Kolumellar Strut Greftin Karşılaştırılması

Muhammed Furkan Açıl, Arda Küçükgüven, Mert Çalış, Fatma Figen Özgür

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

Giriş: Dudak yarığı burnu, dudak yarığına eşlik eden burun deformitesini tarif eder. Dudak yarığı burnu, bebeklik çağında dudak yarığı onarımı ile birlikte primer olarak veya çocukluk döneminde ağır deformiteler mevcutsa ara (intermediate) rinoplasti uygulanarak tedavi edilebilir. Ancak primer veya ara rinoplasti yapılmış dahi olsa bireylerde ergenlik çağından sonra burun deformiteleri görülebilir ve bu hastalara sekonder dudak yarığı burnu rinoplastisi gereksinimi doğabilir. Sekonder dudak yarığı burnu cerrahisinde burun projeksiyonu ve burun ucu rotasyon kontrolünde çeşitli donör bölgelerden alınan kıkırdak greftleri, kolumellar strut grefti (KSG) ya da septal ekstansiyon grefti (SEG) olarak burun ucu desteği için kullanılabilir. Fakat doğumsal anomali ve geçirilen cerrahilere bağlı skarlı iyileşme, yapılan rinoplastinin kalitesini özellikle burun ucunda kötü olarak etkileyebilmekte, burunda uzun dönemde projeksiyon ve rotasyon kayıpları görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sekonder dudak yarığı burnu rinoplastisinde burun ucu desteğinde KSG ya da SEG kullanılan hastaların uzun dönemde burunda projeksiyon ve rotasyon değişimlerini karşılaştırmalı olarak analiz etmektir.

Metod: Çalışmada... kliniğince 2019- 2020 yıllarında tek cerrah tarafından ameliyat edilen 44 hasta prospektif olarak incelendi. Daha önce burun ameliyatı geçirmiş olan hastalar, orta yüz gelişimi tamamlanması açısından 18 yaşından küçük hastalar, radiks redüksiyonu veya augmentasyonu yapılmış hastalar ve burun cerrahisiyle beraber dudak cerrahisi gerçekleştirilen hastalar çalışmadan çıkartıldı. Kalan 33 hasta randomize olarak iki gruba ayrıldı: KSG grubu ve SEG grubu. Tüm hastalarda benzer açık yapısal rinoplasti basamakları uygulandı. Burun ucu desteğinde KSG kullanılan grupta greft medial kruslar arasında oluşturulan poşa konularak medial kruslara tespit edildi; SEG kullanılan grupta ise greft septumun kaudaline ve alt lateral kıkırdağın medial kruslarına tespit edildi. Hastaların preoperatif, cerrahi tamamlandıktan sonra intraoperatif ve postoperatif 1. ay, 6. ay ve 12. aylarda fotoğrafları çekildi (Canon EOS 850D, Japonya). Fotoğraflar GNU GIMP v2.10 (Free Software Foundation, Inc. ABD) programı ile analiz edildi. Sağ lateral açıdan fotoğraflarda nasion (N), alar taban yanak bileşkesinin ortası (A) ve burun ucu tanımlayıcı nokta (T) işaretlendi. Projeksiyonun değerlendirilmesi için AT/AN oranı, rotasyonun değerlendirilmesi için NAT açısı, hem projeksiyon hem rotasyonu değerlendirmek için Goode oranı (AT/NT), kolumella konumu değerlendirmek için kolumellolabial açı (KLA) kullanıldı. (Resim 1A) İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics V23 programıyla gerçekleştirildi.

Sonuçlar: Hastaların ortalama takip süresi 15 ay (12-19 ay) ve yaş ortalaması 21,9'du (18-37). Cinsiyet dağılımına bakıldığında 18 kadın ve 15 erkek hasta olduğu görüldü. Dudak yarığı tipi değerlendirildiğinde 8 hastada bilateral dudak yarığı, 11 hastada sağ ve 14 hastada sol dudak yarığı olduğu görüldü. 26 hastada damak yarığı eşlik ederken 7 hastada eşlik etmiyordu. Gruplar arasında takip süresi, yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı ve yarık tipi açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Preoperatif ve cerrahi sonrası intraoperatif fotoğraflar değerlendirildiğinde, KSG ve SEG kullanılan hastaların AT/AN oranı, NAT açısı, AT/NT oranı ve KLA açısı parametrelerinin normal dağılım gösterdiği ve bunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hastaların AN uzunluğunun zamanla değişmediği görüldü. Postoperatif 1. ay, 6. ay ve 12. ay ölçümlerinde KSG konulan grupta SEG konulan gruba göre AT/AN oranında anlamlı bir düşüş olduğu görüldü ($p<0,05$). Grup içi ölçümlere bakıldığında KSG konulan hastalarda 1.ay, 6 ay ve 12. ay değerlendirmelerinde AT/AN oranında istatistiksel olarak gitgide anlamlı bir düşüş olduğu görülürken, SEG konulan hastalarda 1. ay oranı, 6. ay ve 12. ay oranından anlamlı olarak yüksek bulunmuş fakat 6. ay ve 12. ay oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. NAT açısı incelendiğinde, SEG konulan hastalarda intraoperatif değer 1. ay, 6. ay ve 12. ay değerlerinden anlamlı olarak daha az bulunurken; 1. ay, 6. ay ve 12. ay değerlerinde kendi aralarında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. KSG kullanılan grupta ise intraoperatif, 1. ay, 6. ay ve 12. ay NAT açısı değerinin anlamlı olarak gitgide arttığı bulunmuştur. KSG grubunda SEG grubuna göre NAT açısında uzun dönemde anlamlı artış olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Goode oranına bakıldığında SEG kullanılan hastalarda intraoperatif oran 1. ay, 6. ay ve 12. ay oranından anlamlı olarak yüksek bulunurken; 1. ay, 6. ay ve 12. ay oranları kendi içlerinde anlamlı olarak farklılık göstermemiştir. KSG kullanılan grupta intraoperatif, 1. ay, 6. ay ve 12. ay Goode oranlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde gitgide azaldığı görülmüştür. KSG grubunda SEG grefti grubuna göre Goode oranında uzun dönemde anlamlı düşüş olduğu görülmüştür ($p<0,05$). KLA açısı her iki grupta ve tüm zamanlarda anlamlı şekilde azalmıştır ($p<0,05$) ancak iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).(Tablo 1)

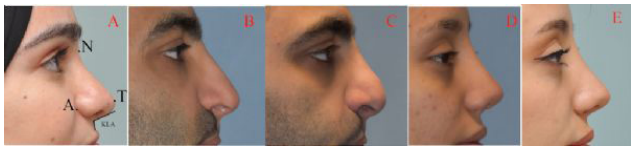
Tartışma: Sekonder dudak yarığı burnu rinoplastisinde en önemli sorunlardan biri ameliyat sonrası artırılmış projeksiyon ve rotasyonun zaman içerisindeki kaybıdır. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde her iki grupta iyileşmenin başlarında projeksiyon kaybının bir miktar olduğu fakat 6. aydan sonra SEG konulan grupta bunun durduğu görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmada SEG'in burun ucu projeksiyonunu uzun dönemde daha iyi koruduğu gösterilmiştir. Rotasyon kaybı değerlendirildiğinde 1. aya kadar her iki grupta kayıp olurken SEG grubunda 1. aydan sonra kayıp olmadığı görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmada SEG'in rotasyonu uzun dönemde daha iyi desteklediği görülmüştür. KLA açısının zamanla azalıyor olması kolumellanın kaudale migrasyonu, kolumellar taban

ödeminin gitgide azalması ve burun ucu rotasyon kaybı gibi parametrelere bağlı olabilir. KLA açısında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaması KSG veya SEG kullanılması halinde bu parametrelerdeki değişimlerin toplam etkisinin açıda zamanla benzer değişimlere sebep olmasına bağlı olabilir. KSG kullanılan hastalarda strut greftine ek olarak projeksiyon ve rotasyonu destekleyici yöntemler olarak septokolumellar dikiş ya da tongue-in-groove gibi teknikler kullanılabilir ve böylelikle projeksiyon ve rotasyon kaybı azaltılabilir. Ancak çalışmada bu teknikler kullanılmamıştır. Bu yardımcı tekniklerin etkinlikleri bu çalışmanın kapsamı dışındadır. Çalışmanın diğer kısıtlılıklarına bakıldığında dudak yarıklarının bilateral olması ve tek taraflı olması burun deformitesinin şiddetini etkilemektedir. İlerleyen çalışmalarda bilateral ve tek taraflı yarıklar ayrı ayrı değerlendirilerek daha homojen gruplar oluşturularak çalışmalar tasarlanabilir. Ayrıca fotoğraflar sağ yan açıdan çekildiği için dudak yarığının sağ veya sol taraflı olması çalışmanın sonucunu etkilemiş olabilir. Hasta sayısının ilerleyen çalışmalarda artırılması sonuçları daha güvenli kılacaktır.

Sonuç: Dudak yarığı burnu cerrahisi sonrası gerek KSG gerekse SEG kullanılan gruplarda erken dönemde burun ucu projeksiyonu ve rotasyonunda bir miktar düşüş görülse de uzun dönemde SEG burun ucuna projeksiyon ve rotasyon açısından daha iyi bir destek sağlamaktadır. Çalışmamızın bulguları ışığında dudak yarığı burnu rinoplastisinde SEG'in uzun dönemde daha stabil sonuçlar verdiği, KSG'in ise burun ucu projeksiyonu ve rotasyonunun uzun dönemde korunmasında tek başına yetersiz kalıp yardımcı ek teknikler gerektirebildiği sonuçları çıkartılabilir.

Anahtar Kelimeler: burun projeksiyonu, burun ucu rotasyonu, dudak yarığı burnu, kolumellar strut greft, septal ekstansiyon grefti

Burun projeksiyonu ve burun ucu rotasyonunun zaman içerisindeki değişimi



A: Çalışmada kullanılan açılar ve oranlar görülmektedir; N:Nasion, A: Alar katlantı orta noktası ortası, T: Burun ucu tanımlayıcı nokta, KLA: Kolumellalabial açı B: Kolumellar strut greft konulan hastanın postoperatif 1. ay sonucu C: Kolumellar strut greft konulan hastanın postoperatif 12. ay sonucu D: Septal ekstansiyon grefti konulan hastanın postoperatif 1. ay sonucu E: Septal ekstansiyon grefti konulan hastanın postoperatif 12. ay sonucu

Kolumellar strut greft ve Septal ekstansiyon grefti konulan hastaların fotoanaliz ölçüm sonuçları

	KSG				SEG			
	İntraoperatif	Post op 1. ay	Post op 6. ay	Post op 12. ay	İntraoperatif	Post op 1. ay	Post op 6. ay	Post op 12. ay
AT/AN	0,6475	0,5975	0,5675	0,5363	0,6313	0,6050	0,5800	0,5688
NAT açısı	64,3750	71,0000	76,0000	80,8750	61,2500	65,6250	67,8750	69,1250
Goode oranı	0,7088	0,6663	0,6075	0,5613	0,7200	0,6738	0,6575	0,6500
KLA	112,3750	107,3750	101,1250	95,0000	104,6250	100,7500	97,0000	93,7500

SEG grubu ve KSG grubunun AT/AN, NAT açısı, Goode oranı ve KLA değerinin ortalamalarının zamana göre değişimleri görülmektedir.

SB-100

Veau tip 1 ve tip 2 damak yarığı olgularında ameliyat öncesi Z skoru analizi ile malnütrisyonun değerlendirilmesi

Mehmet Korkut[1], Alirza Jahangirov[1], Erol Kozanoğlu[1], Bora Edim Akalın[1], Dicle Aksöyler[1], Tuğba Kozanoğlu[2], Ufuk Emekli[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Dudak ve damak yarıkları baş boyun bölgesinin en sık görülen konjenital anomalisidir. Sendromlar ile birlikte görülebileceği gibi daha sıklıkla izole dudak ve damak yarığı olarak izlenmektedir. İnsidansı ırklara ve ülkelere bağlı olarak değişmek ile birlikte yaklaşık her bin doğumda bir görülür. Çalışmalara göre 5 yaş altı çocukların %13.5 'u normalden zayıf olarak bildirilmiştir. Bunun ile global veriler kıyaslandığında izole dudak, izole damak ve dudak ve damak yarığı nedeniyle ilk defa opere edilecek hastalarda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın amacı izole Veau tip 1 ve tip 2 damak yarıklarında malnütrisyon sıklığının kendi hasta grubumuzda değerlendirilmesidir.

Hastalar-Method: Çalışmaya Kasım 2019-Şubat 2022 tarihleri arasında Anabilim Dalımıza başvuran izole Veau tip 1 ve tip 2 damak yarığı olan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar ameliyattan bir gün önceki yaşı (ay), boyu (santimetre), ağırlığı (kilogram) ve hemoglobin (gram/desilitre) değerleri not edilmiş olup malnütrisyon değerlendirmesi için Z skorları hesaplanmıştır. Z Skoru, yaşa göre boy; 0 ile +1 ve -1 arası normal, -1 ve -2 arası hafif malnütrisyon, -2 ve -3 arası orta malnütrisyon, -3 altı ağır malnütrisyon, +1 ve +2 arası kronik hafif şişmanlık, +2 ve +3 arası kronik orta şişmanlık, +3 ve üzeri kronik ağır şişmanlık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 40 hasta dahil edildi. Hasların 14'ü erkek ve 26'sı kızdı. Dokuz hastada malnütrisyon izlenmedi. Sekiz hastada kronik hafif malnütrisyon, beş hastada kronik orta malnütrisyon, on üç hastada kronik ağır malnütrisyon izlendi. Ayrıca iki hastada kronik hafif şişmanlık, iki hasta kronik orta şişmanlık ve bir hastada kronik ağır şişmanlık izlendi. Toplamda %53.8 hastada malnütrisyon izlendi.

Tartışma: Damak yarığı olan hastalarda karşımıza çıkan en önemli problemlerden biri beslenmedir. Yeterli negatif basınç oluşturamayan bu çocuklarda emme sorunu bu güçlüğün temelinde yatmaktadır. Yeterli beslenmenin yapılamaması, üst solunum yolu enfeksiyonlarına olan yatkınlık ile beraber cerrahi öncesi dönemde malnütrisyona zemin hazırlamaktadır. Bu durumun önüne geçilmesi amacıyla doğumdan cerrahi öncesi döneme kadar olan süreçte ebeveynleri profesyonel beslenme uzmanı desteğine yönlendirmeli ve takip etmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Veau sınıflandırması, yarık damak, yarık dudak, yaşa göre boy, Z skoru

Z skoru tablosu

Hastalar	Ay	Kilogram	Hgb (g/dL)	Boy(santimetre)	Yaşa göre tartı	Yaşa göre boy	Boya göre tartı	Z skoru
Hasta 1	4	6.5	11.1	62	-0.23	-0.53	0.21	Malnütrisyon yok
Hasta 2	8	8	11.7	69	-0.1	-0.21	0.06	Malnütrisyon yok
Hasta 3	13	10.2	12.6	75	0.29	-0.81	0.84	Malnütrisyon yok
Hasta 4	14	11	11.3	80	0.69	0.56	0.61	Malnütrisyon yok
Hasta 5	18	10	12	80	-0.27	-0.42	-0.1	Malnütrisyon yok
Hasta 6	18	10	13	84	-0.27	0.94	-1.07	Malnütrisyon yok
Hasta 7	18	13	11.5	83	1.41	-0.03	1.92	Malnütrisyon yok
Hasta 8	14	9	12.3	74	0.69	0.56	0.61	Malnütrisyon yok
Hasta 9	14	8.5	12.9	75	-0.91	-0.71	-0.83	Malnütrisyon yok
Hasta 10	7	7	12.4	61	-0.9	-3.02	1.42	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 11	26	7	13.8	79	-4.79	-3.41	-4.66	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 12	13	9	12.1	67	-0.26	-3.34	1.9	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 13	19	6.8	11.2	67	-3.74	-5.18	-1.14	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 14	20	10	12.2	67	-0.6	-5.33	2.96	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 15	22	9	11.8	73	-2.43	-4.56	-0.12	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 16	18	9	11.4	71	-1.15	-3.49	0.79	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 17	16	12	11.2	71	1.1	-3.73	3.84	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 18	48	13	12.6	90	-1.63	-3.02	0.31	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 19	19	10	13.5	70	-1.05	-4.93	2.02	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 20	11.5	8	11.1	64	-0.94	-3.93	1.65	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 21	11	8	11.1	63	-0.83	-4.11	2.01	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 22	11	8.3	10.8	65	-0.53	-3.32	1.69	Kronik ağır malnütrisyon
Hasta 23	19	10.8	12.3	79	-0.36	-1.7	0.61	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 24	9	8	10.9	69	-1.13	-1.64	-0.3	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 25	48	18	12	98	0.76	-1.17	2.18	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 26	18	10.5	11.6	78	0.08	-1.2	0.87	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 27	17	12	11.8	78	0.92	-1.41	2.03	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 28	17	12	12.6	77	1.35	-1.11	2.47	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 29	10	6.7	13	68	-2.18	-1.83	-1.64	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 30	11	8	12.3	69	-0.89	-1.89	0.06	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 31	13	7	9.5	72	-3.11	-2.05	-2.99	Kronik orta malnütrisyon
Hasta 32	16	10	11.8	74	-0.55	-2.59	0.87	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 33	16	10.5	9.7	75	-0.11	-2.2	1.18	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 34	22	12	11	79	0.1	-2.54	1.83	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 35	30	12.5	13.4	84	-0.2	-2.19	1.42	Kronik hafif malnütrisyon
Hasta 36	11	11.5	11	85	1.72	4.15	0	Kronik ağır şişmanlık
Hasta 37	15	12.5	12.4	85	1.99	2.5	1.19	Kronik orta şişmanlık
Hasta 38	15	12	11.4	84	1.68	2.14	0.98	Kronik orta şişmanlık
Hasta 39	10	9.5	12.1	75	0.79	1.12	0.42	Kronik hafif şişmanlık
Hasta 40	14	11.8	11.1	82	1.33	1.36	1.02	Kronik hafif şişmanlık

SB-101
Sekonder Yarık Damak Onarım Yaklaşımları

Pınar Özbilgehan, Rıza Türk, Özge Utku, Ahmed Şamil Güvel, Bora Özkale, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar

Ankara Şehir Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Ankara

Giriş: Sekonder yarık damak deformitelerinin tedavisi en tecrübeli cerrahlar için bile zorlayıcıdır. Cerrahi zamanlamanın bağlı olduğu deformitenin ciddiyeti ve hastanın yaşının yanı sıra önceki operasyonların bilinmesi ve problemin doğru analizi önem taşımaktadır. Amaç normal konuşma, resonansın sağlanması, hava kaçağı, nasal regürjitasyonun önlenmesi olan yarık damak onarımında velofaringeal yetmezlik ve fistül gelişebilmektedir. Velofaringeal yetmezlik için furlow palatoplasty gibi damağı uzatacak yöntemler kullanılmaktadır. Postoperatif dönemde 0 ile %70 arasında değişen oranlarda gelişebilen fistüller boyutlarına göre alveolar kemik grefti, lokal flepler, dil flebi, fasiyal arter muskulomukozal flebi (FAMM),bukkal yağ yastığı flebi, serbest fleplerle kapatılmaktadırlar. Bu sunuda kliniğimizde sekonder yarık damak onarımı yaptığımız hastaları ve kullandığımız teknikleri göstermek amaçlanmıştır.

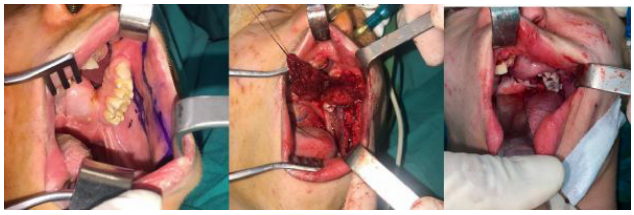
Gereç ve yöntem: 2019 yılından 2021 yılına kadar Ankara Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğimizde yarık damak onarımı sonrası fistül gelişmesi sebebi ile opere ettiğimiz yaşları 18 ay ile 20 arasında değişen hastalara yer verildi. Fistüller fasiyal arter muskulomukozal flep (FAMM) ve lokal fleplerle rekontrükte edildi. Fistül gelişen hastaların önceki operasyonları, fistül lokalizasyonu ve boyutları; fistül onarımı sonrası dehisans ve/veya rekürens varlığı kaydedildi.

Bulgular ve Tartışma: Yarık damağın primer onarımı amacıyla 2 flep kombine edilerek damak rekonstrüksiyonu yaptığımız hastalarda fistülün daha sıklıkla gerginliğin daha fazla olduğu 2 flebin kesişim bölgesinde oluştuğunu gördük.VEAU tip 2 olan bu hastalarda ilk operasyonda damak yarığı onarımı için V-Y pushback ve von langenbeck furlow palatoplasty ile birlikte kullanıldı. Bu hastalarda lokal flepler ile fistül rekonstrüksiyonu yapılmış olup, hiçbir hastada rekürrens ve dehisans görülmedi.VEAU tip 3 olan, sert damak anteriorundan orta hatta ulaşan fistülün FAMM flep ile rekonstrükte edildiği hastada(Fig.1) dehisans gelişmiş olup var olan flebin transpozisyonu ile rekonstrüksiyon sağlandı.FAMM flep lokal fleplerle kapanması mümkün olmayan fistüller için iyi bir seçenektir. Ancak bizim vakamızda da görüldüğü üzere lokal fleplerle kapanması mümkün olmayan özellikle anterior sert damakta yer alan geniş fistüller tekrarlayabilmekte ve ek operasyonlara ihtiyaç duyulabilmektedir.

Sonuç: Fistül oluşumunu önlemede gerilimsiz kapama ve iyi postoperatif bakım önem taşısada fistül oluşumu gerçekleşebilmekte ve sekonder operasyon ihtiyacı doğabilmektedir. Küçük defektler için lokal transpozisyon flepleri çoğunlukla yeterli olurken, özellikle anterior sert damağı ilgilendiren daha geniş fistüllerde FAMM flep iyi vaskülarizayonu ile iyi bir seçenek olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: damak, FAMM, fistül, lokal, sekonder, yarık

Fig.1 Anterior sert damaktan orta hatta uzanan fistülün FAMM flep ile kapatılması



SB-102

Suriye iç savaşı sonrası 2012-2022 yılları arasında kliniğimizde opere edilen dudak-damak yarıklı hastaların değerlendirilmesi

Hudu Huduyev, Ömer Kokaçya, İbrahim Tabakan, Eyüphan Gencel, Osman Metin Yavuz

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

Giriş ve Amaç: Dünyada görülme sıklığı 1000 doğumda 1 olarak kabul edilen dudak ve damak yarıkları en yaygın doğum anomalilerinden birisidir. Dudak damak yarıkları, çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimi sonucu oluşan multifaktoriyel bir hastalıktır. Etyolojisi günümüzde tam olarak bilinmemektedir. Ancak yarık dudak ve damak oluşturan faktörlerin başında akraba evlilikleri, gebelikte sigara ve alkol kullanımı, epilepsi ilaçları, warfarin gibi antikoagülan ilaçlar, antiromatizmal ilaçlar, vitamin ve folik asit eksiklikleri gelmektedir. 2011 yılında başlayan Suriye iç savaşının başlangıcında travma hastalarına ülkemizde müdahale edilmeye başlandı. Daha sonra savaş nedeniyle ülkemize göç eden mültecilerin konjenital anomali gibi elzem patolojilerine yönelik ameliyatlar da yapılmıştır. Bu çalışmada 2012-2022 yılları arasında dudak-damak yarıkları nedeniyle kliniğimizde opere edilen Suriyeli mülteci hastaların verileri değerlendirilerek literatürle farklılıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 2012-2022 yılları arasında 10 yıllık dönemde kliniğimize başvuran doğuştan dudak-damak yarığına sahip olan ve tarafımızca ameliyat edilen hastaların dosyaları tarandı. Hastalar; yaş, cinsiyet, yarık tipi, operasyon tekniği ve gelişen komplikasyonlar açısından incelendi.

Bulgular: 10 yıllık dönemde 87 hastaya toplam 105 operasyon yapıldı. K/E oranı 35/52 idi. Ortalama yaş; dudak yarığı nedeniyle opere edilen hastalarda 9 ay, damak yarığı nedeniyle opere edilenlerde 48,4 ay olarak hesaplandı.

38 dudak yarığı operasyonunun 31'ine Millard, 7'sine Tennison tekniği uygulanmıştır.

28 komplet damak yarığı Bardach tekniği onarılırken 19 inkomplet damak yarığının 15'i von Langenbeck, 4'ü ise Furlow double opposing z plasti tekniğiyle onarılmıştır. Postoperatif 20 damak yarığı hastasında oronazal fistül gelişmiştir. Bu hastaların 13'ü tekrar opere edilirken 7 hastada takiplerde fistülün kapandığı görülmüştür.

Tartışma: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak erkek hastalarda dudak-damak yarığı daha sık görülmektedir. İdeal dudak yarığı onarım yaşı 2-3 ay, damak yarığı onarım yaşı 12-18 ay iken çalışmamızda opere edilen hastaların ortalama yaşlarının fazla olduğu görülmektedir. Bu nedenle hastalarda ilerleyen yıllarda konuşma problemlerinin daha fazla olacağı ön görülmektedir. Ebeveynlerin dil problemi ve iletişimsizlik ve kültürel farklılıklar nedeniyle preoperatif ve postoperatif önerilere uymadığı saptanmıştır. Ayrıca mülteci hastaların mevcut sevk zincirindeki aksaklıklar, yaşadıkları kamp alanlarından izin alamamaları ve ulaşım ile ilgili sorunlar nedeniyle kontrol randevularına gelemedikleri gözlemlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı komplikasyon oranlarının arttığı görülmüştür.

Sonuç: Hem aileler hem de çocuklar için önemli tıbbi ve psikolojik problemlere yol açabilen DDY anomalilerinin uygun zamanda tedavisinin yapılması ve normal büyümesinin sağlanması için farklı disiplinlerin bir arada olduğu DDY merkezlerine ihtiyaç vardır.

Dudak damak anomalileri hem aileler hem de çocuklar için önemli tıbbi ve psikolojik problemlere yol açmaktadır. Yıllarca süren bir tedavi sürecine sahip olan bu anomalilerde, doğru zamanda ameliyatların yapılması, uygun beslenme ve postoperatif bakım koşullarının sağlanması oldukça önem taşımaktadır. Mülteci hastalarda bu koşulların sağlanması oldukça güç olduğundan daha fazla komplikasyon görülmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: damak yarığı, dudak yarığı, mülteci, savaş

SB-103

Alveoler Yarık Onarımında Kullanılan Kemik Greft Viyabilitesinin Değerlendirilmesinde Chealsea Skorlamasının Kullanılması

Özge Eren, Hüseyin Emre Ulukaya, Merve Özger, Safa Eren Atalmış, Cenk Demirdöver

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Alveolar yarık rekonstrüksiyonu dudak ve damak yarıkları kadar araştırma konusu olmamıştır. Alveolar yarık onarımına ait yöntemler, onarım yaşı, kullanılan kemik greftinin nerden alınacağına dair hala tam bir fikir birliği mevcut değildir. Bu çalışmada kliniğimizde rekonstrükte edilen alveolar yarıklarda hangi cerrahi yaklaşımın uygulandığı, hastaların yaş ortalaması ve bu parametrelerin rekonstrüksiyondaki başarısı Chealsea skorlamasına göre irdelenecektir.

Gereç-Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 2009-2022 yılları arasında alveolar yarık rekonstrüksiyonu uygulanan 21 erkek%53.8) ve 18 kadın(%46.2) olmak üzere toplam 39 alveolar yarık hastası değerlendirildi. Defektler lokalizasyonuna göre önce maksillanın sağ tarafında, sol tarafında ve bilateral olmasına göre; alt grupta ise santal insisiv, lateral insisiv, canin,1.premolar dişlerin arasında olma durumuna göre sınıflandırıldı. Operasyon çeşidi olarak kliniğimizde uygulanan gingivopalatoplasti, kemik greftler ile onarım alınan donör alana göre iliak kemik grefti, kosta kemik grefti ve premaksiller kemik grefti olmak üzere operasyon tipine göre incelendiler. Kemik grefti kullanılan olgular kendi içlerinde mini plak ve vida kullanılıp kullanılmamasına ve kullanılıyor ise ortalama kaç yıl sonra plak çıkarılması operasyonuna incelendiler. Ayrıca opere edilen yarıklarda tekrar operasyon gerekliliği olup olmadığı da araştırmada incelendi. Uygulanan kemik grefti sonrası yöntemlerinin kullanımına bağlı greft viyabilitesi ile operasyon yönteminin ilişkisi değerlendirildi. Greft viyabilitesi Chealsea skorlaması baz alınarak irdelendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 10.3 (5-20 yıl) olan, 21(%53.8)'i erkek ve 18(%46.2)'i kadın olmak üzere toplam 39 alveolar yarık hastası değerlendirildi. Alveoler yarık hastalarından 15(%38.4)'inde alveoler yarık sol tarafta saptanırken, 10(%25.6)'unda sağ tarafta, 14(%35.8)'ünde ise bilateral olduğu saptandı. Defektlerin 11(%28.2)i santral insisiv ile lateral insisiv dişler arasında, 9 (%23)'u lateral insisiv ve kanin dişler arasında iken geriye kalan 19(%48,71)'u ise literatürde sınıflandırma dışında bırakılan lokalizasyonlarda olduğu saptandı. Alveolar yarık hastalarının 12(%30.7)'sine gingivopalatoplasti,27(%69.2)'sine kemik grefti ile onarım yapıldı. 27 kemik greftinin 24(%88,88)'ü iliak kemik grefti, 1(%3,7) i maksiller segmentten alınan kemik grefti 2(%7,4)'si ise kosta greftiydi. 1 gingivopalatoplasti ve 1 iliak kemik grefti uygulaması başarısız oldu ve 2 hastada tekrarlayan operasyonlar gerekti. Kemik grefti uygulanan vakaların 14 (%51.8) tanesinde mini plak ve vida kullanılarak onarım yapıldı. 16(%41,02) hastanın preoperatif ve postoperatif panoramik çene grafileri karşılaştırılarak Chealsea skorlamasına göre kemik grefti viyabilitesi değerlendirildi.Geriye kalan 23 hastanın preoperatif ve postoperatif panoramik çene grafisi olmaması nedenli Chealsea skorlamasına göre değerlendirilemedi. 16 hastanın 1(%6,25)'nde bilateral alveolar yarık bulunurken 6(%37,5)'sında sağ, 9 (%56,25)'unda sol taraf yarık rekonstüksiyonu yapıldı. Bilateral alveolar yarık onarımı yapılan hastanın soldaki yarığı tip B olarak değerlendirilirken sağdaki yarığı tip C olarak değerlendirildi.Sonuçta 17 değerlendirmeden 6 adet tip A (%35.2), 4 adet tip B(%23.5), 3 adet tip C(%17.6), 3 adet tip D(%17.6), 1 adet tip F(%5.8) olmak üzere Chealsea skorlamasına göre değerlendirildiler.

Tartışma: Yaş ortalaması 10.3 (5-20) 21 erkek(%53.8) ve 18 kadın(%46.2) olmak üzere toplam 39 alveolar kleft hastası tespit edildildi. En sık alveolar kleft maksiller kemiğin sol tarafında saptandı. Literatürün aksine bizim çalışmamızda defektin en sık santral ve lateral insisiv dişler arasında olduğu görüldü. İliak kemik grefti ile onarım yapılan 16 hastanın preop ve postop opgleri karşılaştırılarak kemik grefti viyabilitileri Chealsea sınıflaması baz alınarak değerlendirilerek iliak kemik greftinin viyabilite oranı anlaşılmaya çalışıldı. Farklı hastalara ait postoperatif panoramic çene grafilerinin, postoperatif aylarındaki farklılıklar çalışmanın zayıf yönününü oluştursa da iliak kemik greftlerinin rekonstrüksiyondaki başarısı çalışmamızla ortaya kondu.

Anahtar Kelimeler: alveoler yarık, chealsea skorlaması, iliak kemik grefti, yarık damak, yarık dudak

SB-104

Akut ilerleyici diyabetik ayak enfeksiyonu ile seyreden vakalarda iki aşamalı major ampütasyon tekniği sonuçlarımız

Cemal Burak Sirkeci, Servet Yekta Aydın, Oğuz Yıldırım, Anıl Demiröz, Yağmur Aydın

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

Giriş: Akut ilerleyici diyabetik ayak enfeksiyonları klinik pratikte sık karşılaşılan durumlardandır. Bazı hastalarda küçük eklem ampütasyonları, insizyon, drenaj ve debridman işlemleri yeterli olabiliyorken; septiseminin önlenememesi, minör ampütasyonların yetersiz kalması ve debridman sonrası ambulasyona uygun fonksiyonel ayak yapısı kalmaması durumunda majör ampütasyon gerekebilmektedir. Majör ampütasyon ve eş seanslı kapama uygulanan hastalarda güdük enfeksiyonu ve diğer komplikasyon riskleri fazladır. Bu riski azaltmak amacıyla klasik giyotin ampütasyon tekniği kullanılmaktadır. Ancak bu tekniğin çeşitli dezavantajları mevcuttur. Bu dezavantajlardan kaçınmak amacıyla kliniğimizde ekol olarak uygulanan tibiotalar dezartikülasyon ve vertikal krural fasyatomi operasyonunu takiben septik tablo düzeldikten sonra transtibial ampütasyon uygulanmaktadır.

Gereç-Yöntem: 2016-2022 yılları arasında kliniğimizde yapılmış 56 transtibial ampütasyon hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Kayıtlar retrospektif olarak hastane sisteminden incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Sadece diyabet tanılı olup akut ilerleyici diyabetik ayak enfeksiyonu tablosundaki hastalar çalışmaya katılmıştır; farklı etyolojik nedenlerle transtibial ampütasyon veya transtibial ampütasyon dışı majör ampütasyon yapılan hastalar dahil edilmemiştir. Hastaların demografik verileri, operasyon öncesi laboratuar değerlerleri (WBC, CRP, Albumin) ve operasyon sonrası komplikasyonlar kaydedilmiştir.

Cerrahi Teknik:

1. Tibiotalar dezartikülasyon ve vertikal krural insizyon: Rejyonel veya periferal sinir bloğu altında uygulanır. Plantar fleksiyon pozisyonunda tibiotalar ekleme giriş kolaylaştırılır. Her iki malleol seviyesinden sirkumferensiyal insizyon ile girilir. Anteriordan posteriora tüm anatomik yapılar kesilerek dezartikülasyon tamamlanır. Sonrasında, enfeksiyonun krurise yayılması şüphesi durumunda V. Saphena magna ve parva doğrultusunda vertikal krural fasyatomiler açılır.
2. İnterval Periodu: Açık yaralar günde iki kez olmak üzere ılak nemli pansumanlar ile takip edilir. Yatak istirahatı, ilgili ekstremitenin elevasyonu, seri debridman ve uygun antibiyoterapi uygulanır. Enfeksiyonun klinik ve laboratuvar verileri takip edilir.
3. Sekonder transtibial ampütasyon: Posterior flep ile kapamaya uygun geleneksel transtibial ampütasyon uygulanır.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında akut ilerleyici yumuşak doku enfeksiyonu nedeniyle 56 hastaya iki aşamalı transtibial ampütasyon uygulanmıştır. Bu hastalardan 38'i (%67) erkek iken 18'i (%33) kadındır. Yaş ortalaması 62,8 olarak hesaplanmıştır. İki aşama arasındaki aralık 14,48 gün olarak hesaplanmıştır. Hastaların operasyon sonrası takiplerinde sadece 5 hastada (%8,9) ampütasyon güdüğünde detaşman gelişmiştir. Detaşman gelişen hastaların takibinde daha yüksek seviye major ampütasyon gerekmiştir. Hastaların sekonder transtibial ampütasyon öncesi laboratuvar enfeksiyon parametreleri açısından beyaz küre sayısı, bir pozitif akut faz reaktanı olan CRP ve bir negatif akut faz reaktanı olan albumin değerlerinin ortalamaları alınmıştır. Komplikasyonsuz iyileşme sağlanan hastalarda ampütasyon öncesi ortalama beyaz küre sayısı 10,74, CRP değeri 84 ve albumin değeri 2,93 olarak hesaplanmıştır. Detaşman gelişen hastalarda ise ortalama beyaz küre sayısı 12,34, CRP değeri 115 ve albumin değeri 2,85 olarak hesaplanmıştır.

Tartışma: Orta ve arka ayağı etkileyen, septik ve hayatı tehdit eden akut ilerleyici diyabetik ayak enfeksiyonu mevcudiyetinde major ampütasyon kararı alınabilir. Tek aşamalı veya iki aşamalı olarak majör ampütasyon uygulanmaktadır. Tek aşamalı nihai transtibial ampütasyon yapılan hastalarda operasyon öncesi akut ilerleyici yumuşak doku enfeksiyonu bulunması nedeni ile yara yeri enfeksiyon riski yüksektir. Literatürde diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle transtibial ampütasyon uygulanan hastalarda uzamış yara iyileşme oranı %20-45 arası olarak

gösterilirken, bir üst seviye ampütasyon gereksinimi ortalama %15 olarak hesaplanmıştır. İki aşamalı bir prosedür olan klasik giyotin ampütasyon tekniğinin ise; korunması gereken anatomik yapıların enfeksiyonu ve nekrozu, operasyon sonrası dönemde kasların fizyolojik retraksiyonu ve bu nedenle kısa ampütasyon güdüğü ve fleksiyon konraktürü gibi dezavantajları mevcuttur.

Vertikal krural insizyon içeren tibiotalar dezartikülasyon ve takiben uygulanan sekonder transtibial ampütasyon daha hızlı ve uygun bir tekniktir. Septik tabloda uygulanan hızlı tibiotalar dezartikülasyon ile postoperatif erken dönemde septik bulgular saatler içerisinde geriler. Kruriste akut enfeksiyon bulgularının saptanması veya kuşkusu durumunda da vertikal krural insizyonlar ile ilgili kompartmanların drenajı sağlanır. İnterval periodu sırasında akut ilerleyici yumuşak doku enfeksiyonu bulgularının gerilediği laboratuvar değerleri ile de verifiye edilir. Literatürde bu çalışmada olduğu üzere sekonder ampütasyon öncesi enfeksiyon bulgusu olarak değerlendirilebilecek laboratuvar verilerini hesaplayan benzer bir çalışma yoktur. Bu çalışma ile preoperatif beyaz küre sayısı, CRP ve albümin değerleri ile ampütasyon sonrası güdükte detaşman ihtimali arasında korelasyon kurulmuştur. Böylece sekonder transtibial ampütasyonlar sonucunda bir üst seviye majör ampütasyon oranı (%8,9) azalır. Bu yöntem ile beraber, konkomitan sistemik hastalıkları ve düşük kardiyopulmoner rezervi nedeniyle immobilizasyonu riskli olan hastalar için erken ambulasyon imkanı tanınır.

İki aşamalı transtibial ampütasyonun avantajlarının yanı sıra dezavantajları da mevcuttur. Bunların arasında; iki aşama arasında geçen artmış hastane yatış süreci, bu süreçte hastaya yüklenebilecek morbiditeler ve buna bağlı artan maliyet gösterilebilir.

Sonuç: İki aşamalı transtibial ampütasyon, septik tablodaki ekstremite koruyucu cerrahiye uygun olmayan diyabetik ayak hastalarında kullanılan güvenli ve fonksiyonel bir metodtur. Klasik diz altı ampütasyon teknikleri ile karşılaştırıldığında, interval periodunda laboratuvar değerleri olarak enfeksiyon parametrelerinde gerileme sağlanması koşulunda, derin anatomik yapıların enfeksiyonları ve ampütasyon güdüğünde gelişen komplikasyonlar daha az görülür. Böylece hasta ambulasyonunu sağlayan uygun protez kullanımı için fonksiyonel bir ampütasyon güdüğü sağlanır.

Anahtar Kelimeler: diyabetik ayak, major ampütasyon, tibiotalar dezartikülasyon, transtibial ampütasyon

SB-105

Plasentanın mikrocerrahi eğitiminde kullanılabilirliği: Kapsamlı mikrocerrahi deneyimi için önerilen yöntemler

Moath Zuhour, Bilsev İnce, Pembe Oltulu, Orhan Gök, Fatih Kabakaş, Mehmet Dadacı

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

Giriş: Rekonstrüksiyonda mikrocerrahinin yaygın şekilde uygulanmasıyla birlikte mikrocerrahi eğitimi de önem kazanmıştır. Hastalarda uygulamaya geçmeden önce, cerrahların mikrocerrahi alanında el becerilerini geliştirmek ve mikro-aletlere hâkim olmak için kurs alması neredeyse rutin hale gelmiştir. Genelde beş gün toplam 40 saat şeklinde düzenlenen temel mikrocerrahi kurslarında en çok kullanılan model canlı rat olmasına rağmen, cansız tavuk budu, cansız hindi kanadı ve cansız domuz budu gibi başka modeller de kullanılmaktadır(1-4). Cansız hayvanların dokuları perfüze olmadığı için kullanımı sınırlıdır.

Bu çalışmadaki amacımız plasentanın nekroza karşı ne kadar süre dayanıklı olduğunu belirlemek ve mikrocerrahi kursunda damar anastomozu, pulsasyon ve trombüs modeli olarak kullanılabilirliğini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma Nisan-Ağustos 2021 arasında 10 adet dişi rat ve hastanemizin kadın doğum ameliyathanesinden elde edilen 20 adet taze plasenta ile gerçekleştirildi. Tüm plasentalar öncelikle serum fizyolojik ile yıkandı. Ardından plasentanın maternal taraftaki kotelodonlar geride 1 cm doku kalacak şekilde makas ile kesilerek temizlendi. Kordon arter ve veninden birer adet 8 numaralı idrar sonrası takılarak damarlardaki trombüsler makasın künt tarafı yardımıyla distale doğru sıvazlanarak temizlendi. Temizlenen plasentalar işlem yapılmadığı zamanlarda buzdolabında 4-8 c ısı altında muhafaza edildi. Plasentaların 10'u mikrocerrahi işlemler için ayrıldı, diğer 10 tanesi ise histopatoljik çalışma için incelemeye alındı.

Histopatoljik çalışma için ayrılan 10 adet plasentanın damarları 9 seviyeye ayrıldı. Bu seviyelerden her gün biyopsi alındı. İskemi süresini eşitlemek amacıyla kurs saatleri boyunca histopatolojik inceleme için ayrılan 10 adet plasenta dolaptan çıkarıldı. Histopatojik olarak her seviyeden alınan damarların çapları, endotel, media ve adventisya tabakalarının iskemiye karşı dayanıklılıklarına bakıldı.

Mikrocerrahi kursunun 5. gününde sinir koaptasyonu yapıldığı için plasentalar 4 gün boyunca kullanılacak şekilde buzdolabında 4-8 c altında muhafaza edildi. Plasentalar buzdolabından çıkarıldığından SF ile yıkandı ve 30 dk boyunca SF içinde bekletildi. Ardından rat ve insan üzerinde başarılı anastomoz yapabilen 10 tane deneyimli cerraha birer adet plasenta verildi. Plasentalar buz aküsü üstüne yerleştirilerek sıcak iskemi süresi azaltıldı. Kordon veninden verilen sıvının içine metilen blue, arterlere giden sıvıya ise Rifampisin enjekte edildi(Resim 1,A). Sıvılar 1000'cc'lik SF olarak verildi. Yeterli basınç sağlanması için sıvılar serum askısıyla 1,6 m yükseklikte yerleştirildi. 8 saat sonunda plasentalar SF ile yıkanarak buzdolabına yerleştirildiler.

Cerrahlardan birinci günde kordonun hemen distalinde olan arterde anastomoz yapmaları istendi. 2. günde daha distalden ven anastomozu, 3. günde daha distalde arter uç yan, 4.günde ise loop anastomoz yapmaları istendi(Resim 1,B). Her günün sonunda cerrahlardan deneyimlerini anket ile puanladılar (Tablo 1).

Histopatolojik karşılaştırma için 10 adet rattan birer tane femoral ven ve arter alındı.

Trombüs Modeli: Anastomoz hattında trombüs modeli yaratmak için kan merkezinden kullanım tarihi geçmiş, farklı grup antijene sahip kan üniteleri alındı. Her üniteden 1'er cc kan alınarak karıştırıldı. Trombüsün 5-7 dk bekleme süresi sonrası oluştuğu izlendi. Plasenta arterinde anastomozun başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesini takiben, anastomoz hattından iki adet sütür alınarak eğitmen tarafından damarı tıkayacak şekilde trombüs yerleştiridi(Resim 1,C)). Trombüs uygulaması sonrası kursiyerden trombektomi işlemini uygulayıp geçişin kontrol etmesi istendi.

Nabız Modeli: Plasenta damarlarına gerçekçilik katmak için plasentaya giden sıvı Negatif basınç pansuman cihazına bağlandı. Cihaz aralıklı yıkama moduna ayarlanarak giden sıvıya titreşim eklendi. Bu titreşimin nabız şeklinde damara yansıdığı görüldü.

Bulgular: Patolojik incelemede taze plasentanın ortalama arter-ven damar çapları şu şekildeydi: segment 1: 76-80 M, segment 2: 64-70 M, segment 3: 60-65, segment 4: 30-25, segment 5: 28-20, segment 6: 25-18, segment 7: 18-12, segment 8: 15-10, segment 9: 5-4. Taze plasenta preparatlarında damarların tabakalarında inflamasyon ve nekroz bulgularına saptanmadı.

24 saat beklemiş plasentanın ortalama arter-ven damar çapları şu şekildeydi: segment 1: 75-76 M, segment 2: 62-78 M, segment 3: 42-42, segment 4: 28-30, segment 5: 25-22, segment 6: 24-18, segment 7: 16-13, segment 8: 13-11, segment 9: 6-3. Bu grupta ortalama %5 endotel nekrozu, %10 media nekrozu bulguları saptandı.

48 saat beklemiş plasentanın ortalama arter-ven damar çapları şu şekildeydi: segment 1: 88-46 M, segment 2: 59-49 M, segment 3: 36-28, segment 4: 33-23, segment 5: 33-20, segment 6: 32-28, segment 7: 25-16, segment 8: 14-9, segment 9: 5-2. Bu grupta ortalama %28.8 endotel nekrozu, %38.8 media nekrozu bulguları saptandı.

60 saat beklemiş plasentanın ortalama arter-ven damar çapları şu şekildeydi: segment 1: 79-45 M, segment 2: 55-43 M, segment 3: 44-30, segment 4: 30-24, segment 5: 20-20, segment 6: 19-19, segment 7: 18-16, segment 8: 15-9, segment 9: 7-4. Bu grupta ortalama %48.8 endotel nekrozu, %40.6 media nekrozu bulguları saptandı.

72 saat beklemiş plasentanın ortalama arter-ven damar çapları şu şekildeydi: segment 1: 20-29 M, segment 2: 19-22 M, segment 3: 42-22, segment 4: 24-21, segment 5: 14-18, segment 6: 14-16, segment 7: 14-13, segment 8: 9-10, segment 9: 7-5. Bu grupta ortalama %51.8 endotel nekrozu, %58.1 media nekrozu bulguları saptandı.

Ankete katılan cerrahların taze plasenta için ortalama skorları (Toplam puanx2.22/100) %73.7, 24 saatlik %67.3, 48 saatlik %56.2, 60 saatlik %32.4 ve 72 saatlik %19.5 idi.

Tartışma: Çalışmamızda damar çapları patolojik preparatlardan ölçülmüştür ve ortalama çapları; arter için 88-7, ven için de 80-4 M bulunmuştur. Damar çapları iskemi süresi artınca azalmıştır, bu etki muhtemelen nekrozun damar duvarı zayıflatmasıyla oluşmuştur(5). Oysa bu efekt taze plasentalarda görülmedi. Endotel ve media tabakalarındaki nekroz oranları %5.5'tan %61'e kadar yükselmiştir. Nerkrozun etkisi direk olarak damar çapında ve dolaylı olarak cerrahların anket cevaplarında görmekteyiz. Plastik cerrahların memnuniyet skorları 43.2'den 8'e kadar düştü.

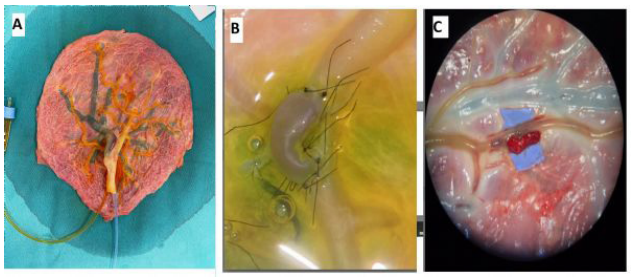
Çalışmamızda var olan Plasenta modeli üzerinde birkaç tane önemli geliştirme eklenmiştir. Birincisi, plasenta çalışma alanın altında buz aküsü yerleştirilerek soğuk iskemi süresi artırılmıştır, ikincisi; plasenta damarları içerisine uyacak şekilde trombüs modeli geliştirildi, üçüncü olarak ve en önemlisi pulsasyon modelinin eklenmesi. Anket sonuçlarımızın özellikle ilk üç günde yüksek olmasını bu eklemelerin sayesinde olduğunu düşünmekteyiz

Literatürde plasenta üzerinde yapılan arter-arter ve arter-ven anastomozlarına ilaveten loop arter grefti ve uç yan anastomozlarını gerçekleştirebildik (6). Bu çalışmada sunduğumuz plasenta haritalandırması aracılığıyla her seviye eğitim ve her çeşit anastomoz için uygun olduğunu göstermekteyiz Çalışmamızın temel kısıtlaması katılımcı sayısının az olmasıdır.

Sonuç: Trombüs, nabız modeli ve artırılmış soğuk iskemi modelinin sayesinde Plasentanın daha gerçekçi bir mikrocerrahi modelinin olabileceğini göstermiş olduk. Damar anastomozu için Plasenta ilk üç gün için uygun olmasına karşın, 48 saat iskemi sonrası anastomoz için uygun değildir. Tasarladığımız mikrocerrahi kursu için ilk gün el hakimiyetini geliştirmek için silikon tip modeli, sonraki üç gün için Plasenta modeli ve son gün sinir koaptasyon için rat modelinin uygun olacağını düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: Anastomoz, Mikrocerrahi eğitimi, Plasenta, Trombüs

Fotoğraf 1



A: Plasentanın Rifucin ve Metilen mavisi verildikten sonraki görüntüsü B: Plasenta üzerinde loop anastomoz görüntüsü C: Plasenta damarı içine yerleştirilen ve sonra çıkarılan trombüs görüntüsü

Tablo 1

1) Plasentada damarı anastomoza hazırlayana kadar geçen süre?
2) Plasentada damar disseksiyon kolaylığı ?
3) Anastomoz süresi ?
4) Plasenta'da damar patensi ?
5) Plasentada arterin kıvamı ?
6) Plasentada venin kıvamı ?
7) Plasenta'nın kokusu ?
8) Uç-uca anastomoz kolaylığı ?
9) Uç-yan anastomoz kolaylığı ?
10) Ven grefti ile anastomoz kolaylığı ?
11) loop anastomoz kolaylığı ?
12) İlk başarılı anastomoz ?
13) Karşı asistan ihtyacı ?
14) Nabız modelinin gerçekçiliği ?
15) Trombüs modelinin gerçekçiliği ?

Anket soruları, sorulara 0'dan (en kötü) 3'e (en iyi) kadar puan verildi.

SB-106

Meningomiyelosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda Propellar ve Fasyokütan fleplerin karşılaştırması

Mehmet Emre Yeğin, Ersin Gür, Nargiz İbrahimli, Hamit Hakan Bekir, Kutay Durukan, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Tahir Gürler

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

Amaç: Meningomyelosele cerrahi müdahale, maruz kalan dural dokunun risklerini ortadan kaldırmak için yumuşak doku örtüsü gerektirir. Bu çalışma, bu konuda bir algoritma sunmayı ve üzerine kurulduğu temelleri doğrulamayı amaçlamaktadır.

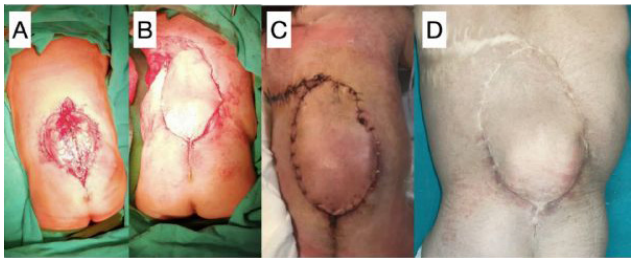
Yöntem: 2015-2022 yılları arasında meningomiyelosel nedeniyle opere edilen ve dural örtücü cilt flebi kullanılan yenidoğan hastalar retrospektif olarak incelendi. Doğum ağırlığı, doğumdaki gebelik yaşı, defekt boyutu ve rekonstrüksiyon için kullanılan flep verileri kaydedildi. Tüm hastaların operasyonuna uygun perforatör aramak için üstün bir vertikal insizyonla başlandı. Perforatörü uygun olan hastalarda dorsal İnterkostal Arter Perforatör Propeller flebi (DIAP), diğer hastalara rastgele fasiyokütan flep (FK) ile rekonstrükte edildi. FC, Lateral Torasik veya Gluteal Flebi içerir. Flep seçimi ile komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için istatistiksel analiz yapıldı.

Bulgular: Toplam 21 hasta ameliyat edildi. On hasta DIAP grubunda, 11 hasta FK grubundaydı. DIAP grubunda bir komplikasyon gözlenirken, FK grubunda komplikasyon gelişen 5 vaka vardı. DIAP ve FK grupları için ortalama defekt boyutu, doğum ağırlığı ve doğumdaki gebelik yaşı sırasıyla 43.7 mm2 ila 32.27 mm2, 2780 gr ila 2364 gr ve 34 hafta ila 31 hafta idi. Komplikasyon oranları dışındaki tüm parametreler gruplar arasında anlamlı farklılıklar ortaya koydu. ($p<0.05$)

Sonuçlar: Daha düşük komplikasyon oranı ile DIAP, rekonstrüksiyon yöntemine ilk karar vermede gebelik yaşı, doğum ağırlığı ve defekt boyutu değerleri yüksek olan yenidoğan meningomiyelosel hastaları için pratik bir seçim sunar.

Anahtar Kelimeler: Meningomiyelosel, mikrodiseksiyon, lumbosakral bölge, perforatör flep

Meningomiyelosel defektli olguda başarılı DIAP uygulaması



A: Perop defektin görünümü, B: Defekt DIAP ile onarılmış ve dolaşımın salim olduğu görülmüş, C: Erken postop sonuç, D: Postop 3. yılda görünüm.

Table 1

Cinsiyet					
	E	11			
	K	10			
Gestasyonel yaş					
	<30	7			
	>30	14			
Defekt Alanı (cm2)					
	<21	3			
	21-40	9			
	>40	9			
Flep ve Komp-likasyonlar	Flep türü	Flep	n	Parsiyel Nekroz	Dehissans
	Perforatör	DIAP	10	0	1
	FK	LTF	7	2	1
	FK	GPF	4	1	1

Hastaların demografik verileri. (DIAP: Dorsal Interkostal Arter Perforatör Flebi, LTF: Lateral Thorasik FK Flep, GPF: Süperior Gluteal-Inferior Pediküllü FK Flep)

SB-107

Meningomiyelosel Eksizyonu Sonrası Oluşan Defektlerde Bipediküllü Flep Kullanımı

Mehmet Bayram, Mohammed Seyam, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Meningomiyelosel (MM) her 1000 doğumda 1 görülen, spinal kanal, vertebral kolon ve cildi etkileyen doğuştan bir anomalidir.[1] MM, omuriliğin herhangi bir seviyesinde görülebilir. MM tamir edilmediğinde olguların yarısından fazlasında ölümle sonuçlanır.[2] Bu nedenle doğumdan sonraki 48 saat içinde sinir yapılarının ve cildin onarılması önerilir.Bu yazıda, büyük MM defektlerinin cerrahi olarak kapatılmasında alternatif bir yöntem olarak bipediküllü flep kullanımının sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Ocak 2016 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında beyin cerrahisinin müdahalesinden sonra primer kapatmanın uygulanamayacağı MM defektli yenidoğan 20 hastaya uygulanan bipediküllü flep rekonstrüksiyonu dahil edildi. Tüm operatif prosedürler tek bir cerrah tarafından yapıldı. Cinsiyet, gebelik yaşı, doğum ağırlığı, operasyon yaşı, defekt boyutu, operasyon süresi, intraoperatif-postoperatif kan transfüzyonu ve hastanede kalış süresi gibi hasta demografik bilgileri toplandı. Ayrıca seroma, hematom, yara açılması, beyin omurilik sıvısı (BOS) kaçağı, revizyon cerrahisi ihtiyacı ve flep nekrozu gibi komplikasyonlar kaydedildi.Operasyon sonrası hastalar ortalama 10,5 ay(en az 1, en fazla 18 ay) takip edildi(Tablo 1). Bipedküllü flep yapılan hiçbir olgu bu çalışmadan dışlanmadı.

Bulgular: 19 hastada 35 flep dahil edildi.Bütün hastalarda defekte komşu flank bölgelerinden bipediküllü flepler uygulandı(Resim 1).16 hastaya bilateral flank bölgeden, 2 hastaya sağ flank ve 1 hastaya sol flank bölgesinden bipediküllü flep planlandı.Hiçbir flep gergin kapatılmadı. 3 hasta donör sahası kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Hastaların tamamı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi.Tüm hastaların donör sahasına günlük mupirosinli mesh ile pansuman yapıldı.Hiçbir hastada seroma, hematom ve flep nekrozu gibi komplikasyonlar gelişmedi. 3 hastanın donör sahasında kısa sürede medikal tedavi ile iyileşen minimal pürülan akıntı gelişti. 1 hastada BOS kaçağı görüldü ve beyin cerrahisi ekibi tarafından revizyon ameliyatı yapıldı.1 hastada postop 2. gün donör sahada kanama başladı.K vitamini tedavisi ile kanama kesildi ve operasyona gerek kalmadı.2 hastada yara ayrılması sonrası reoperasyon uygulandı. Debridmandan sonra, bir hastada bipediküllü flepin üst sınırı kesildi ve alt tabanlı unipediküllü flep olarak yeniden düzenlendi. Bu flep defekte kolayca transpoze edildi ve uzun olması nedeniyle gerilimsiz kapanması sağlandı. Diğer hastada ise primer kapama uygulandı. Bu hastaların uzun dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma-Sonuç: MM hastalarının cerrahi tedavisindeki son adım, dura onarımından sonra nöral yapıların iyi damarlanmış bir yumuşak doku örtüsü ile gerilimsiz olarak kapatılmasıdır.Kısa operasyon süresi ile tek seanslık tekniklerin kullanılması hem komplikasyon ve kan kaybı risklerini azaltır hem de iyileşme sürecini hızlandırır. Ek olarak, sırt dokularının maksimum düzeyde korunması, sonraki herhangi bir revizyon ameliyatı için flep alternatiflerini koruyarak planlamayı kolaylaştırır.

MM hastalarında uzun süreli yatak yaraları oluşursa ek cerrahi müdahale gerekebilir. Özellikle birden fazla flebin kullanıldığı durumlarda, artan kesi sayısı nedeniyle sırtın aşırı skarlaşması gelecekteki flep alternatiflerini azaltabilir ve hastalığın yönetimini zorlaştırabilir. Bu nedenle defekte komşu sırt bölgesinin maksimum korunması arzu edilir. Bu nedenle hastalarımızda diğer fasiyokütan flep teknikleri(keystone, readingmen) sırtta büyük skarlara neden olabileceği ve ileride kullanılabilecek olası flep alternatiflerini azaltabileceği için öncelikli olarak bipediküllü flepi tercih ediyoruz. Bipediküllü flep tekniğinde kesiler arka koltuk altı hattı üzerinden yapıldığı için skar karın-dorsal bileşkede kalır. Tüm kesiler aynı yerden, kusurun dikey mesafesinden yaklaşık 4-6 cm daha uzun olacak şekilde yapılır. Bu prosedürün iki avantajı vardı. İlk olarak, yara izinin gizlenmesi kötü bir görünümün önüne geçer.

İkincisi, sırt derisinin korunması, herhangi bir ikincil prosedür gerektiğinde yeni fleplerin kolayca planlanmasını sağlar.Bipedikül flep uzun süredir kullanılan ve MM defektlerinin kapatılmasında kullanıldığında birçok avantaj sağlayan bir yöntemdir. Bunlar arasında kas flebi kullanımı gerektirmeden gerilimsiz kapatma ve ameliyat öncesi ve sonrası kan transfüzyonu gerektirmeden tek, kısa ameliyat süresi yer alır. Ek avantajlar arasında, ikincil müdahalelerin gerekli olması durumunda donör sahalar için daha iyi bir seçim ve revizyon gerektiğinde, alt veya üst tabanlı bir unipediküllü flebe dönüştürülmesinin mümkün olması sayılabilir. Bipediküllü fleplerin planlanması ve uygulanması da kolaydır ve ameliyat sonrası yara izi en aza indirilir. Deneyimlerimize göre, bir bpediküllü flep 8 cm genişliğe kadar olan MM kusurları için güvenle kullanılabilir ve daha önce açıklanan diğer tekniklere iyi bir alternatif sağlar.

Kaynakça:

1. Reigel D: Myelomeningocele. Atlas of Pediatric Neurosurgery 1:1-9, 1996

2. Atik B, Tan O, Kaymaz N, Yilmaz N, Tekes L: Bilobed fasciocutaneous flap closure of large meningomyeloceles. Annals of Plastic Surgery 56(5):562-564, 2006

Anahtar Kelimeler: Bipediküllü flep, Meningomiyelosel, Sırt rekonstrüksiyonu

Resim 1

Torakolomber meningommiyelosel ile doğan 2 hasta. Meningomiyelosel eksizyonu sonrası oluşan defektin görünümü(A,D).Hastanın bipediküllü flep ile rekonstrüksiyonu sonrası 12. ayda kontrolü(B,E).Kısmi kalınlıkta deri grefti donör sahasının ve flep donör sahasının 12.aydaki görünümü(C). Torakolomber

SB-108

Büyük Meningomyelosel Defektlerinde Keystone Perforatör Ada Flebi ile Rekonstruksiyon

Rabican Akkanat, Okan Acicbe, Furkan Temizayak, Harun Güleç, Tuğba Akgün, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Şehir Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Ankara

Giriş: Meningomyelosel, ABD'de 10.000 de 2-4 arası sıklıkta görülen bir spina bifida defekt alt çeşididir. Beyin cerrahisi tarafından onarımı yapılan meningomyelosel hastalarında oluşan defektler çoğu zaman primer kapanmamakta olup cilt onarımının tamamen sağlanması için lokal veya bölgesel flepler ile onarım gerektirmektedir. Defekt genişliğinin 5 cm'yi geçtiği veya bel genişliğinin yarısından geniş defektlerde farklı rekonstrüksiyon tekniklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Materyal-Metod: Ankara Şehir Hastanesi'nde Şubat 2022-Ağustos 2022 arasında doğan ve meningomyelosel onarımı yapıldıktan sonra kalan cilt defektine yönelik Plastik Cerrahi bölümü tarafından "Keystone Perforatör Ada Flebi" ile rekonstrüksiyon yapılan 8 hastada defekt boyutunun, defekt lokalizasyonunun yanı sıra hastaların gestasyonel yaşının, postnatal operasyon saatinin, hastanede kalma süresinin, Apgar skorunun, ek anomalilerinin de değerlendirildiği bir çalışmadır. Defekt büyüklükleri, hastaların kiloları ve doğum haftaları, onarım metodları, defekt bölgesi ve hastaların cinsiyetleri kayıt altına alıp karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: Keystone Perforatör ada flebi ile defekt onarımı yapılan 8 hastanın 2 tanesinde inferior marjininde yüzeysel nekroz gelişmiş olup sekonder onarıma bırakılarak iyileşme görülmüştür. Beyin cerrahisinin onarım hattında dehisans gelişmemiştir.

Sonuç: Büyük meningomyelosel defektlerinin onarımının Keystone perforatör ada flebi ile yapılması dayanıklı ve kolay tek aşamalı bir tedavi yöntemidir.

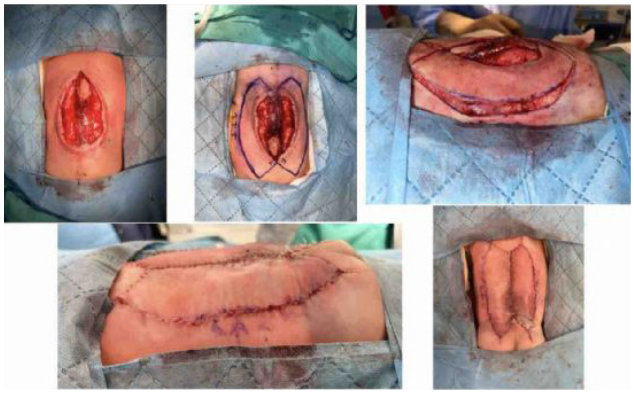
Anahtar Kelimeler: Ada Flebi, Keystone, Meningomyelosel, Perforatör, Rekonstrüksiyon

Tablo 1.Bipediküllü Flep İle Meningomiyelosel Defekti Onarılan Hastaların Özellikleri

Hasta	Cinsiyet	Doğum Ağırlığı(gram)	Gestasyonel Hafta	Ameliyat Sırasındaki Yaşı(gün)	Cilt defektinin boyutu(cm)	Operasyon süresi(dk)	Lokalizasyon	Kan Transfüzyonu	Hastane yatış süresi(gün)	Donör Saha	Komplikasyon	Takip Periyodu
1	E	2600	36	1	6x9	70	LS	-	12	Sekonder	-	12
2	E	2800	38	7	6x9	65	LS	-	7	Sekonder	Yara açılması	14
3	E	2770	42	1	5x8	60	LS	-	7	Sekonder	-	16
4	K	2670	36	3	6x8	40	TL	-	5	Sekonder	-	15
5	E	2600	34	1	7x10	60	LS	-	6	STSG	-	16
6	K	2780	34	1	5x9	40	LS	-	5	Sekonder	-	13
7	K	2600	36	1	5x7	50	LS	-	7	Sekonder	-	18
8	K	2550	38	1	6x8	50	LS	-	5	Sekonder	Yara açılması	18
9	E	2500	38	1	6x9	60	LS	-	5	Sekonder	-	15
10	E	2900	39	1	8x13	65	TL	-	5	STSG	-	12
11	E	3070	38	1	5x5	50	LS	-	15	Sekonder	Donör sahada kanama	1
12	K	3210	38	1	6x7	45	LS	-	10	Sekonder	-	1
13	K	3500	38	1	6x8	55	LS	-	21	Sekonder	-	2
14	E	2985	38	16	5x6	50	LS	-	13	Sekonder	-	4
15	E	2200	33	1	7x8	60	LS	-	6	STSG	-	5
16	E	2790	37	10	5x6	50	LS	-	20	Sekonder	BOS kaçağı	6
17	E	3600	36	1	6x8	45	TL	-	6	Sekonder	-	9
18	K	2955	39	1	5x8	55	TL	-	22	Sekonder	-	11
19	K	3400	38	1	6x7	40	LS	-	9	Sekonder	-	12
Ortalama		2867	35,15	2,68	5,8x8	53,1			9,7			10,5

STSG:Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti LS:Lumbosakral TL:Torakolomber

Meningomyelosel Keystone Flep İntraop



SB-109

İnguinal Disseksiyon Yapılan Olgularda Ameliyat Sırasında Sartorius Kas Flebi ile Damar ve Sinir Üzeri Koruyucu Doku Oluşturulmasından Dolayı Meydana Gelen Sartorius Kas İşlev Kaybının Kalça Eklemi İşlevi Üzerindeki Etkisi

Burhan Demir, Erol Kozanoğlu, Hayri Ömer Berköz, Alirza Jahangirov

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda, inguinal diseksiyon sonrası ameliyat sonunda rutin olarak yapılan sartorius lokal transpozisyon flebinin kalça eklem hareketleri üzerindeki orta vadeli (altı ay) fonksiyonel etkilerini ortaya koymayı hedefledik.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza kliniğimizde inguinal lenf nodu diseksiyonu uygulanan 12 hasta dahil edildi. Dahil edilme sırasında yaş ve cinsiyet farkları gözetilmedi. Operasyon öncesinde ve operasyon sonrası 6. ayda izokinetik dinamometre ile kalçanın abdüksiyon, addüksiyon, fleksiyon ve ekstansiyon kas güçleri ölçüldü. Elde edilen parametreler hem diğer kalça ile hem de operasyon öncesi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamız sonucunda kalçanın abdüksiyon ve addüksiyon kas gücünün etkilenmediği gözlendi. Ekstansör kas grubunda operasyon sonrası dönemde anlamlı bir kuvvet kaybının olmadığı saptandı. Tekrar başına üretilen iş açısından fark olmasa da operasyon sonrası dönemde diğer bacağa göre pik tork açığı geliştiği gözlendi. Ekstansör kas grubunda operasyon sonrası dönemde diğer bacağa göre kuvvette azalma olduğu tespit edildi. Çalışma sonucunda en çok etkilenen kas grubunun fleksör kas grubu olduğu görüldü. Operasyon sonrası dönemde hem pik tork değeri açısından anlamlı azalmalar olduğu gözlendi. Ayrıca diğer bacağa göre de hem pik tork açığı hem de tekrar başına üretilen iş açısından açık geliştiği saptandı.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda sartorius kasının ana fonksiyonlarından olan fleksiyonun kısıtlandığı görüldü ancak, bu etkinin ağrı veya psikolojik etkiler gibi diğer faktörlere bağlı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: İnguinal lenf nodu diseksiyonu, İzokinetik dinamometre, Kas gücü, Sartorius transpozisyonu

SB-110

Omuz Defektlerinin Lateral Torasik Arter Perforatör Propellar Fleple Rekonstrüksiyonu

Turan Mehdizade Aghazada, Nuh Evin, Ethem Güneren

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

Giriş: Omuz bölgesindeki yumuşak doku defektleri genelde travma sonrası açık kırıklar, kemik ve yumuşak doku rezeksiyonu gerektiren onkolojik cerrahiler, omuz cerrahileri sonrası enfeksiyon veya yara iyileşmesi sorunlarına bağlı enstrumental ekspozisyon geliştiğinde görülmektedir. Küçük omuz defektlerinin onarımında primer sütürasyon, deri greftleri ya da lokal ilerletme flepleri genellikle yeterlidir. Orta büyüklükte ve geniş defektler ise rejyonel ve uzak flepler ile tedavi edilebilir. Kemik, eklem ve nörovasküler yapıların ekspozisyonu izlenen büyük defektler ise ölü boşluğun obliterasyonu ve ikincil prosedürlerin uygulanabileceği vaskülarize ve dayanıklı dokular ile rekonstrükte edilmelidir. Bu amaçla büyük fasyokutanöz fleplere (lateral kol flebi, medial kol flebi, lateral torasik flep ve skapular ve paraskapular flepler), kas rotasyon fleplerine (deltoid, kaudal trapezius, triseps, serratus anterior(SA), pektoralis minör, pektoralis majör ve latissimus dorsi(LD)) veya serbest doku transferine ihtiyaç duyulmaktadır.

Özellikle torakodorsal ve lateral torasik arter vasküler sistemlerinin perforatörlerinin ortaya koyulması bu bölge bazlı flepleri omuz defektlerinde önemli flep seçeneklerinden biri yapmıştır. Özellikle lateral torasik arterin perforatörleriyle beslenen ciltadasına sahip olan propeller flepler omuz defektlerinde önemli bir seçenektir. Bu çalışmanın amacı omuz bölgesindeki yumuşak doku defektlerinin lateral torasik arter perforatör propeller (LTAPP) flep ile onarım sonuçlarının sunulmasıdır.

Yöntem ve Gereçler: 2018-2021 yılları arasında omuz bölgesinde yumuşak doku defektine LTAPP fasyakütanöz fleple rekonstrüksiyon yapılan 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, ek problemleri, defekt etyolojisi, defekt genişliği, flep ebatları, cerrahi ve takip süreleri ve post operatif komplikasyonları retrospektrif olarak araştırıldı.

Tümör rezeksiyonu sonrası defekt alanına en yakın ve güçlü perforatör el doppleri yardımıyla işaretlendi. Perforatör ve defekt süperior sınır mesafesi baz alınarak flep ebatları belirlendi. Hem defekte göre hem de 'doku pinch' testine göre uygun genişlik, uzunluk ve aksta flep tasarlandı. Flebin posterior kenar insizyonu yapıldı. Pektoralis majör kasının lateral kenarında flep pedikülü diseksiyonu gerçekleştirildi. Ardından flebin anterior insizyonu yapılarak pedikül üzerinde eleve edildi, rotasyon yapılarak defekte adapte edildi. Donör alan primer kapatıldı(Resim 1).Tüm hastalara flep dolaşımını bozmayacak şekilde yatış pozisyonu ve ekstremite elevasyonu uygulandı. İkinci haftada hareket açıklığı egzersizlerine başlandı. Dikişler üçüncü haftada alındı ve normal aktivitelerine izin verildi. Hastalar ortalama 18,3 ay takip edildi.

Bulgular: Hastaların yaşları ortalaması 37.5±14,1 (18-51) ve hepsi erkekti. Etyolojide kemik ve yumuşak doku kaynaklı mezenkimal tümörler ve sarkomlar sorumluydu. 1 hasta omuz bölgesine radyoterapi almış, 2 hastada ise geçirilmiş omuz cerrahisi öyküsü vardı. Defektler anterior omuz bölgesinde lokalize olup ortalama boyutları 112,3±66.8 cm2 (25-180) arasındaydı. Ortalama flep ebatları 151.3±64.1 cm2 (80-225), ortalama flep cerrahi

süreleri 86.5±10.6 dk (73-98). 1 hastada flep distalinde 3 cm alanda kısmi nekroz gelişti; debritman ve primer onarımla onarıldı. Tüm hastalarda flep kaynaklı hareket kısıtlılığına rastlanmadı. Estetik ve fonksiyonel açıdan iyi adapte oldu.

Tartışma: Propeller flepler bir perforatör aksı üzerinde rotasyon açısıyla alıcı alana adapte edilen flepler olarak tanımlanmıştır. Özellikle benzeri benzer ile onar prensibine uygunluğu olarak defekte yakın bölgelerdeki güçlü perforatörler üzerinden aynı ameliyat sahasındaki benzer dokuların daha az donör alan morbiditesiyle taşınması başlıca avantajlarıdır. Propeller fleplerin alt ekstremite onarımları daha çok literatüre yansısa da üst ekstremite ve omuz rekonstrüksiyonunda kullanımına dair veriler çok azdır.

Lateral torasik ve subskapüler vasküler sistemden beslenen lateral torasik bölge; bol doku rezervi, zengin damar ağı ve yara izlerinin gizlenme kolaylığı nedeniyle intrinsik dolaşımını koruyarak çeşitli perforatör fleplerin tasarlanması için ideal bir donör alandır; lateral interkostal arter perforatör (LICAP) flep1,torakodorsal arter perforatör (TDAP) flep,serratus anterior arter perforatör (SAP) flep2,lateral torasik arter perforatör (LTAP) flep3). Herhangi bir kas ya da majör arter sakrifikasyonu yapılmaksızın omuz rekonstrüksiyonunda iyi bir seçenektirler.

Omuz bölgesi defektlerinde en çok kullanılan rekonstrüksiyon seçeneği genelde TDAP ya da muskulokütanöz flebidir. Bu flep omuz bölgesindeki tüm defektlerde çeşitli büyüklük ve içerikte kullanılabilir. LD muskulokütanöz flebi kurtarıcı bir seçenek olsa dahi kas sakrifisyonu ya da kas içi diseksiyon gereksinimi, trokodorsal vasküler sistemin kullanılması ve gövde boyunca uzun yara izi başlıca dezavantajlarıdır.

Lateral torasik arter, aksiller arterin dallarından biridir. Herhangi bir doku kompleksi için ana dolaşım kaynağı olmamasına rağmen, memenin ve lateral torasik bölgenin dolaşımına katkıda bulunur. LTAP flebi birbirinin vasküler pediküllerine müdahale etmeden LICAP veya TDAP flep gibi diğer lokorejyonel fleplerle kombine edilebilir. Vasküler anatomisi değişkenlik gösterse de her zaman flebi besleyen iyi kalibreli bir veya iki perforatöre sahiptir. LICAP flebine kıyasla daha fazla flep transpozisyonu sağlamak için pedikül kısmen veya tamamen mobilize edilebilir. TDAP flebine kıyasla ise donör saha morbiditesi daha azdır, LD muskulokütan flep seçeneği korunur, ek perfüzyon sağlamak için LICAP perforatörlerinin dahil edilebilir. LTAP flebinin dikey,yatay eksende rotate edilebilmesi, ince pedikül üzerinde daha fazla flep hareketliliği özgürlüğü, geniş alanda flep transpozisyonu potansiyeline sahip olması sayesinde propeller flep şeklinde uygulanabilir. Defekt alanına benzer renk,kalınlık ve doku uyumuna sahip olması sayesinde kozmetik görüntü daha tatmin edicidir. Kolay gizlenebilen cerrahi skarlar, ameliyat sırasında supin pozisyonda diseksiyonun gerçekleştirilebilinmesi ve dolayısıyla ameliyat süresini kısaltması diğer avantajlarıdır. Dezavantajları ise dikkatli diseksiyon gereksinimi, perforatörlerin anatomik varyasyonlarının mevcutluğu ve donör alan skarının genişlemesi olarak özetlenebilir. Ancak diğerlerine kıyasla yukarıda vurguladığımız daha üstün özelliklerinden dolayı kullanımı giderek artmaktadır. Özellikle bu flebin pivot noktaları ve rotasyon arkı anlamında daha fazla sayıda kombinasyona sahip olması rekonstrüktif cerrahların ilgisine neden olmaktadır.

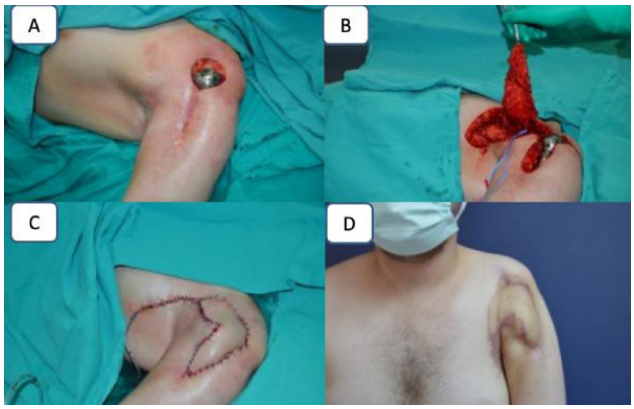
Çalışmamızda omuz bölgesi yumuşak doku defektlerini kapatmak için LTAPP flepler uygun bir seçenek olarak kullanıldı. Defekt lokalizasyonu ve boyutu uygun olan ve uyumlu hastalarda kullanımı tatmin edici estetik ve fonksiyonel sonuçlara neden olacaktır. Geniş defektlerde ise diğer lokorejyonel fleplerle kombine kullanımı gerçekleştirilebilir. Ancak hasta sayısının kısıtlı olması, değişken vasküler anatomiyle karşılaşılması, erken dönem venöz konjesyon riskinin yüksek olması, geniş defektlerde tek başına kullanımı sonucu meme distorsiyonuna ve nihai skarın genişleyerek vizualizasyonuna neden olmasından dolayı rekonstrüktif cerrahların bu prosedürü optimize etmeleri, daha fazla tecrübe edinmeleri ve daha iyi preoperatif hasta seçimi yapmaları gerekmektedir. Klinik pratikte rekonstrüksiyon seçeneği olarak TDAP ve LICAP flep ihtiyacını azaltacak alternatif yöntemdir.

Referanslar:

1. Hamdi M, Van Landuyt K, de Frene B, Roche N, Blondeel P, Monstrey S. The versatility of the inter-costal artery perforator (ICAP) flaps. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(6):644-52
2. Tamburino S, Menez T, Laloze J, Michot A, Paillet P, Perrotta RE, Casoli V. Free serratus anterior artery perforator flap: a case report with an anatomic and radiological study. Surg Radiol Anat. 2017 Aug;39(8):837-842.
3. Baghaki S, Cevirme M, Diyarbakirli M, Tatar C, Aydin Y. Locoregional use of lateral thoracic artery perforator flap as a propeller flap. Ann Plast Surg. 2015 May;74(5):532-5.

Anahtar Kelimeler: Propeller flep, lateral torasik arter perforatör flep, omuz rekonstrüksiyonu

LTAPP ile onarılmış omuz rekonstrüksiyonu



A) Defektin preoperatif görüntüsü B) LTAP flebinin kaldırılması ve pedikül üzerinde rotasyonu C) Hastanın ameliyat sonunda görüntüsü D) Hastanın 3 hafta sonraki görüntüsü

SB-111
İdiyopatik jinekomasti hastalarının preoperatif ultrasonografi ve postoperatif patoloji sonuçlarının değerlendirilmesi

Tuncay Barış, Handan Derebaşınlıoğlu

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

Erkeklerin sık karşılatıkları meme problemlerinden biri olan jinekomasti; erkek memesindeki glandüler dokunun benign proliferasyonu olarak tanımlanır. Jinekomasti en sık fizyolojik ve idiyopatik olarak görülürken, östrojenin aşırı üretimine neden olan durumlarda da jinekomasti gelişebilmektedir. Psödojinekomasti ise erkek memelerinin büyümesi olarak tanımlanan benzer ancak etiyolojik olarak farklı bir durumdur. Glandüler proliferasyon olmaksızın yağ birikimi nedeniyle oluşur. Her iki durum da sıklıkla anksiyete, psikososyal rahatsızlık ve sağlık sorunlarına yol açar. Erkeklerde kadın tipi görünüme sebep olduğu için; sosyal hayatlarında kıstlanma, plaj ve spor salonu gibi sosyal alanlardan kaçınmaya neden olur. Preoperatif hormon profili ve bilateral meme Ultrasonografisi jinekomastinin

etiyolojisinin incelenmesinde kullanılmaktadır. Bununla birlikte USG ile elde edilen bulgular cerrahi tekniğin seçimine yardımcı olması beklenir. Çalışmamızın amacı jinekomasti nedeniyle opere edilen hastaların preoperatif USG bulguları ile patoloji sonuçlarının uyumunu incelemektir.

2016 ile 2022 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde, jinekomasti nedeniyle aynı yaklaşım ile tek cerrah tarafından ameliyat edilen hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, uygulanan teknik, patoloji sonuçları, meme USG sonuçlar ve cerrahi sonrası görülen komplikasyon ve revizyon ihtiyaçlarına göre incelendi.

Genel anestezi altında her bir memeye 500 er cc solüsyon(1000cc Ringer Laktat+ 1mg Adrenalin ampül+20 ml 20mg/ml prilokain) infiltrasyon kanülleri ile verildi. Ön aksiller çizgi hizasından yapılan inferiolateral kanül giriş insizyon ile liposuction uygulandı. Tek insizyonla yeteri kadar liposuction yapılamayan hastalara medialden ikinci kanül girişi için medial insizyon yapıldı. Liposuction işleminden sonra Nipple areola kompleksi altında gland palpe edilen hastalarda nipple areola kompleksi inferioruna yapılan hilal şeklindeki insizyonla gland eksizyonu uygulandı. Hastalara ameliyathanede postoperatif erken dönemde jinekomasti korsesi giydirildi.

Çalışmamıza yaş ortalaması 24.17 (maks:48 min:17) olan 41 hasta dahil edilmiştir. 41 hastanın tamamında bilateral jinekomasti tespit edilmiş olup üç hasta dışında tüm hastaların her iki memesi klinik olarak aynı evrede değerlendirilmiştir. Oniki (%14,6) meme Grade 1, otuzdört meme (%41,5) Grade 2, yirmiyedi meme (%32,9) Grade 3 ve dokuz meme (%11) Grade 4 olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların 9 (%22)'u 19 ve altındaki yaş grubundan, 24 (%58,5)'ü 20 ile 29 arasındaki yaş grubundan, 8 (%19,5)'i ise 30 ve üzeri yaş grubundandı. Hastalarımızın hepsine liposuction uygulanırken, 19 (%46.4)'una gland eksizyonu gerekmiştir. Gland eksizyonu gereken memelerin evrelere göre dağılımı Tablo 3 de verilmiştir. 31(%75.6) hastada liposuction uygulanırken ön aksiller çizgi hizasından yapılan tek inferiolateral kanül giriş insizyonu kullanılmıştır. Dokuz (%24,3) hastada ise bu insizyona ek olarak medial inframamariyal kanül giriş insizyonu kullanılmıştır. Postoperatif dönemde bir hastamızın tek memesinde hematom gelişti. Bir hastamız ise bilateral cilt fazlalığı nedeniyle revizyona alınmıştır.

35 (%85,4) hastanın preoperatif yapılan bilateral USG bilgilerine ulaşılmıştır. Bu hasta grubunun 16'sında (%45,7) USG ile glandüler doku tespit edilirken 17'sinde (%48,5) artmış adipoz doku raporlanmış, 18'inde (%51,4) ise normal adipoz doku olarak raporlanmıştır. Gland eksizyonu uygulanan 17 hastanın USG bilgilerine ulaşılmış olup bu hastaların 10 (%52.9)'unda gland eksizyonu ihtiyacı olmuştur. Normal adipoz doku olarak raporlanan 18 hastanın 10 (%55,5)'unda gland eksizyonu ihtiyacı olmuştur. Gland eksizyonu yapılan hastaların USG bulgularının dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Çalışmamızda idiopatik jinekomastili hastaların yaklaşık yarısında, tatmin edici estetik sonuçlar için tek başına liposuction yeterli olmuştur. Hastalarımızın büyük bir bölümünde liposuction yapmak için tek bir inferiolateral kanül girişi kullanılmıştır. Patoloji sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde ameliyat öncesinde yapılan USG incelemesinin, preoperatif gland eksizyonu ihtiyacını ön görmede yeterli olmadığı görülmüştür. Gland eksizyonu yapılan hastaların preoperatif yapılan USG 'lerinde sadece %53 'ünde gland hipertrofisi tespit edilmiştir. Bu çalışmada en çok Grade 2 jinekomastili vakalarda gland eksizyon ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Jinekomasti ameliyatlarında gland eksizyonu ihtiyacını belirlemede ameliyat sırasında liposuction sonrasında karar verilmesi daha uygun gibi görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, Patoloji, Ultrasonografi

Gland eksizyonu uygulanan memelerin evrelere ve patolojik bulgulara göre dağılımı

Patoloji	Grade 1 n(%)	Grade 2 n(%)	Grade 3 n(%)	Grade 4 n(%)	Toplam n(%)
Fibröz jinekomasti	6(16,7)	18(50)	8(22,2)	4(11,1)	36(%75)
Mix tip jinekomasti	0	4(100)	0	0	4(8,3)
Duktal hiperplazi	0	2(100)	0	0	2(4,15)
Mikrokalsifikasyon	0	2(100)	0	0	2(4,15)
Kistik duktus içeren meme dokusu	0	0	2(100)	0	2(4,15)
Stromal Hiyelinizasyon gösteren meme	0	0	2(100)	0	2(4,15)
Toplam	6(%12,5)	26(54,2)	12(25)	4(8,3)	48(100)

Gland eksizyonu yapılan hastaların USG bulgularının dağılımı

	Adipoz Doku Artışı n(%)	Adipoz Doku Artışı n(%)	
Glandüler doku artışı n(%)	Var	Yok	Toplam
Var	2(11,8)	7(41,2)	9(53)
Yok	5(29,4)	3(17,6)	8(47)
Toplam	7(41,2)	10(58,8)	17(100)

SB-112

Torakodorsal Arter Pediküllü Flebi ile Aksiller Rekonstrüksiyon: Bir Komplikasyon Üzerinden Operatif Tekniğin Özetlenmesi

Bilge Kağan Aysal, Zeynep Öykü Gürel, Özlem Çolak, Tuğçe Yasak

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Aksiller hidradenitis süpürativanın küratif tedavisi için geniş eksizyonlar gerekebilmektedir. Oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek en iyi yöntemlerle ilgili uzlaşma olmamakla birlikte kliniğimizde en sık tercih ettiğimiz rekonstrüksiyon yöntemi torakodorsal arter perforatör (TDAP) flebi ile onarımdır.

Torakodorsal arter subskapular arterin bir dalıdır. Aksilla içerisinde latissimus dorsi kasının ön kenarı boyunca uzanır. Ana perforatörleri torakodorsal arterin desendan dalı boyunca veya lateral dalında bulunur. Bu perforatörler latissimus dorsi kasının lateral sınırından 2-3 cm, aksilla apeksinden yaklaşık 8 cm inferiorda bulunur. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan TDAP vakaları ve bir vakada meydana gelen komplikasyon üzerinden operasyon tekniğinin komplikasyonlardan kaçınılacak şekilde yapılışının özetlenmesi amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu: Kliniğimize koltuk altında iyileşmeyen akıntılı yara şikâyeti ile başvuran 45 yaşında kadın hastada bilateral Hurley grade III aksiller hidradenitis süpürativa mevcut idi. 10 senedir aksiller ve inguinal tutulumu olan hastada dermatolojik tedaviye yanıt alınamadığı öğrenildi. Bilinen obezite tanılı (BMI:36.8) hastada çocukluk çağı bulaşıcı hastalığı nedeniyle edinilmiş bilateral görme kaybı mevcut olduğu izlendi.

Cerrahi Teknik:

Preoperatif Hazırlık: Sağ aksiller hidraadenitis süpürativaya yönelik olarak abse ve sinüs tractlarının sınırları ortaya konarak eksizyon sınırı belirlenmiştir. Planlanan defekt boyutlarına göre TDAP flebi planlanmasına başlanmıştır. Sağ aksiller fossanın 8 cm inferiorunda, latissimus dorsi kasının anterior sınırından 2 cm uzakta sesli el doppler cihazı ile uygun perforatör bulunarak

işaretlenmiştir. Horizontal veya longitudinal olarak planlanabilen TDAP flebi, hastamızdaki doku defektine uygun olarak logitudinal olarak 8*12 cm boyutunda tasarlanmıştır. Pinch testi yapılarak donör alanın cilt geriminin primer kapatılmaya uygun olduğu görülmüştür.

İntraoperatif Yaklaşım: İntratrakeal genel anesteziyi takiben sol lateral dekübit pozisyonunda çalışılmıştır. Kol abduksiyona alınarak sağ aksilla ortaya konmuştur. Sinüs tractlarının total eksizyonu sırasında yardımcı olması amacıyla fistül orifislerine metilen mavisi enjekte edilerek operasyona başlanmıştır. Güvenli cerrahi sınırla preoperatif işaretlemelere uygun olarak cilt ve subkutan doku total olarak eksize edilmiştir.

Ardından flep elevasyonu amacıyla preoperatif planlanan TDAP flebi cilt adasının anterior sınırdan insizyona başlanmıştır. Subfasyal planda bir adet güvenli perforatör arter ve konkomitan ven bulunarak, torakodorsal artere ulaşana dek pedikül uzunluğu 8 cm olacak şekilde disseke edilmiştir. Diseksiyon sırasında arter ve venin frajil, fibrotik ve çevre dokulara yapışık olduğu ve perforatör diseksiyonunun belirgin düzeyde güç olduğu izlenmiştir. Ardından flep dokusu, latissimus dorsi kasının diseksiyon esnasında aralanmış olan lifleri arasından tünelize edilerek aksiller doku defekti sahasına getirilmiştir. Alıcı sahada iken perfüzyonu tabii olan flebin perforatör damarı sesli el doppler cihazı ile dinlenerek dolaşım teyit edilmiştir.

Postoperatif Takip: Postoperatif flep takibinin 14. saatinde kapiller dolumun hızlandığı görülmüştür. Doppler ile takip edilmeye devam edilmiştir. Gergin izlenmeyen flepte flep altı hematom düşünülmemiş olup perfüzyon artırıcı iv tedaviler uygulanarak takip aralığı kısaltılmıştır.

Flebin doppler ile takiplerinde perfüzyonun bozukluğu saptanması üzerine postoperatif 19. saatte venöz dolaşım yetmezliği nedeni ile hasta tekrar operasyona alınmıştır. Flep altında hematom görülerek boşaltılmış ve flep donör alana iade edilmiştir. Doppler ile akım doğrulanarak operasyona son verilmiştir.

Donör alana iade edilen flebin takiplerinde kanamadığı izlenerek postoperatif 3. günde flep total eksize edilmiştir.

Tartışma: Kliniğimizde aksiller hidraadenitis süpürativa hastalarının rekontrüksiyonunda en sık tercih edilen yöntem olan TDAP flep tekniğinin, meydana gelen bir komplikasyon üzerinden açıklanması amaçlanmıştır. Açıklanan vakada BMI yüksekliğinin eşlik ettiği ve total görme engelli olma durumuna bağlı olarak uzun süreli supin pozisyonda yatarak immobilizasyon varlığı nedeniyle donör alan basısının perforatör çevresinde fibrozise yol açtığı düşünülmektedir buna ek olarak torakodorsal arterin desendan dalı hastamızda zayıf olarak izlendiği gözlenmiştir.

Sonuçlar: Pediküllü fleplerde venöz yetmezlik fark edildiğinde revizyon ameliyatı için hızlı reaksiyon alınması, TDAP flebinin split edilen latissimus dorsi kas lifleri arasından tünelize edilirken pedikül gerimine ve pedikülün flep altındaki fasya tarafından bası altında kalmamasına dikkat edilmesi, perforatör damarların etrafında yoğun fibrozis görülmesi halinde ameliyat esnasında planın latissimus dorsi kas flebi yahut muskulokutan flebine dönüştürülmesi, yahut hasta onamı yoksa ameliyatın sonlandırılması gibi faktörlerin bu komplikasyon üzerinden çıkarabileceğimiz sonuçlar olarak ifade edilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: tdap, aksiller rekonstrüksiyon, hidraadenitis süpürativa

SB-113

Göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonlarında cerrahi tedavi deneyimlerimiz

Günay Güldoğuş, Özlem Çolak, Ayça Ergan Şahin, Semih Tiber Menteşe, Harun Erbek

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Göğüs on duvarı defektlerinin cerrahi yaklaşım ve tedavisinde Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi desteği gerekmektedir. Göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonu; Akciğerlerin ekspansiyonunun ve fonksiyonunun sağlanması amacıyla hem iskelet hem de hava kaçışını engelleyen doku komponentleri düşünülerek planlanmalıdır. Göğüs duvarına sağlam ve esnek bir iskelet yapısı oluşturan skapula, kostalar, klavikula, sternum, vertebral kolon, pariyetal plevra, interkostal kaslar ve majör kas grupları ile birlikte bu yapıları örten fasiyokutan yapılardan oluşmaktadır. Travma, sternetomi ve tümör rezeksiyonları gibi cerrahi yaklaşımlar sonrası göğüs ön duvarında doku defektleri plastik cerrahi kliniklerinde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Sigara ve alkol kullanımı, diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi kronik hastalık tabloları, göğüs ön duvarına alınan radyasyon öyküsü ve konjenital defektler temel risk faktörleri arasında yer almaktadır. Vaskülaritesi iyi olan bir yumuşak doku ile göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonları düşünülmelidir. Sıklıkla göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonlarında bölgesel kas ve kas-deri flepleri, primer onarım,sıklıkla kullanılmayan ama tedavi seçeneklerinden biri olan mikrovasküler serbest doku flebleride kullanılabilmektedir.

Bu çalışmada Kliniğimizde 2016 ile 2022 arasında toplam 22 hastaya göğüs on duvarı rekonstrüksiyonu yapıldı.

Cerrahi method olarak hastaların 8'i latissimus dorsi flebi, 1'i pektoral kas ilerletme flebi, 1'i vertikal rektus abdominis myokütan flebi 1'i dufourmental fleb, 1'i interkostal arter perforatör flebi, 10'u primer olarak rekonstrükte edildi.

Cerrahisi sonrası klinik bulgularda, hiç bir hastada erken dönemde ameliyat komplikasyonu ile karşılaşılmadı. Bir hastada geç dönemde primer onarım yerinde detaşman ve enfeksiyon gelişimi sonrasında seri debridmanlar ve pansumanların ardından defekt alanı tekrardan rekonstrükte edildi. İki hastada geç dönemde flep distalinde hiperemi gelişti. Uzun süreli takip edilip gerileme görüldü. Bunların dışında geç dönemde yukarıda anlatılan rekonstrüksiyon seçenekleri ile her hangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 5 gün olarak hesaplandı. Tüm hastalar ortalama 11 ay boyunca takip edildi.

Sonuç olarak göğüs ön duvarı defekti olan her hastaya özel olarak en uygun olabilecek rekonstrüksiyon seçenekleri ile planlama yapılıp rekonstrükte edilmelidir. Bizim vakalarımızda her hastaya en uygun olacak şekilde ameliyat öncesi planlama yapılmış olup ameliyat sonrası sonuçlar fonksiyonel ve estetik görüntü olarak tatmin edici olarak görüldü. Sonuç olarak göğüs ön duvarı defektleri kliniğimizde uyguladığımız rekonstrüksiyon seçenekleri ile güvenilir ve dayanıklı tedavi sonuçları vermiştir.

Anahtar Kelimeler: göğüsönduvarı, rekonstrüksiyon, cerrahiyaklaşım

SB-114

Dirsek posterolateralindeki yumuşak doku rekonstrüksiyonu için propellar lateral kol flebi

Gökçen Çakır Bozkurt, Mustafa Kürşat Evrenos, Aydın Önen

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

Posterior dirsek bölgesinin yumuşak doku defektlerinde çeşitli flep seçenekleri vardır. Posterior kollateral radial arter bazlı lateral kol flebi bu bölgede sık tercih edilen fleplerdendir. Lateral kol flebinin güvenilir bir flep olduğu düşünülmektedir. Propellar lateral kol flebi donör saha morbiditesinin az olması ve posterior kollateral radial arterin korunması nedeniyle lateral kol flebine göre kullanımı son zamanlarda artış göstermiştir. Burada posterior kollateral arter bazlı perforatör propellar lateral kol flebi ile posterior dirsek yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapılan olgu sunulmaktadır.

Giriş: Dirseğin konumu ve belirgin oluşu nedeniyle yüksek enerjili travmalarda riskli bölgedir. Posterior dirsek bölgesinde yumuşak doku rekonstrüksiyonu erken mobilizasyona ve hareket açıklığına dikkat edilerek yapılmalıdır. Seçilen rekonstrüksiyon yönteminin donör saha morbiditesinin az olması da göz önünde bulundurulmalıdır. Lateral kol flebi dirsek posterioru yumuşak doku rekonstrüksiyonunda kullanılan güvenilir bir flep seçeneğidir. Lateral kol flebine göre son zamanlarda kaynak ateriyel yapının korunması nedeniyle perforatör propellar flepler daha avantajlı olarak görülmektedir. Burada posterior kollateral arter perforatör bazlı propellar flep ile posterior dirsek yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapılan olgu sunulmaktadır.

Olgu: 17 yaşında kadın hasta araç içi trafik kazası sonrasında sağ kol posterolateralinden başlayan dirseği içine alarak ön kol posterior ve lateraline uzanan olan ortasında 4*2 cm lik kemik açıkta alan içeren 18*10 cm lik yumuşak doku defekti olan hasta acil servise başvurdu. Sağ üst eksteremite dolaşımının sağlam olduğu görüldü. Distal radial ve ulnar arterler palpe edildi. Nörolojik muayenede özellik yoktu. Radyolojik incelemede belirgin kırık izlenmedi. Hastanın kolu ilk yaralanma sırasında ve iki hafta sonrasında olacak şekilde iki kez debride edildi. Pansuman ile bir hafta takip sonrasında hasta yumuşak doku rekonstrüksiyonu için opere edildi. Dopler usg ile posterior kollateral radial arter trasesi bulundu 10*5.5 cm lik flep tasarımı yapıldı. Posteriordan cilt insizyonu yapılarak subfasyal plana inildi. Lateral intermuskuler septuma kadar ilerlendi. Lateral intermuskuler septum açıldı. Posterior kollateral radial arter bullundu. Flep içine giren üç adet perforatör görüldü. Anterior insizyon yapılarak subfasyal planda flep perforatörler korunarak eleve edildi. Posterior kolloteral radial arterin flebe giren üç perforatörünün proksimaldeki ikisi hemoklip yerleştirilerek kesildi. Kalan perforatörün flebi beslediği görüldü. Propellar flep yaklaşık 140 derece döndürülerek kemik açıkta yumuşak doku defekti olan bölgeye inset edildi. Vaka sırasında kapiller dolumun normal olduğu görüldü. Kalan yumuşak doku defekti greftlendi. Donör alan primer onarıldı. Takiplernde flep distalinin üçte birinde dolaşım problemi izlendi. Takiplerinde üçte birlik kısımda tam kat nekroza gittiği görüldü. Debritman planlanmakta olup serviste takibi devam etmektedir.

Tartışma: Lateral kol flebi ilk olarak 1982 yılında song ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. (1) Katsaros 1984 yılında flebin anatomisini detaylı olarak tanımlamıştır. (2) Lateral kol flebi üst ekstremite, alt ekstremite, baş boyun bölgesindeki yumuşak doku rekonstrüksiyonlarında kullanılmaya başlamıştır. (3)Dirsekte bulunun defektler için ilerleyen yıllarda revers akımlı pediküllü lateral kol flebi tanımlandı. Bu fleplerde bir miktar venöz konjesyon olabileceği görüldü. Ve sonrasında delay prosedürü kullanılarak iki aşamalı reverse akımlı pediküllü lateral kol flebiyle rekonstrüksiyon ortaya konuldu.

Sonrasında posterior kollateral arter bazlı rotasyon ilerletme, v-y flep, ada flep şeklinde varyasyonları sunuldu. Donör saha morbiditesinin az olması nedeniyle lateral flebinin yerini zamanla perforatör propellar flepler almıştır. (4) Perforatör propellar flep,tecrübeli bir cerrah tarafından kısa sürede eleve edilebildiği, tek aşamalı bir rekonstrüksiyon oluşu ve estetik olarak kabul edilebilir sonuçları olması nedeniyle avantajlıdır. (5)

Posterior dirsek defektlerinde mikrocerrahi kullanılmadan ve ameliyat süresinin kısa oluşu nedeniyle lokal flep olarak posterior kollateral radial arterden çıkan perforatör propellar flep iyi bir seçenek olarak kullanılabilir.

1. Song R, Song Y, Yu Y, Song Y. The upper arm free flap. Clin Plast Surg 1982;9:27–35.
2. Morrison CS, Sullivan SR, Bhatt RA, Chang JT, Taylor HO. The pedicled reverse-flow lateral arm flap for coverage of complex traumatic elbow injuries. Ann Plast Surg 2013;71:37–9
3. Çerkeş, N., Topalan, M., Erer, M., Ağır, H.: El ve Önkol Defektlerinde Lateral Kol Flebi Uygulamaları. Türk Plast. Cer. Derg. 3:126-130, 1995.
4. Nakao J, Umezawa H, Ogawa R, Mateev MA. Reconstruction of elbow skin and soft tissue defects using perforator-pedicled propeller flaps. Microsurgery 2018;38:473–8
5. Ono S, Sebastin SJ, Yazaki N, Hyakusoku H, Chung KC. Clinical applications of perforator-based propeller flaps in upper limb soft tissue reconstruction. J Hand Surg Am 2011;36:853–63

Anahtar Kelimeler: dirsek, lateral kol flebi, perforatör, posterior lateral kollateral arter, propellar

SB-115

Dermatofibrosarkom Tanılı Hastalarda Latissimus Dorsi Kas Flebi

Özlem Çolak, Burak Uçar, Batıbey Batmacı, Emre Günenç

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) tümörü uzak metastaz riski (%2-%4) düşük olmasına rağmen storiform (düzensiz) büyüme paterni ve psödopod benzeri çıkıntılar nedeniyle inkomplet eksizyon ve bunun sonucunda lokal rekürrens oranları yüksek olan nadir görülen bir mezenkimal kökenli malignitedir. Her yıl milyonda 0.8-5 kişide görülen DFSP tüm sarkomların %1 ini oluşturmaktadır. En yaygın görülen kutanöz sarkom tipidir. Kadın-Erkek oranı eşit olmasına rağmen, ırksal olarak bakıldığında siyahi ırkta daha fazla görülür. Ortalama tanı yaşı 40 dır. Lokalizasyon olarak çoğunlukla gövdede ve proksimal ekstremitelerde görülür. Klinik olarak DSFP genellikle sert, eritematöz, bazen kahverengi-sarımsı, düzensiz sınırları olan plak ve nodüler tarzda görülmektedir.

DFSP tümörünün genetik altyapısı; kollajen tip 1alfa 1 (COL1A1) ve trombosit kaynaklı büyüme faktörü subunit b (PDGFB) genlerinin füzyonuna sebep olan 17.

ve 22. Kromozomların translokasyonuna dayanır. Bu füzyon proteini PDGF receptor b (PDGFRB) tirozin kinaz resöptürünün devamlı aktivasyonuna ve DFSP hücrelerinin üretilmesine neden olur. Çoğu DFSP yüksek derecede CD34 pozitifliği göstermesine rağmen; S100, düz kas aktin ve desmin çoğunlukla negatif olarak gözükmektedir. Fibrosarkomatöz alt tipinde CD34 negatif veya zayıf olarak pozitif bulunmaktadır.

Olgu: 38 yaş erkek hasta. Çocukluğunda yapılan sol deltoid bölgedeki aşı izinde son 6 aydır gelişen ve giderek büyüyen kanamasız, kaşıntısız lezyon şikayeti ile dış merkezde yapılan biyopside dermatofibrosarkoma protuberans gelmesi üzerine tarafımıza eksizyon için başvurmuştur.

Olgu Sunumu 2

20 Yaş erkek hasta. Doğumdan bu yana sağ kol posteriorda bulunan nevüsün büyümesi üzerine eksizyonel biyopsi yapılıp sonucu dfsp çıkıyor.

Hastaya tarafımızca muscle spraing latissimus dorsi kas flebi operasyonu gerçekleştirildi.

Tartışma: Latissimus dorsi myokütan flebinin yaygın kullanımı mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunda olmuştur. Ancak abdomen duvarı, aksiller kontraktür, göğüs duvarı defekti tamiri, baş-boyun rekonstrüksiyonu, intratorasik kavite fistül tamiri, meningomiyelosel onarımı ve üst extremite defektlerinde pediküllü olarak transfer edilmiştir. Serbest flep olarak ise, en fazla alt extremite defekt tamirlerinde kullanılmıştır. Gerek serbest flep olarak, gerekse pediküllü flep olarak yeni kullanım alanları tanımlanmaktadır.

Latissimus dorsi kas deri flebi serbest veya pediküllü olarak sık olarak kullanılan bir fleptir. Nörovasküler yapısı aksiller arterden 9-10 cm. ayrıldıktan sonra ve medial / lateral dallara ayrılmadan önce, proksimalde serratus anterior kasma dal verir, Pediküllü transferlerde genelde torakodorsal arterin lateral dalı korunup, medial dalı rotasyon arkını artırmak için kesilir ve bu durumda kasın kalan medial kısmının beslenmesi posterior interkostal arterlerce sağlanır.

Sonuç: Latissimus dorsi kas flebi, deltoid bölgedeki dermatofibrosarcoma protuberans tanılı hastalarda güvenle kullanılabilen bir yöntem olup postop yakın flep dolaşım takibi ve komplikasyon yönetimi ile istenilen sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Latissimus dorsi, kas, dermatofibrosarkom

latissimus dorsi

SB-116

Migren Cerrahisi Uzun Dönem Sonuçları Ve Anatomik Varyasyon İle Ağrı İlişkisi

Necdet Urhan, Yunus Sağlam, Fatih Akkaya, Oğuzhan Sağlam, Hüseyin Şahin, Muhammet Uraloğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Plastik Cerrahi AB

Amaç: Migren cerrahisinin uzun dönem sonuçlarını içeren literatürdeki pek çok çalışmaya rağmen ülkemizde migren cerrahisi tedavisinin uzun dönem sonuçlarının objektif yöntemlerle [MHI (Migraine Headache Index), MIDAS (Migraine Disability Assessment Score), VAS (Visuel Analog Skala)] yapıldığı yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca hastalarda sağ ve sol taraf arasında anatomik simetri farklılıkları görülmektedir Literatürde bu anatomik farklılıklar ile ağrı ilişkisini gösteren yeterli yayın bulunmamaktadır. Bu çalışma kliniğimize başvuran migren operasyonu geçiren hastaların uzun dönem sonuçlarının tespiti ve ağrı ile anatomik simetri farkı arasındaki ilişkinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız klinik bir çalışma olup, retrospektif ayağı olan prospektif bir çalışmadır. Çalışmaya 2017-2021 yılları arasında KTÜ Farabi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde opere olup operasyon sonrası en az bir yıl takip edilen ve toplam 240 bölgeden operasyon geçiren 93 hasta dahil edilmiştir. Hastaların cerrahi öncesi yaşları, cinsiyetleri, ne zamandır migren hastası oldukları (yıl), yarım baş ağrısı mevcudiyeti, görsel bulgu (aura) mevcudiyeti, ameliyat öncesi aylık ortalama atak sayıları, ameliyat öncesi aylık ortalama atak süreleri (saat), ameliyat öncesi aylık ortalama atak şiddetleri (1-10), migren ağrı indeksleri (MHI) ve ameliyat öncesi dizabilite oranları (MİDAS skoru) kayıt edildi. Anatomik veriler cerrahi sırasındaki bulguların kayıt edilmesiyle elde edildi. Hastaların hepsine migren cerrahisi iki taraflı uygulandı. Aynı hastada sağ ve sol taraf arasındaki anatomik simetri farklılıkları kayıt edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar cerrahi sonrası en az 12 ay takip edildi. Hastalara son kontrollerinde, ameliyat sonrası aylık ortalama atak sayıları, ameliyat sonrası aylık ortalama atak süreleri (saat), ameliyat sonrası aylık ortalama atak şiddetleri (1-10), migren ağrı indeksleri (MHI) ve ameliyat sonrası dizabilite oranları (MİDAS skoru) kayıt edildi. İstatistiksel analiz aşamasında SPSS 23,0 istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %69'u kadın, %31'i erkek idi. Migren cerrahisi uygulanan hastaların ortalama yaşı 40,0 ± 9,8 olarak saptandı. Migren cerrahi sonrası ortalama takip süresi 37±10,9 olarak saptandı. Migren cerrahisi öncesi aylık ortalama atak süresi 24,0±21,6 saat olarak saptandı. Migren cerrahisi sonrası aylık ortalama atak süresi 10,0±19,4 saat olarak saptandı. Cerrahi öncesi ve sonrası atak süresinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Migren cerrahisi öncesi ortalama atak şiddeti 10,0± 0,9 olarak saptandı. Migren cerrahisi sonrası ortalama atak şiddeti 4,0±3,0 olarak saptandı. Cerrahi öncesi ve sonrası atak şiddetinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Migren cerrahisi öncesi ortalama MHI 100,0± 93,6 olarak saptandı. Migren cerrahisi sonrası ortalama MHI 4,5±67,3 olarak saptandı. Cerrahi öncesi ve sonrası migren atak indeksinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların %84,9'unda migren ağrı indeksinde (MHI) %50'den çok azalma saptanmıştır. Hastaların %15,1'inde migren ağrı indeksinde (MHI) %50'den daha az azalma saptanmıştır. Hastaların %14'ünde %100 azalma olmuştur. Cerrahi öncesi atak sayısı ve atak süresi ile MHI değişimi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Migren cerrahisi öncesi ortalama MIDAS 4,0± 0,7 olarak saptandı. Migren cerrahisi

sonrası ortalama MIDAS skoru 1,0±1,2 olarak saptandı. Cerrahi öncesi ve sonrası MIDAS skorunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastaların 30'unda (%32.3) bilateral baş ağrısı, 63'ünde (%67,7) yarım baş ağrısı mevcut idi. Yarım baş ağrısı olan 51 (%81) hasta anatomik olarak asimetrik, 12 (%12) anatomik olarak simetrik idi. Yarım baş ağrısı olan hastalar anatomik olarak yüksek oranda asimetrik bulunmuştur. Yarım baş ağrısı olan hastalarda anatomik asimetri karşılaştırmasında istatiksel olarak da anlamlı farklılık saptanmıştır.

Sonuç: Migren cerrahi tedavisinin etkin olduğunu ve uzun dönem korunduğunu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda da cerrahi tedavinin etkin olduğunu ve uzun dönem korunduğunu göstermektedir. Migren cerrahisi insizyon yerlerinde alopesi ve uyuşukluk gibi hasta tarafından rahatlıkla tolere edilen hafif yan etkileri olan ve hayat kalitesindeki dramatik iyileşme ile beraber maliyet etkin bir tedavidir. Çalışmamızdaki yarım baş ağrısı ile anatomik asimetrinin anlamlı olması periferik mekanizmayı destekler niteliktedir. Çalışmamız yarım baş ağrısı ile anatomik asimetri ilişkisini kıyaslayan literatürdeki ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: anatomik varyasyon, baş ağrısı, migren cerrahisi

SB-117

Açık ve Kapalı Rinoplastide Cildin Duyusal Değişimlerinin Prospektif Analizi

Sinan Kadir Altunal, Arda Küçükgüven, Murat Çelik, Uğur Koçer

Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Rinoplastide geçmişten günümüze birçok farklı teknik tanımlanmıştır. Yapılan cerrahiler temelde ciltte insizyon olup olmamasına göre açık ve kapalı teknik olarak ikiye ana gruba ayrılır. Her iki tekniğin birbirine üstünlüğü tartışması günümüzde halen süregelmektedir. Kapalı teknikte iyileşmenin daha hızlı olduğu ve anatominin daha iyi korunduğu görüşü yaygınken, açık teknik dokulara kolay ulaşım ve cerrahın artan manevra yeteneği gibi nedenlerle tercih edilir. Burun cildi duyusunda azalma ise rinoplasti operasyonları sonrası temel endişelerden biridir. Burun cildinin duyusunu sağlayan sinir dallarında oluşan hasar duyuda azalmaya sebep olur.

Bu çalışmanın amacı, açık ya da kapalı yapısal rinoplasti tekniği ile opere edilen hastaların burun cildi duyusunda meydana gelen ameliyat sonrası değişiklikleri karşılaştırmalı olarak analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize Haziran 2021 – Aralık 2021 tarihleri arasında primer rinoplasti operasyonu isteğiyle başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma prospektif randomize bir klinik çalışma olarak dizayn edilmiştir. Başvuru sırasında hastaların demografik ve medikal bilgileri kaydedilmiştir. Burun cildi duyusunu etkileyebilecek yaralanma öyküsü, sinir iyileşmesini bozabilecek kronik rahatsızlıklar (vitamin B12 eksikliği, Diabetes Mellitus gibi) ve burna yönelik geçmişte geçirilmiş cerrahi dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir. Ek olarak yine cilt duyusunu etkileyebilecek operasyonda subkütan doku eksizyonu ve alar kanat redüksiyonu yapılan hastalar ile takiplerde aksama yaşanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastalar, başvuru sırası temelli bir randomizasyon ile açık ve kapalı teknik gruplarına ayrılmıştır. Açık teknik uygulanan hastalarda ek olarak uygulanan transkolumellar insizyon haricinde her iki gruptaki tüm hastalarda aynı yapısal rinoplasti basamakları uygulanmıştır.

Hastaların analizinde burun 7 alt üniteye ayrılarak (nasion, rhinion, burun ucu, sol alar kanat, sağ alar kanat, infratip lobül, kolumella tabanı – *Resim 1*) ameliyat öncesi ve ameliyattan sonra 1., 3. ve 6. aylarda Semmes-Weinstein monofilament testi (SWMT) kullanılarak duyusal değerlendirmeler yapılmıştır. Hastaların ameliyat sonrası 1., 3. ve 6. aylarında her bir burun ünitesinin ameliyat öncesi döneme göre duyu değişimleri 3'lü Likert ölçeği üzerinden (his yok, azalmış ya da benzer; sırasıyla 1, 2 ya da 3 puan) hastalarca subjektif olarak değerlendirilmiştir.

Niceliksel ve niteliksel veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak gruplar içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak analiz edilmiştir. P değeri 0,05'ten küçük olan sonuçlar anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu randomize prospektif çalışma açık teknik grubunda 32, kapalı teknik grubunda 30 hasta ile yürütülmüştür. Açık gruptaki 32 hastanın 25'i kadın (%78.12) ve yaş ortalaması 27.2 (20-46), kapalı gruptaki 30 hastanın 24'ü kadın (%80) ve yaş ortalaması 26.6 (19-42) olarak bulunmuştur. Açık ve kapalı gruplarda ameliyat öncesi dönemde yaş ortalaması, cinsiyet oranı ve burun alt ünitelerinin SWMT değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Ameliyattan 1 ay sonra ameliyat öncesi döneme göre SWMT'ye göre açık grupta burun ucu ve infratip lobülde hipoestezi olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Duyudaki bu azalmanın 3. ay itibariyle ameliyat öncesi duruma döndüğü gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Açık gruptaki burnun diğer alt ünitelerinde SWMT'ye göre duyuda ameliyat sonrasında anlamlı bir değişme görülmemiştir. Kapalı grupta burun alt ünitelerinde ameliyat öncesi dönemle ameliyat sonrası dönemdeki duyu verileri arasında SWMT'ye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Birinci ayda açık grupta kapalı gruba kıyasla burun ucu ve infratip lobülde duyuda azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalardan duyu değişimini 3'lü Likert ölçeği üzerinden değerlendirmeleri istendiğinde, açık teknik uygulanan hastalarda burun ucu ve infratip lobül ünitelerinde ameliyat sonrası 1. ayda ameliyat öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak azalma olurken diğer ünitelerde ve kapalı teknik uygulanan hastaların kontrol verilerinde anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. (*Tablo-1*)

Tartışma: Yapılan literatür taramasına göre bu randomize prospektif çalışmanın, modern yapısal rinoplasti tekniği kullanılarak yapılan açık ve kapalı rinoplastinin burun cildindeki duyusal sonuçlarını objektif ve subjektif verilerle karşılaştırmalı olarak analiz eden ilk çalışma olma özelliğini taşıdığı görülmüştür.

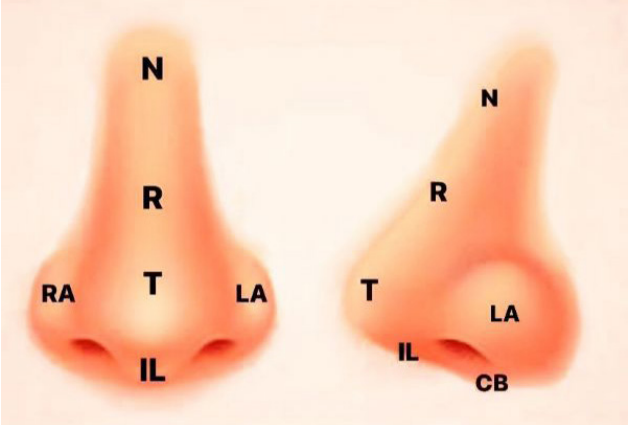
Bu çalışmayla ameliyat sonrası 1. ayda açık rinoplasti tekniğinde burun ucunda ve infratip lobülde ameliyat öncesi döneme göre hipoestezi görüldüğü objektif ve sübjektif verilerle ortaya konulmuştur. Gruplar arasında açık teknikte kapalı tekniğe kıyasla hem SWMT hem de 3'lü Likert ölçeğine göre ameliyat sonrası 1. ayda, burun ucunda ve infratip lobülde duyudaki azalmanın anlamlı olduğu bulunmuştur. Duyudaki bu azalma, burun ucunun ve infratip lobülün duyusunda rol alan sinir liflerinin açık teknikte hasarlandığını fakat 3 aydan sonra bu alt ünitelerin duyusunun geri döndüğünü desteklemektedir. Açık rinoplastide burun ucu ve infratip lobülde 3. ay, diğer alt ünitelerde 1. ay ve kapalı rinoplastide ise tüm alt ünitelerde 1. ay itibariyle ameliyat öncesi duruma benzer sonuçlar görülmüştür.

Burun cildinin subjektif duyu değerlendirmesinde elde edilen bulguların SWMT ile elde edilen sonuçları destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada, gerek ameliyat öncesi hasta muayenesinde cerrah açısından gerekse ameliyat sonrası kontrollerde hastayı bilgilendirmede önemli bir yeri olan rinoplastinin duyusal iyileşme süreci hakkında literatürdeki eksiği tamamlar nitelikte veriler sunulmuştur. Kapalı teknikte ameliyat sonrası 1. aydan itibaren herhangi bir burun alt ünitesinde hipoestezi olmazken, açık teknikte ameliyat sonrası 1. ayda burun ucu ve infratip lobül alt ünitelerinde 3. ayda eski haline dönen geçici bir hipoestezi olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Açık rinoplasti, kapalı rinoplasti, nazal duyu, rinoplasti

Resim - 1



Burun alt üniteleri, N: nasion, R: rhinion, T: burun ucu, LA: sol alar kanat, RA: sağ alar kanat, IL: infratip lobül, CB: kolumella tabanı

SB-118

Tümesan lokal anestezi ve genel anestezi altında yapılan meme büyütme ameliyatlarının, hasta konforu ve anestezinin yeterliliği açısından karşılaştırılması

Münür Selçuk Kendir[1], Bilsev İnce[1], Atilla Erol[2], Mehmet Dadacı[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Amaç: En sık uygulanan estetik operasyonlardan biri olan meme büyütme ameliyatı, pek çok merkezde genel anestezi altında gerçekleştirilir. Genel anestezi hasta ve hekim için yüksek konfor sunmasına karşın anestezi uzmanı ile ameliyathane gerektirmesi, ofis koşullarına uygun olmaması ve anestezi maddelere bağlı bulantı, kusma gibi yan etkileri mevcuttur. Genel anestezinin bu dezavantajlarından kaçınmak için, bölgesel bloklar ve tümesan anestezi gibi entübasyon gerektirmeyen anestezi teknikleri tanımlanmıştır. Bunlardan tümesan anestezi tekniğinde maksimum dozlara dikkat edilerek hazırlanan epinefrin ve lokal anestezik solüsyonları yüksek miktarda izotonik mayi içerisinde çözülmekte ve hazırlanan sıvının cerrahi sahaya infiltrasyonu ile anestezi sağlanmaktadır.

Meme büyütme ameliyatlarında tümesan anestezinin ilk kullanıldığı çalışmalarda bu tekniğin sedo-analjezi ya da bölgesel bloklarla kombine olarak uygulanması önerilse de, son yıllarda premedikasyon sonrası izole tümesan anestezi ile meme büyütme yapılabileceği öne sürülmüştür. Ancak bu çalışmalarda hastaların operasyon süresince hissettikleri ağrı derecelendirilmemiş ve yüksek miktarda anestezi madde verilmiştir. Öte yandan tümesan anestezi

Tablo - 1

	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası 1.Ay	Ameliyat Sonrası 1.Ay	Ameliyat Sonrası 3.Ay	Ameliyat Sonrası 3.Ay	Ameliyat Sonrası 6.Ay	Ameliyat Sonrası 6.Ay
	Objektif (SWM testi)	Subjektif (Likert Ölçeği)	Objektif (SWM testi)	Subjektif (Likert Ölçeği)	Objektif (SWM testi)	Subjektif (Likert Ölçeği)	Objektif (SWM testi)	Subjektif (Likert Ölçeği)
Nasion								
Açık	0,02	3,00	0,016	2,97	0,015	3,00	0,018	3,00
Kapalı	0,02	3,00	0,018	3,00	0,018	3,00	0,02	3,00
Rhinion								
Açık	0,019	3,00	0,017	2,91	0,014	2,91	0,017	2,97
Kapalı	0,015	3,00	0,013	2,92	0,016	2,97	0,016	3,00
Burun Ucu								
Açık	0,022	3,00	0,051*	2,30*	0,028	2,81	0,02	2,92
Kapalı	0,020	3,00	0,018	2,77	0,018	2,81	0,02	2,97
Sol Alar Kanat								
Açık	0,01	3,00	0,009	2,94	0,01	2,97	0,009	3,00
Kapalı	0,009	3,00	0,009	2,92	0,008	3,00	0,01	3,00
Sağ Alar Kanat								
Açık	0,01	3,00	0,008	2,92	0,008	2,97	0,008	3,00
Kapalı	0,008	3,00	0,009	2,97	0,009	3,00	0,008	3,00
Infratip Lobül								
Açık	0,01	3,00	0,029*	2,27*	0,019	2,78	0,016	2,89
Kapalı	0,009	3,00	0,013	2,81	0,016	2,86	0,012	2,92
Kolumella Tabanı								
Açık	0,009	3,00	0,011	2,92	0,009	3,00	0,009	3,00
Kapalı	0,009	3,00	0,011	3,00	0,008	3,00	0,01	3,00
*İstatiksel analizde ameliyat öncesine göre anlamlı değişim (p<0,05)								

Açık ve kapalı rinoplasti tekniklerinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde SWM testi ve Likert ölçeği ile değerlendirme sonuçları

kullanılan çalışmalarda memeye 330-1150 ml arası çok yüksek miktarda tümesan mayi uygulandığı bildirilmiştir. Bu yüksek hacmin estetik sonucun doğru şekilde tahmin edilmesini güçleştireceği ön görülebilir.

Bu çalışmada amacımız, daha az sıvı ile hazırlanan tümesan lokal anestezi ile meme büyütme tekniğini (Wide-awake local anestesia breast augmentation-WALABA) tanımlamak ve bu tekniğin uygulandığı hastalar ile genel anestezi altında meme büyütme ameliyatı yapılan hastaları operasyon süresi, post-op ağrı skorları, operasyon süresince olan anestezi konforu, cerrahi işlemin başarısı, komplikasyon oranı ve tekrar operasyon gerekip gerekmediği açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem-Gereçler: 2019-2021 yılları arasında, kliniğimizde, aynı cerrah tarafından subglandüler silikon protez ile meme büyütme ameliyatı gerçekleştirilmiş olan ve en az 1 sene takip edilmiş olan hastalar çalışmaya dahil edilerek genel anestezi (Grup A) ve tümesan anestezi (Grup B) altında olmalarına göre ikiye ayrıldı. Ameliyat sonrası dönemde rutin kontrollere düzenli gelmeyen, ağrı skoru bilgisine ulaşılamayan ve subglandülerden başka bir düzlemde protez yerleştirilmiş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Tümesan anestezi yapılan hastalara infiltrasyon öncesi 1 mg midazolam, 50 mcg fentanil ve 20 mg propofol ile premedikasyon uygulandı, ardından 5 dk beklenerek her iki meme insizyon hattına ve subglandüler plana 150-200 ml tümesan mayi verildi. Tümesan mayi, %0,9'luk serum fizyolojik içerisine 1mg/ml lidokain ve 0,000625 mg/ml adrenalin içerecek şekilde hazırlandı. Mayi verilirken sol el ile meme dokusu kaldırılarak tümesan mayi meme lateralinden verilmeye başlandı. Protezin yerleştirileceği poşun tümesan mayi ile tam olarak doldurulması sağlandı.

Genel anestezi alacak olan hastalara ise, 2 mg midazolam, 50 mg lidokain ve 0,5 mg/kg propofol ile anestezi indüksiyonu ve 0,6 mg/kg roküronyum ile kas blokajı sonrası desfluran ile anestezi idamesi sağlandı; intra-operatif analjezik olarak da 100 mcg fentanil, 0,6 mg/kg morfin ve 1 gr parasetamol verildi. Tüm hastalar post-op dönemde 5 gün, 3x25 mg deksketaprofen ile takip edildi.

Her iki gruptaki hastaların cerrahi süresi, cerrahi komplikasyonları, yeniden operasyon gerekip gerekmemesi tespit edildi. Ardından hastaların operasyon süresince hissettikleri ağrı; hiç ağrım yok 0 puan, çok şiddetli dayanılmaz ağrım var 10 puan olmak üzere 0'dan 10'a puanlandı. Hastaların ameliyatta hissettikleri ağrı skorları, grup B'de hasta bilinçli olduğu için ameliyat sırasında sorgulandı. Post-operatif ilk gece ve birinci hafta ağrı skorları her iki grup için sorgulandı. Ameliyat sonrası birinci hafta hastanın tekrar aynı anestezi yöntemiyle ameliyat olmak isteyip istemeyeceği soruldu. Elde edilen sonuçlar gruplar arasında uygun istatistik yöntemle kıyaslandı.

Bulgular: Hasta sayıları Grup A'da 13 iken, Grup B'de 9'du. Ortalama yaş Grup A'da 29,3 (19-37), Grup B'de ise 27,6 (22-34) idi. Anestezi uygulamaları dahil ortalama cerrahi süresi Grup A'da 93 dakika (en az 82- en fazla 99) iken, aynı süre Grup B'de 72 dakika (en az 58 – en fazla 86) olarak tespit edildi, sonuçlar kıyaslandığında Grup B'de ki operasyonların istatistiksel anlamlı şekilde daha kısa sürdüğü görüldü ($p<0,05$).

Grup A'da 1 hastada snoopy nose deformitesi görülürken, Grup A'daki diğer hastalarda ve Grup B'deki hastalarda başka komplikasyon ya da yeniden ameliyat gerektirecek deformite tespit edilmedi.

Grup A'da 4 hastada (4/13) ameliyat sonrası bulantı-kusma görülürken Grup B'de hiçbir hastada görülmedi.

Grup B'de hastaların operasyon süresince hissettikleri ortalama ağrı skoru 0,66 (0-2) idi. Hastaların ameliyat sırasında hissettiklerini belirttikleri ağrı skoru post operatif ilk gece ve birinci haftada Grup A'da sırasıyla 0,23 (0-1) ve 0,15 (0-1) iken, Grup B'de 0,33 (0-1) ve 0,22 (0-1) olarak tespit edildi. Gruplar arasında ameliyat sonrası dönemde hissedilen ağrı miktarı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Ancak Grup B'de ağrı skorları zamanla azalma eğilimindeydi.

Hastalara operasyondan 1 hafta sonra 'Tekrar aynı yöntemle ameliyat olmak ister miydiniz?' sorusu sorulduğunda Grup A'da tüm hastalar (13/13) 'evet' cevabını verirken Grup B'de 9 hastanın 8'i 'evet' cevabını verdi. Bu parametre açısından gruplar arasında istatistiksel fark yoktu ($p>0,05$).

Sonuçlar: Elde edilen verilere göre, tümesan anesteziyle yapılan meme büyütme ameliyatlarının en büyük avantajının cerrahın anestezi ekibi ve ameliyathaneye bağımlılığını bitirmesi ve daha kısa sürede operasyonun sonlandırılabilmesidir. Bunun yanında komplikasyon ya da yeniden operasyon oranlarında ve ağrı skorlarında iki yöntem arasında anlamlı fark bulunamadı.

Çalışmamızı daha önceki yayınlarla kıyaslandığımızda neredeyse yarı yarıya daha az sedasyon ve anestezik madde kullandık. Bunun sonucu olarak hastalarda solunum depresyonu, bulantı kusma gibi sedatif ajanların yan etkilerine rastlanılmadı. Genel anestezi uygulanan hastaların neredeyse üçte birinde bulantı kusma görülürken WALABA grubunda hiç görülmedi.

Tümesan solüsyonu meme lateralinden verilmeye başlanarak interkostal blok benzeri etki sağlamaya çalışıldı. Bu enjeksiyon tekniği ile literatürde tanımlana tümesan lokal anestezi tekniğinden ortalama yarı yarıya daha az mayi kullanıldı. Böylece memenin ön görülen büyüklüğü ameliyat sırasında daha kolay belirlenebild.

Her iki grup arasında ağrı skorları arasında anlamlı fark olmaması uygulanan güvenli doz aralığındaki lidokaininin operasyonun gerçekleştirilebilmesi için yeterli anesteziyi sağladığı düşünülebilir. Öte yandan hastaların ameliyattan sonraki birinci hafta ve birinci yılda ağrı skorlarının postoperatif ilk güne göre daha düşük olarak tanımlamaları estetik işlemlerden sonra hastaların ikinci, üçüncü operasyonları neden rahatça yaptırabildiklerini açıklayabilir. Hastaların ağrı algıları ve ağrıyı hatırlamaları zamanla azalmaktaydı.

Sonuç olarak, uyumlu ve istekli hastalarda tarif edilen lokal anestezi tekniği kullanılarak, ofis şartlarında, tümesan anestezi ile meme büyütme ameliyatının yapılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Lokal anestezi, Meme büyütme, Tümesan solüsyonu

SB-119

Bipolar ve Mikroiğneli Radyofrekans Enerjisinin Rat Abdominal Bölgesindeki Cilt, Cilt Altı ve Yağ Dokusundaki Fibroseptal Etkilerinin ve Doku İyileşmesinin Histopatolojik Olarak DDeğerlendirilmesi

Caner Gelbal[1], Burak Ergün Tatar[1], Bengi Yılmaz[2], Mehmet Bozkurt[1]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Biyomalzeme Anabilim Dalı

Amaç: Radyofrekans(RF) bazlı cihazlar plastik cerrahide sıklıkla kullanılan cihazlardır. Özellikle yüz bölgesinde sıklıkla kullanılan bu cihazların histolojik ve immünolojik etkilerini gösteren bir deneysel çalışma güncel literatürde mevcut değildir. Biz çalışmamızda Bipolar RF(BodyTite)

cihazı ile Mikroiğneli RF(Morpheus 8) cihazının sıçan abdominal bölgesinde etkilerini histolojik ve immünolojik olarak araştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 24 sıçan dahil edildi. Sıçanlar her birinde 6 sıçan olacak şekilde 4 gruba ayrıldı.Grup I: Herhangi bir uygulamanın yapılmadığı grup II: Abdominal bölgeye BodyTite uygulandı. Grup III: Abdominal bölgeye Morpheus 8 uygulandı. Grup IV: Abdomimal bölgeye hem Morpheus 8 hem de BodyTite uygulandı. Gruplardaki dokuların histolojik ve immunolojik özellikleri ışık mikroskopisinde, kollajen formasyonları ve desmozom yapıları ışık mikroskobunda incelendi.

Bulgular: Grup II'deki kollajenler diğer gruplara göre daha az ve ince görüldü. Ayrıca grup III'teki damar sayısı daha az görüldü. Kollajen skorları Grup II: 1.67±0.81, grup III: 2.33±0.82 ve Grup IV: 2.67 ± 0.51'dir. VEGF skorları Grup II: 2.5±0.54, grup III: 1.83 ± 0.75 ve Grup IV: 2.67 ± 0.51'dir. Grup II'deki kollajen skoru ve grup III'teki VEGF skoru diğer gruplara göre anlamlı olarak az bulundu.($p<0.05$) Ayrıca elektron mikroskobunda grup III'teki desmosomlar arasındaki bağların daha gevşek olduğu görüldü. Grup II'deki kollajen kalınlığının inceldiği, grup III ve grup IV'teki kollajen morfolojileri grup I'deki kollajen morfolojisine benzer bulundu.

Sonuç: BodyTite ve Morpheus 8 gibi RF bazlı cihazların kullanımı dokudaki yenilenmeyi ve iyileşmeyi arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: BodyTite, AcuTite, Morpheus 8, Radyofrekans enerjisi

SB-120

Meme Küçültme Hastalarında Fonksiyonel İyileşmenin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisinin İncelenmesi

Ahmet Faruk Yücel[1], Erol Kozanoğlu[2], Ufuk Emekli[2], Rifat Atilla Arıncı[2]

[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Makromastinin vücudun ağırlık merkezininin yerini değiştirerek vertebral kolona ek bir yük yüklediği, buna bağlı olarak vertebral kolonun açılarını değiştirerek postürü etkilediği ve boyun, omuz, sırt ve bel ağrılarına neden olduğu bilinmektedir. Redüksiyon mamoplastinin bu problemlerin iyileşmesini sağladığı literatürde ortaya konmuştur. Obez hastaların sadece obezite faktörü nedeni ile benzer şikayetlere ve vertebral kolondaki benzer değişikliklere sahip olması bu hastaların aynı ameliyattan ne kadar fayda göreceğini tahmin etmeyi zorlaştırmaktadır. Çalışmanın amacı redüksiyon mamoplastinin obez ve obez olmayan hastalar üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.

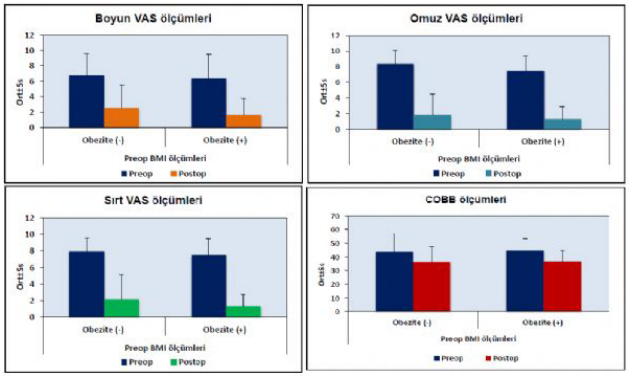
Gereç-Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde Ağustos 2017 ile Nisan 2019 tarihleri arasında makromasti tanısı ile redüksiyon mamoplasti yapılmış olan hasta grubunun retrospektif olarak taranması ve bu verilerden preoperatif ve Postoperatif torasik kifoza ait Cobb açıları, preoperatif ve Postoperatif bölgesel VAS skorları, vücut kitle indeksleri ve çıkarılan meme dokusu miktarlarının incelenmesi ile veriler elde edilmiştir.

Bulgular: Redüksiyon mamoplasti ameliyatının torasik kifoz açılarını anlamlı olarak düzelttiği, boyun, omuz, sırt ağrı skorlarını anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir. Obez hastalar ile obez olmayan hastalar arasında torasik kifoz açılarının ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve değişim miktarı ortalama değerleri her iki grupta birbirlerinden anlamlı farklı bulunmamıştır. Boyun, omuz ve sırt ağrı skorlarının düşüşünün obez ve obez olmayan gruplarda anlamlı farkı olmadığı gösterilmiştir. 50 yaşın altında ve üstündeki gruplarda kifozun düzelişi ve ağrı skorlarının düşüşünün benzer olduğu görülmüştür. Çıkarılan meme dokusu miktarının kifozun düzelmesi ile ilişkili olmadığı, sadece boyun ağrı skorlarında daha anlamlı bir düşüşe neden olduğu izlenmiştir.

Sonuç: Meme küçültme ameliyatı sonrasında hastalarda fonksiyonel iyileşmenin vücut kitle indeksi ile ilişkisinin olmadığı, obez hastaların da obez olmayanlar kadar ameliyattan fayda gördüğü görülmüştür. Meme küçültme cerrahisine fonksiyonel amaçla karar verdiren bir vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi veya meme ağırlığı sınır değeri belirlemenin doğru olmadığı anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Küçültme, Redüksiyon Mamoplasti, Vertebra, Kifoz, Obezite, Vücut Kitle İndeksi

Sonuçlar



SB-121

Nazal tip desteği açısından septal ekstansiyon-kolumellar greftin kolumellar strut greftle karşılaştırılması

Nijat Majidov, Sergen Karataş, Mustafa Sütçü, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim dalı, Konya
Nazal tip desteği açısından septal ekstansiyon-kolumellar greftin kolumellar strut greftle karşılaştırılması

Giriş: Zayıf alt lateral kartilajı olan hastalarda tip projeksiyon ve rotasyonundaki yetersizlik sıklıkla görülmektedir. Bu yetersizlikleri düzeltmek ve burun ucu stabilitesini sağlamak için kolumellar strut, en çok kullanılan greftlerden biridir. Ancak kolumellar strut greft lateral kartilaj medial kruslarına destek olmakla birlikte, tip rotasyonunda önemli bir artış sağlamamaktadır. (1)

Bu çalışmada hem septal ekstansiyon greft gibi tip rotasyonuna katkısı olabilecek hem de kolumellar strut greft gibi medial krus desteği sağlayabilecek bir greft tasarlandı ve septal ekstansiyon-kolumellar greft olarak

adlandırıldı. Bu çalışmanın amacı septal ekstansiyon-kolumellar greftin kolumellar strut greftle karşılaştırılması ve birbirlerine üstünlüklerinin araştırılmasıdır.

Materyal ve Metot: 2021-2022 tarihleri arasında 16 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. 8 hastada kolumellar strut greft, diğer 8 hastada da septal ekstansiyon-kolumellar greft kullanıldı. Her iki hasta grubunda nazolabial açı, nazofrontal açı ve nazal tip projeksiyon oranı (Goode oranı) ölçüldü. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak Mann-Whitney U testiyle değerlendirildi.

Bulgular

Septal ekstansiyon-kolumellar greft kullanılan hastalarla sadece kolumellar greft kullanılan hastalarda nazolabial açı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), nazofrontal açı ve tip projeksiyonu (Goode oranı) açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Kolumellar strut greft çok sık kullanılan greftlerden biridir. Ancak tip rotasyonundaki yetersizliği yayınlarda gösterilmiştir. Bu yetersizliği önlemek için planlanan kolumellar strut greftin bir modifikasyonu olan septal ekstansiyon-kolumellar grefte ulaşılabilir literatürde rastlanmamıştır. Septal ekstansiyon-kolumellar greft zayıf alt lateral kıkırdağı olan ve tip rotasyonu gereken hastalarda ideal bir greft olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kolumellar greft, septal ekstansiyon greft, rinoplasti

SB-122

Redüksiyon Mamoplastide Klinik Deneyimlerimiz

Merve Terzi, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı, Fatih Berk Ateşşahin, Haluk Vayvada

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Redüksiyon mammoplasti sadece kozmetik amaçlı olmayıp yaşam kalitesini arttırması nedenli yaygın gerçekleştirilen cerrahi girişimlerden birisidir. Tarihsel olarak çok farklı teknikler, pediküller tanımlanmış olup 1956 yılında Robert J. Wise tarafından tanımlanan wise-patern tekniği ciddi deri ve doku eksizyonuna izin vermesi nedenli günümüzde sık kullanılan tekniklerden biridir. Meme kanserinin ve estetik işlemlerin sayısının hızla artış göstermesi ve hekimlerin karşılaşabileceği yasal sorunlar nedenli preoperatif meme görüntülemesi önem kazanmıştır. Bu çalışmada redüksiyon mammoplasti yapılan hastalarımızdaki operasyon tekniği, komplikasyonlar, preoperatif BIRADS değerlendirilmesi ve patoloji raporları değerlendirilmektedir.

Materyal-Metod: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde opere edilen 2022-2016 yılları arasında toplamda 192 hasta değerlendirildi. Çalışmaya wise paterne uygun ters t skarlı farklı pediküllerde redüksiyon mammoplasti yapılan hastaların yaşı, incisura jugularis-nipple, nipple-inframammarian fold mesafeleri, sigara kullanımı, pedikülü, preoperatif BIRADS değerlendirilmesi, patoloji sonucu, eksizyon gramajı, komplikasyonlar dahil edildi. Çalışmaya reredüksiyon mammoplasti ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu amacıyla tek taraflı redüksiyon mammoplasti yapılan hastalar dahil edilmedi.

Sonuç: 192 hasta toplamda 384 meme değerlendirildi. Hastalarda en küçük yaş 17, en büyük yaş 69 olacak şekilde yaş ortalaması 42,84 idi. 125 hasta sigara kullanmamakta, 8 hasta sosyal içici olarak sigara kullanmaktaydı. 59 hasta aktif olarak sigara kullanmakta iken ortalama paket yılı 10,1 olarak hesaplandı. Ortalama incisura jugularis-nipple arası mesafe 30,5, nipple-inframammarian fold mesafesi 13,5 olarak hesaplandı. 52 hastaya superomedial, 47 hastaya inferior, 38 hastaya santral superomedial, 14 hastaya superosantral, 14 hastaya santral, 12 hastaya inferosantral, 8 hastaya superolateral, 5 hastaya superior ve 2 hastaya santral superolateral pediküllü redüksiyon mammoplasti yapıldı. Ortalama eksizyon miktarı 567 gr iken en yüksek eksizyon yapılan meme 1912 gr olarak ölçüldü. 96 hastanın preoperatif yapılan görüntülemelerde BIRADS-1 bulgular, 84 hastada BIRADS-2 bulgular, 10 hastada BIRADS-3 bulgular mevcuttu. 2 hastada preoperatif görüntülemede BIRADS-4a ile uyumlu bulgular saptanması üzerine genel cerrahiye yönlendirildi ve genel cerrahi tarafından yapılan biyopsi sonuçları fibroadenom olarak raporlanması üzerine opere edildi. 384 memenin 76sında patoloji sonucu normal meme dokusu olarak raporlandı. 275 hastada patoloji sonucunda proliferatif olmayan meme değişiklikleri, en sık fibrokistik değişiklikler saptandı. 18 hastada sklerozan adenozis en sık olmak üzere atipisiz proliferatif değişiklikler mevcuttu. 11 hastada atipili duktal epitelyal hiperplazi, 4 hastada ise atipili lobuler hiperplazi saptandı. 132 hasta postoperatif dönemde herhangi bir sorun izlenmezken 45 hastada yara yeri iyileşmesinde sorun nedenli çoğunlukla pansumanla takip edilirken 6 hastaya poliklinik şartlarında resütüre edildi. 1 hastada tek taraflı areola nekroz nedenli debridman, takiplerinde nipple rekonstrüksiyonu, 1 hastaya reredüksiyon mammoplasti, 2 hastada asimetri nedenli revizyon cerrahisi ve 2 hasta dog ear düzeltilmesi yapıldı. 1 hastada postoperatif erken dönemde hematom saptanması üzerine aynı gün tekrar opere edildi, 3 hastada lokalize hematom opere edilmeden takip edildi. 5 hastada hipertrofik skar nedenli takip edildi ve bir hastaya skar revizyonu yapıldı.

Tartışma: Redüksiyon mammoplasti postoperatif dönemde hastaların memnuniyet oranı yüksek olan cerrahi girişimlerden birisidir. Özellikle yüksek hacimli doku eksizyonu sonrası hastaların yaşam kalitesi yükselmektedir. Yaş fark etmeksizin redüksiyon mammoplasti planlanan her hastaya preoperatif uygun görüntüleme yaptırılmalıdır. Görüntülemede patolojik bulgu saptanması halinde genel cerrahi konsültasyonu istenmelidir. Postoperatif erken dönemde asimetri olabileceği, dolaşım problemleri ve sigara konusunda hastalar mutlaka uyarılmalıdır. Poliklinik takiplerinde hastaların mutlaka patoloji raporları takip edilmelidir. Erken dönemdeki yağ nekrozu, hematom postoperatif dönem taramalarında malignite kuşkusu yaratabileceği göz önünde bulundurulmalı ve mümkünse genel cerrahi, radyoloji ile ortak çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: BIRADS değerlendirmesi, redüksiyon mamoplasti, wise patern

SB-123

Meme İmplantı ile İlişkili Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma Sonrası Yeniden Augmentasyon

Hasan Büyükdoğan, İhsan Türkmen, Güray Yeşiladalı

Vanity Estetik Cerrahi Merkezi, İstanbul

Giriş: Meme implantıyla ilişkili anaplastik büyük hücreli lenfomanın (BIA-ALCL) standart tedavisi, implantın çıkarılması ve tam kapsülektomi ile kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasını gerektirir. Bu çalışmanın amacı BIA-ALCL hastalarının onkolojik tedavi sonrası rekonstrüksiyonunda zamanlama ve teknik seçimi için önerilerle birlikte bir yeniden augmentasyon vakasının sunulmasıdır.

Olgu: 36 yaşında bir kadın hastaya dış merkezde subglandüler planda 400 cc dokulu implantlarla yapılmış meme büyütme operasyonundan bir yıl sonra, sol memede meme implantına bağlı anaplastik büyük hücreli lenfoma tanısı konuldu. Hastaya implantlarının bilateral çıkarılması ve bilateral kapsülektomi haricinde herhangi bir cerrahi veya medikal tedavi yapılmadı. Hastaya lenfoma rezeksiyonundan bir yıl sonra, kliniğimizde kas altı düzlemde 560 cc düz yüzeyli implantlarla yeniden augmentasyon ameliyatı uygulandı. Hasta ameliyattan sonra on beş ay boyunca takip edildi ve yeniden augmentasyon ameliyatı ile ilgili herhangi bir sorun veya BIA-ALCL nüksü gözlenmedi. (Resim 1)

Bulgular: BIA-ALCL tanısından sonra başarılı bir şekilde meme rekonstrüksiyonu veya yeniden augmentasyon işlemi, lenfoma dokusunun tam cerrahi rezeksiyonu mümkünse yapılabilir. Eş zamanlı rekonstrüksiyon, kitlesi implant kapsülü ile sınırlı olan ve henüz başka bir organa metastaz yapmamış hastalar için endikedir. BIA-ALCL hastalarının yeniden augmentasyon veya rekonstrüksiyon ameliyatları için dokulu implantlar kullanılmaması genel olarak kabul görmüş ve geçerli kabul edilmiş bir ilkedir. Hastanın ilk ameliyatı sırasında dokulu implantları varsa düz yüzeyli implantlara geçilmesi ve yeniden augmentasyon için anatomik planın değiştirilmesi hem olası lenfoma lüksü için hem de yeni implant çevresindeki olası yeni patolojilerin yakın takibi için faydalı olacaktır.

Tartışma: BIA-ALCL hastalarının rekonstrüksiyonu, implant çıkartılması ve cerrahi rezeksiyondan hemen sonra veya cerrahi eksizyon ve adjuvan tedaviden 6-12 ay sonra, implantlarla güvenli bir şekilde yapılabilir. BIA-ALCL eksizyonundan sonra yeniden augmentasyon işleminin zamanlamasının, hastalar onkolojik açıdan sorunsuzsa ve yeniden meme implantı ile augmentasyon ameliyatı için istekliyse, hasta ile iş birliği içinde planlanmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: augmentasyon, bia-alcl, implant, lenfoma, meme

Resim 1

SB-124

Vulvo-vajinoplastinin Kadın Cinsel Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Zeki Çelik, Perçin Karakol, Agit Sulhan, Büşra Güçlü

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Cinsel işlev bozuklukları toplumda çok sık görülen rahatsızlıklardır, cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel istekte azalma, cinsel uyarılma bozuklukları ve orgazm sorunlarını içerir.

Kadın cinsel işlev bozukluğu genellikle çok faktörlüdür ve psikolojik ve fizyolojik başta olmak üzere çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Bazı çalışmalarda,liken sklerozus,granüloma fissuratum gibi organik patolojiler nedeniyle cinsel işlev bozuklarının olduğu literatürde kayıt altına alınmıştır ve düzeltmek için çeşitli cerrahi prosedürler geliştirilmiştir. Labioplasti, perineoplasti, vaginoplasti, himenoplasti ve G-noktası ekleme de dahil olmak üzere genital görünümü veya performansı iyileştirmek için çeşitli prosedürler önerilmektedir. Cerrahi vajinal daraltma prosedürleri yeni olmasa da, tarihsel olarak cinsel veya estetik kaygılardan ziyade obstetrik doğumdan sonra onarımlar için yapılmıştır. Ancak son 10 seneyi içine alan literatür taramalarında vaginal estetik operasyonlarının yapılma sebeplerinde estetik kaygıların ön plana geçmeye başladığı göze çarpmaktadır. Bu prosedürler tek başına veya kombinasyon halinde uygulanabilir, örneğin vajinoplasti ve perineoplasti kombinasyonu halk arasında "vajinal gençleştirme" olarak bilinir hale gelmiştir.

Materyal-Metod: Çalışmamız Seyrantepe Hamidiye Etfal Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine

Ocak-Eylül 2022 tarihleri arasında başvuran gevşek vajinal açıklık, vajina estetiğinden memnun olmama, seks sırasında ağrı vb şikayetleri olan pre-menopozal 20-45 yaş aralığındaki 20 kadın hastayı içermektedir. Çalışmaya seksüel fonksiyonları etkileyebileceği nedeniyle vajinal doğum öyküsü sırasında epizyotomi uygulanan hastalar, ürogenital operasyon öyküsü olanlar ve psikiyatrik bozukluğu olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada Hastalarımız şikayetlerini cinsel birliktelikten önce utanma, disparoni, uyarılmada zorluk, haz alamama olmak üzere dört alt kategoride ele aldık. 20 hastaya uygulanan labioplasti operasyonu sonrası hastaların cinsel hayat kalitesindeki artmayı ortaya koyabilmek için operasyon sonrası FSFI (Kadın Cinsel İşlev İndeksi) ölçeği ve sosyodemografik veri formu uygulandı. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI), kadın cinsel işlevinin özelliklerini değerlendirmek için tasarlanmış bir indekstir. Bu ölçeğin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm,cinsel doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyutu bulunmakta, ölçekten alınan yüksek puan daha iyi cinsel fonksiyon anlamına gelmektedir. Hastalarda pre-op dönemde uygulanan FSFI ölçeğine göre %73 cinsel işlev bozukluğu olduğunu kayıt altına aldık. Post-op 6. Ayda yapılan FSFI ölçek değerlendirmesinde bu oranın %30 olduğunu gözlemledik.

Tartışma ve Sonuç: Cinsellik; insan yaşamının sadece fiziksel olarak değil; tüm yönleri ile pozitif yönde etkileyen bütünleyici ve zenginleştirici bir parçasıdır. Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak sorunsuz olma durumu olarak tanımlanmıştır. Sağlığın bütünleyici bir parçası olan cinsel sağlık birçok faktörden (fiziksel, psikolojik, sosyokültürel vs.) olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Kadınlar, fiziksel görünüşlerini cinselliklerinin ayrılmaz bir bileşeni olarak algılarlar.Beden imajı, bir kişinin algılanan fiziksel tepkisinin duygusal (örneğin; utanç, disfori), bilişsel (örn.; hoşnutsuzluk, değişim arzusu) ve davranışsal (örn., kaçınma, gizleme) yönlerine atıf yapılan çok boyutlu bir yapıdır. Üstelik beden imajı cinsel sağlık ve cinsel doyumda önemli bir rol oynar. Cinsel hayattaki beden imajı algısında genital organları estetiği önemi anımsanmayacak boyuttadır. Toplumda giderek önem kazanan vaginal estetik operasyonlarının çiftlerin cinsel hayatlarındaki kaliteyi artırdığı literatürde kayıt altına alınmıştır. Çalışmamızda operasyon sonrası kadınların özgüvenlerinin artması,(cinsel ilişki başlatma ve ilerletme aşamasında etkili) ve bunun bireylerin iç çamaşır seçimlerine dahi yansıması da literatürü destekler niteliktedir.Literatürde vaginoplasti, himenoplasti ve labioplasti özellikle vaginal travmalar sonrası oluşan fonksiyon bozuklukları için tercih edilse de, son 10 senelik dönemde estetik kaygılardan ötürü Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi poliklinik başvurularında artan operasyonlar arasında bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: vaginoplasti, vulvoplasti, cinsel haz

SB-125

İleri Derece Pitotik ve Büyük Memelerde McKissock Yöntemi ile Meme Küçültme Tecrübelerimiz

Kurtuluş Öz, Ömer Büyükkaya, Perçin Karakol

S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,İstanbul

Giriş: Makromasti toplumda sık görülen, hastalarda, boyun-sırt-bel ağrılarına ve fiziksel hareketlerde kısıtlılığa sebep olan, psikososyal olarak zorlayıcı olabilen bir durumdur. Kilo verme, özel sütyen kullanma gibi önlemler ancak kısıtlı fayda sağlayabilir. Meme küçültme operasyonlarında amaç fonksiyonel olarak hasta şikayetlerini minimalize eden, estetik, doğal görünümlü ve uzun dönemde bu şekli koruyabilen sonuçlar elde etmektir. Meme küçültme operasyonlarında günümüzde en sık kullanılan teknikler genelde tek pediküllü yöntemlerdir. Her ne kadar oldukça eski ve son yıllarda popüler olmasa da bipediküllü yöntemlerde geçerliliğini korumaktadır. Bipediküllü tekniklerden Mckissock yöntemi vertikal bipedikülü ile güvenilir bir nipple areolar kompleks dolaşımına imkan vermekte ve ileride derecede büyük ve pitotik memeli genç hastalarda free nipple yöntemine alternatif oluşturmaktadır.

Materyal ve Metot: Söz konusu çalışmamızda kliniğimizde Ocak 2022 – Nisan 2022 tarihleri arasında McKissock yöntemi ile meme küçültme operasyonu uygulanan 13 hasta yer aldı. Hastalar 23-53 yaş aralığında büyük memeye bağlı sırt ve bel ağrıları, fiziksel hareketlerde zorlanma şikayetleri mevcut hastalardı. Hastalara ait özellikler tablo olarak verildi. Tüm hastalara free nipple dahil farklı meme küçültme tekniklerinden bahsedildi ve McKissock yönteminde karar kılındı Tüm hastalarının operasyon hakkında detaylı bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamı alındı. Preoperatif planlama ve çizimin ardından hastalar genel anestezi alında ve supin pozisyonda opere edildi. Hastalar dren ve sutyen ile uyandırıldı.

Sonuçlar: Operasyon sonrası 1.hafta, 1.ay ve 3.ay kontrolleri yapıldı. Hiçbir hastada NAC nekrozu gibi major komplikasyonlar yaşanmadı. Hastaların birinde T birleşim bölgesinde yüzeyel yara açılması, birinde ise hipertrofik skar meydana geldi. Bu minör komplikasyonlar lokal yara bakımı tedavilerine cevap verdi. Bu hastaların özellikle genç hastalar olması, hormon aktif dönemde geçici ödematöz değişikliklerle anlamlandırıldı. Operasyon sonrası vizitlerde meme projeksiyon ve şeklinin devamlılığını tespit etme amacıyla midclavicula-nipple, intramammarian fold-nipple mesafeleri kayıt edildi. Hastalara sonuçtan memnuniyetlerini ölçen içeriğinde skar görünümü,arzu edilen büyüklük,operasyon öncesi semptomlarda rahatlama gibi soruların olduğu anket uygulandı ve memnuniyet dereceleri yüksek,orta ve düşük olarak not edildi. Çıkarılan doku miktarları kayıtlara alındı.

Tartışma: Meme küçültme teknikleri yıllar boyunca defalarca kez tecrübe edilmiş ve yeni teknik modifikasyonlar eklenmiş olmasına rağmen temel arzulanan hedefler büyük oranda sabit kalmıştır. Operasyon öncesine göre meme ağırlığını oldukça azaltan, iyi projeksiyonlu, doğal meme şekline yakın ve mümkün olduğunca az operasyon izli sonuçlar geçerliliğini korumaktadır. Oldukça eski bir teknik olan McKissock vertikal bipediküllü tekniği son yıllarda unipediküllü tekniklerin gölgesinde kalmasına rağmen seçilmiş endikasyonlarda değerini korumaktadır. Özellikle ileri derece pitotik ve büyük memeye sahip genç makromasti hastalarda güçlü vasküler desteği ile free nipple tekniğine alternatif konumundadır. Tekniğin bir diğer avantajı inferior pedikül superiora oranla ince tutulduğunda ve pektoral fasya üzerinde oluşturulan cebe asıldığında bottom-out deformitesinden kaçınılabilinmesidir. Genellikle inferior pediküllü meme küçültme tekniğinde görülen bu uzun dönem deformite McKissock tekniğinin de uzun yıllar popülarize olmasının önüne geçmiştir. Yapılan çeşitli modifikasyonlar bu deformiteyi önlemeye yönelik olarak kullanılmıştır.(1)(2) Yöntemin dezavantajları olarak uzun bir öğrenme eğrisi ve kalabalık cerrahi ekip gerektirmesi olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalar vertikal bipediküllü teknik sonrası laktasyon oranlarının diğer pediküllere oranla düşük olduğu yönündedir.(3) Bu nedenle hastaların emzirme beklentilerinin olmaması önemlidir. Çalışmamızda bahsedilen teknik modifikasyonlardan da

faydanılarak operasyonlar uygulanmıştır. Uzun dönem ve daha geniş serilerin yöntemin artı ve eksilerini daha iyi ortaya koyacağını düşünmekteyiz.

Meme küçültme tekniklerinin seçiminde hastanın operasyon öncesi bulguları ve beklentileri önemlidir. Genç ve ileri düzey pitotik memelerde estetik ve fonksiyonel olarak daha iyi bir sonuç alma adına free nipple tekniğine alternatif olarak McKissock vertikal bipediküllü tekniği geçerliliğini korumaktadır.

Kaynakça:

1. Menderes A, Mola F, Vayvada H, Yilmaz M, Baytekin C. Dermal suspension flaps for McKissock's vertical bipedicle flap vs. classical McKissock's technique: comparison of aesthetic results and patient satisfaction. Br J Plast Surg. 2005 Mar;58(2):209-15. doi: 10.1016/j.bjps.2004.10.009. PMID: 15710116.
2. Abozeid MF, Tahseen H, Kenawi I. McKissock's Reduction Mammaplasty Revisited: A Case Series Study with 12-months Follow-up. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018 Jun 11;6(6):e1791. doi: 10.1097/GOX.0000000000001791. PMID: 30276040; PMCID: PMC6157950.
3. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, Katz LS, Vandermeer B, Babenko O, Gross MS, Campbell S, Allan GM. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: Systematic review of observational studies. PLoS One. 2017 Oct 19;12(10):e0186591. doi: 10.1371/journal.pone.0186591. PMID: 29049351; PMCID: PMC5648284.

Anahtar Kelimeler: McKissock tekniği, meme küçültme, vertikal bipedikül

Tablo-1

	Yaş	Çocuk Sayısı	Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	Ptoz Derecesi	Rezeksiyon miktarı(gr)		Midclavicula-Nipple mesafesi (cm)		Nipple-IMF mesafesi (cm)		Memnuniyet durumu	Komplikasyonlar
					Sağ	Sol	Preop.	Postop.	Preop.	Postop.		
Hasta 1	23	0	27,1	3.derece	1155	1020	37	21	20	9	Yüksek	
Hasta 2	53	2	20,5	2. derece	732	815	33	20	18	8	Yüksek	
Hasta 3	26	1	28	3.derece	890	900	35	20	15	8	Yüksek	
Hasta 4	25	0	29,3	3.derece	750	785	38	22	19	10	Orta derecede memnun	Kötü skar
Hasta 5	27	0	30,1	2. derece	1010	1030	36	21	18	10,5	Orta derecede memnun	
Hasta 6	33	1	25,5	3.derece	985	1000	37,5	22	16	9	Yüksek	
Hasta 7	46	1	27,8	2. derece	800	820	32,5	20	15	8	Yüksek	
Hasta 8	42	3	28,9	2. derece	920	910	34,5	21	17,5	8,5	Yüksek	
Hasta 9	28	1	26,9	2. derece	875	895	36	22	16	8	Yüksek	
Hasta 10	29	0	24,7	3.derece	1030	1050	35	21	18	8,5	Yüksek	
Hasta 11	35	0	30,1	2. derece	1005	1010	37	22	19	9	Yüksek	
Hasta 12	38	1	28,3	3.derece	780	800	36	21,5	21	10,5	Orta derecede memnun	Yara dehissansı
Hasta 13	39	2	29	2. derece	830	820	33	21,5	16,5	8	Yüksek	

Hastalara ait operasyon öncesi ve sonrası bulgular

SB-126

Uyluk Germe Ameliyatı Sonrası İyatrojenik Siyatik Sinir Nöropatisi Nadir ve Önlenebilir midir?

Çağla Çiçek

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Obezite ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve obeziteye bağlı morbiditeler için uygulanan bariatrik cerrahi, obeziteye bağlı morbiditelerin azalmasına yol açmış ve hastaların yaşam kalitesini de arttırmıştır (1). Ancak bariatrik cerrahi sonrası vücudun farklı bölgelerinde kilo kaybı sonucu oluşan deri gevşekliği psikososyal ve kozmetik sorunlara neden olabilir (2). Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, bariatrik cerrahi sonrası bu tür cilt gevşekliklerinin yönetiminde önemli bir rol oynar ve bu nedenle genellikle bir zorunluluk olarak kabul edilir. Bununla birlikte, vücut şekillendirme cerrahisi; seroma, enfeksiyon, hematom ve yara ayrışması gibi yaygın komplikasyonlarla ya da venöz tromboemboli, lenfödem, belirgin asimetri ve nöropati gibi daha az görülen komplikasyonlarla ilişkili olabilir (3). Çalışmamızın amacı, medial uyluk germe ameliyatı sonrası ortaya çıkan, nadir görülen siyatik sinir nöropatisini sunmaktır.

Vücut kitle indeksi (VKİ) 28.2 olan 24 yaşında kadın hasta medial uyluk germe ameliyatı talebi ile polikliniğimize başvurdu. Hasta, beş yıl önce bariatrik cerrahi geçirdiğini, daha sonra yaklaşık 50 kg kaybettiğini ve takip eden iki yıl boyunca aynı kiloda kaldığını belirtti. Preoperatif muayenede hastanın her iki uyluk iç kısmında yağ ve deri fazlalığı olduğu ve yürüme sırasında bu gevşeklikten rahatsız olduğu anlaşıldı (Şekil 1). Genel anestezi altında medial uyluk germe ameliyatı uygulandı ve medial uyluğa kolay erişim için hasta kurbağa bacağı pozisyonunda çalışıldı. Medial uylukta 'liposuction' planlanan bölgelere uyluk başına 700 cc standart Kline solüsyonu uygulandıktan ve ortalama 15 dakika beklendikten sonra 600 cc emme yöntemi kullanılarak lipoaspirat elde edildi. Daha sonra her iki uyluktan 12 cm'lik bir cilt eksizyonu yapıldı. Ameliyatın süresi yaklaşık iki saatti ve bu süre zarfında hastanın pozisyonu değiştirilmedi. Anesteziden derlendikten hemen sonra, hasta sağ tarafındaki düşük ayaktan şikayet etmesi üzerine nörolojiye konsülte edildi ve hastanın tüm baldır ve ayak kaslarında Kas Gücü Ölçeği-0 (M0) bulundu. Hastanın sağ bacağında diz fleksiyonu veya ayak bileği hareketleri yoktu ayrıca bacakta ve ayağın dorsumunda anestezi tespit edildi. Yüzeyel ultrasonografide (USG) siyatik siniri etkileyebilecek patoloji saptanmadı. Postoperatif beşinci günde her iki ekstremitenin karşılaştırmalı manyetik rezonans (MR) görüntülemesi siyatik sinirin proksimalden dize kadar takip edilebildiğini ve anormal sinyal değişikliği olmadığını gösterdi. Bu nedenle sinirin sağlam olduğuna karar verildi. Elektromyografik (EMG) inceleme majör aksonal hasar göstermediğinden, hastaya elektriksel stimülasyon ve ayna kutusu tedavisi ile birlikte günlük kas egzersizleri içeren agresif bir fizik tedavi rejimi uygulandı. Ayrıca günde bir kez alfa lipoik asit, B vitamini kompleksi ve D vitamini takviyesi önerildi. Ameliyat sonrası dokuzuncu haftada, hasta ayağının dorsifleksiyonunun kısmen başladığı; bacak ve ayak duyusunun geri döndüğü gözlendi. Hastada yedi ay sonra tam klinik iyileşme sağlandı. Literatürde perioperatif nöropatinin sıklıkla üst ekstremite veya peroneal sinir düzeyinde gözlendiği bildirilmekte olup, üst düzey siyatik sinir nöropatisi üzerine çok az çalışma yapılmıştır. Ayrıca bildirilen olguların bir kısmı sezaryen ve kolonoskopi sırasında gelişirken; sadece bir olguda uyluk germe ameliyatı sonrasında, bir olguda gluteal yağ enjeksiyonu sonrasında yüksek düzeyde siyatik sinir nöropatisi gelişmiştir (4,5,6,7,8). Silva ve Roy tarafından yapılan çalışmalar dışında tüm hastalar kurbağa bacağı pozisyonundaydı ve ameliyatları sırasında farklı süreler boyunca bu pozisyonda kalmışlardır. Bizim olgumuzda hasta medial uyluğa erişimi kolaylaştırmak için yaklaşık 120 dakika boyunca kurbağa bacağı pozisyonunda kalmıştır. Literatürde sadece bir olgu sunumunda medial uyluk germe ameliyatı sonrası siyatik sinir nöropatisi gözlendiği belirtilmektedir. Bu çalışmada farklı hastanelerde tedavi gören iki olgu sunulmuş ve her iki olgunun kombine estetik işlemler içerdiği gözlenmiştir (9). Bu çalışmadan farklı olarak olgumuzda hasta kurbağa bacağı pozisyonunda daha uzun süre kalmış ve herhangi bir estetik işlemle kombinasyon yapılmamıştır. Hastanın pozisyonu nedeniyle siyatik sinirin piriformis kasının altından geçerken sıkışmış olabileceği düşünülmüştür ve bu Kiermeir ve ark. tarafından önerilen teori ile tutarlıdır (9). Siyatik sinir nöropatisinin ortaya çıkması, medial uyluk germe ameliyatından sonra nöropati riski konusunda farkındalığın artmasına neden olmuştur. Birden fazla cerrahla ameliyat süresinin kısaltması, ameliyat öncesi elektrolit dengesizliklerinin veya malnütrisyonun düzeltilmesi, operasyonda hipovolemi ve hipotansiyondan kaçınılması, her 30 dakikada bir pozisyon değiştirilmesi hem hekimler hem de hastalar için can sıkıcı olabilecek bu komplikasyonu önleyebilir. Ayrıca hastalar ameliyatlarından önce siyatik sinir nöropatisi riski hakkında bilgilendirilmeli ve medial uyluk germe bilgilendirilmiş

onam formuna siyatik sinir nöropatisi gelişme olasılığı ile ilgili detaylar eklenmelidir. Bu önemli komplikasyonun, nadir de olsa, bu kadar iyi huylu ve kolay bir prosedürle bile ortaya çıkabileceği; hızlı tanı ve erken tedavi ile kolayca geri dönüşümlü olabileceği konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Medial uyluk germe, Postbariatrik cerrahi, Siyatik sinir nöropatisi

Resim 1

SB-127
Üst Blefaroplasti İle İnternal Kaş Kaldırma Deneyimlerimiz

Hasan Basri Çağlı, Hüseyin Emre Ulukaya, Merve Özger, Özge Eren, Adnan Menderes

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Üst blefaroplasti, sık yapılan estetik girişimlerden olup dermatoşalazisi tedavi etmekle birlikte kaş düşüklüğü olan ya da cilt eksizyonu ile birlikte kaş arkının aşağı yer değiştireceği vakalarda daha iyi sonuç için kaş kaldırma ile kombine edilebilir. Kaş kaldırma işlemi direkt kaş üstü cilt eksizyonu ile, endoskopik ya da non-endoskopik temporal-frontal yaklaşımlarla, ip askı yöntemleri ile yapılabileceği gibi üst blefaroplasti insizyonundan internal yaklaşımla da gerçekleştirilebilir. Bu çalışmada üst blefaroplasti insizyonundan internal yaklaşımla supraperiosteal planda yapılan kaş kaldırma işlemiyle ilgili deneyimlerimiz aktarılacaktır.

Materyal-Metod: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 2018 ile 2022 yılları arasında üst blefaroplasti yapılan hastalar retrospekstif olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1 ile 3.aylarda değerlendirmeye uygun fotoğrafı olan ve ameliyat sonrası kaş pozisyonunu ve şeklini değiştirecek ek invaziv ya da noninvaziv kozmetik işlemi olmayan 10 tanesi sadece üst blefaroplasti, 10 tanesi internal kaş kaldırma ile kombine üst blefaroplasti operasyonu olan kadın hastalar saptandı. Hastaların işlem öncesi ve sonrası fotoğrafları ImageJ programı kullanılarak değerlendirildi ve belirlenen referans horizontal düzleme göre kaşın üst sınırının midpupiller ve lateral kantus seviyelerindeki uzaklıkları oransal olarak her iki göz kapağı için karşılaştırıldı. Bu hastaların her iki göz kapağı incelendiği için her bir değerlendirme ölçütü için 20'şer veri elde edilebildi. Elde edilen verilere göre internal kaş kaldırma ile kombine edilen ya da edilmeyen üst blefaroplasti vakalarında kaş yüksekliğinin oransal değişimi ortaya kondu.

Cerrahi teknik: Standart blefaroplasti basamakları sonrası kaşın preoperatif belirlenen pik noktası seviyesinde cilt eksizyon alanı içinden lateral üst orbital rime düşülür. Periost korunacak şekilde süperiora doğru kas altı diseksiyon yapılır. Yaklaşık 1-1,5 cm genişliğinde diseksiyon alanı oluşturulduktan sonra kaşın pik noktası bastırılarak internal yüzüne 4.0 PDS ile bir ya da iki sütür atılır ve yatar pozisyondaki hastada kaşın periost izdüşümüne ya da bir miktar üstüne sütüre edilir. Ardından üst orbital rimde yapılan insizyon sonrası üstteki flep üst orbital rime lateral kapak konveksitesi sağlanacak şekilde iki ya da üç noktadan sütüre edilir.

Bulgular: Sadece üst blefaroplasti operasyonu yapılan 1. Grupta, tamamı kadın yaş ortalaması 49.1(40-59) olan 10 hasta; üst blefaroplasti ile internal kaş kaldırma kombinasyonu yapılan 2. Grupta, tamamı kadın yaş ortalaması 54.5(42-75) olan 10 hasta tespit edildi. Kaş üst sınırı ile pupiller arasında belirlenen horizontal düzlem arasındaki mesafenin midpupiller seviyedeki değişimi 1. grupta %8.35 azalma, 2. grupta %4.38 artış şeklinde olduğu saptandı. Lateral kantus seviyesinde ise bu değişim 1. grupta %8.93 azalma, 2.grupta % 5.98 artış şeklindeydi.

Tartışma: Dermatoşalazis yakınması ile başvuran hastalarda kaş düşüklüğü varlığı, üst göz kapağı cilt fazlalığı ve dolgunluğunu ağırlaştıran ve daha iyi bir sonuç için tedaviye edilmesi gereken bir sorun olabilir. Kas düşüklüğünün eşlik ettiği dermatoşalazis vakalarında sadece blefaroplasti yapılması kaş ile üst göz kapağı oluğu arasındaki mesafede kısalma ve estetik olmayan görünüme neden olabilir. Bunun yanında blefaroplasti işlemi ile kaş arkının aşağı yer değiştirmesi nedenli de kaşta belirgin düşüklük olmasa da bazı vakalarda kaşın stabilizasyonu gerekebilir. Blefaroplasti insizyonundan yapılan internal kaş kaldırma aslında tam bir kaş kaldırmadan çok lateral kaşın cilt eksizyonu sonrası stabilizasyonunu ve özellikle lateral kaşta az miktarda elevasyonunu sağlayan uygulaması kolay bir tekniktir. Aynı zamanda teknikteki detaylar sayesinde kaş kaldırma etkisi ile birlikte lateral göz kapağı konveksitesini güçlendirici etki sağlanabilir. Gamze etkisi derin planda yapıldığı için beklenmemekle birlikte dokusu ince hastalarda geçici olarak gözlenebilir. Diğer nadir ancak önemli bir komplikasyon olan frontal sinir hasarı ya da tuzaklanmasının da geçici olması beklenmektedir. Tekniğin negatif yönleri kaş lateralinin periosta fikse edilmesi nedenli dinamizminin azalması ve beklenenden az kaş elevasyonu etkisi olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: blefaroplasti, dermatoşalazis, internal kaş kaldırma, kaş asimetrisi

SB-128

Kliniğinimizde 2020-2022 Yılları Arasında Kartilaj Sütürü ve Perikondriyoadipodermal Flep Otoplasti Teknikleri ile Opere Edilen Hastaların Klinik Analizi ve Karşılaştırılması

Özlem Çolak, Ayça Ergan Şahin, Burak Yılmaz, Batıbey Batmacı

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Belirgin kulak sıklıkla karşılaşılan ve hem çocuklarda hem erişkinlerde ciddi psiko-sosyal sorunlara yol açabilen bir minor anomalidir. Genellikle cerrahi olarak tedavi edilen belirgin kulak anomalisi düzeltme teknikleri arasında insizyon, sütür ve skorlama tekniklerinin bir kısmı veya kombinasyonları yer alabilmektedir. Cerrahi teknik seçimi, hastanın yaşı, kulağın yapısı, kartilaj özellikleri gibi bir çok farklı parametrenin uygun değerlendirilmesine ve cerrahın tecrübesine göre farklılık göstermektedir. 10 yaşına ulaşmamış çocuklarda auriküler kartilaj yapısı daha yumuşak ve şekillendirilebilir olduğundan sütür teknikleri tek başına kullanılabilir. Erişkinlerde ve sert kartilaj yapısına sahip hastalarda insizyon ve skorlama teknikleri kullanımı gerekebilmektedir. Aurikülosefalik açıyı düşürmenin yanında, antihelix oluşturmak ve helikal riminin doğal ve yumuşak kurvatürünü sağlamak tedavi amaçları arasında olmalıdır. Bazı hastalarda belirgin lobülü küçültmek veya askılamak gerekebilmektedir. Daha nadiren, hiperplazik konka mevcudiyetinde konkal eksizyonlar uygulanabilmektedir. Komplikasyon oranları daha yüksek dereceli deformite olan kulaklarda daha fazla görüldüğünden dolayı her kulak özel olarak değerlendirilmeli, problemli kulak anatomik lokasyonu belirlenmeli ve mümkün olduğunca az kartilaj hasarı oluşturan cerrahi teknik seçimi uygun şekilde yapılmalıdır. Çalışmamıza 2020 ve 2022 yılları arasında opere edilen 16(8E,8K) hasta dahil edilmiştir. Perikondriyoadipodermal flep tekniği ile opere edilen hastaların ortalama yaşı 16, Mustarde ve furnas sütür tekniği ile opere edilen hastaların ortalama yaşı 10 olarak hesaplandı.Mustarde ve furnas sütür tekniği ile opere edilen hastalarda her kulak için ortalama 2.75 adet mustarde sütürü, 1.375 furnas sütürü kullanıldı. Her iki grupta 1'er hastaya belirgin lobül için askılama sütürü uygulandı.

Her iki teknikte de posterior auriküler sulkus süperiorundan yapılan eliptik cilt eksizyonu uygulandı. Flep tekniğinde subperikondrial plana ulaşılarak helikal rime 5 milimetre uzaklığa dek diseksiyon devam ettirildi. Takiben uygun pozisyon saptanarak flep mastoid kemik periostuna nonabsorbable sütürler ile 2 veya 3 yerden sabitlendi. Sütür ile şekillendirme tekniğinde supraperikondriyal plandan diseksiyon yapılarak Mustarde ve Furnas tarafından tarif edilen şekilde nonabsorbable sütürler ile kartilaj şekillendirildi. Her iki teknikte de 1 adet penröz dren rutin olarak kullanıldı. Rutin olarak antibiyotik pomad nemlendirilmiş steril pamuk tüm fossa ve sulkusları dolduracak şekilde uygulandı ve elastik bandaj ile hafif kompresyon sağlandı.

Her iki grupta hastalar post-operatif 1. günde taburcu edildi. Her iki grupta da hematom,yara yeri ayrışması, cerrahi işlem gerektiren yara yeri enfeksiyonu, cilt nekrozu ve sütür ekspozisyonu gibi majör komplikasyon izlenmedi. Sonuç olarak perikondriyoadipodermal flep tekniği,klasik mustarde ve furnas sütür tekniğine göre kartilaj şeklinin uygun hastalarda daha kolay verilebilmesi, daha kısa operasyon süresi, kartilajın daha az iyatrojenik hasarla ve daha az diseksiyon ile şekillendirebilmesi gibi avantajlar sağlamaktadır. Bu sayede postoperatif ödem ve ekimoz azalabilir ve postoperatif ağrı azalması ile hasta konforu artabilir. Bahsedilen bu avantajlarından ve benzer komplikasyon oranlarından dolayı perikondriyoadipodermal flep tekniği ile belirgin kulak tedavisi tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Belirgin Kulak, Otoplasti, Perikondriyoadipodermal Flep

Perikondriyoadipodermal Flep

Eleve Edilmiş Perikondriyoadipodermal Flep ve Hazırlanmış Flep Cebi

SB-129

Altın Oranın Ötesinde Güzellik: Yüz Oranları ve Asimetri Üzerine

Özlem Özgür, Leo Can Mazlum, Melike Taşlıpınar, Billur Sezgin Kızılok

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Altın oran, yüz güzelliğini ve çekiciliğini tanımlamada kullanılan etkin bir orandır. Ancak, altın orana uyum göstermeyen yüzler de güzel bulunabilmektedir. Bu sebeple yüz çekiciliğine etki eden başka önemli faktörler de olmalıdır.

Bu amaçla altın oranın ve yüzdeki asimetri miktarının güzellik ve çekicilik algısı üzerine olan etkisi incelenmektedir. Çalışmamızda dört temel yüz oranının ideal değerleri ve çekiciliğe katkı sağlayan optimal asimetri miktarı araştırılmaktadır.

Yöntem: Çalışmamızda on gönüllü bireyin (beş kadın, beş erkek) önden çekilen yüz fotoğrafları Adobe Photoshop 23.2 programı ile referans değerlerine getirilmiş ve sonra -2.5%,

-5%, +2.5%, +5% deformasyonlar oluşturulmuştur. Online anket aracılığıyla erişilen toplam 72 katılımcıdan (48 kadın, 24 erkek, yaş ortalaması 30.3), aynı kişinin farklı yüz oranlarıyla oluşturulmuş olan 5 fotoğrafı arasından en çekici ve en az çekici olanları seçmeleri istenmiştir. Takibinde aynı on yüz için, Adobe Photoshop 23.2 programında ayna görüntüsü efekti kullanılarak sağ ve sol simetrik yüzler oluşturulmuştur. Orijinal yüz ile birlikte bu yüzlerin içinde en çekici ve en az çekici olanların seçilmesi istenmiştir. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak incelenerek farklı oranların ve asimetrinin çekiciliğe etkileri değerlendirilmiştir.

Sonuç: "En çekici" bulunan yüzlerde yapılan ölçümler referans (altın oran) değerlerine yakın çıkarken "en az çekici" seçilen yüzlerin ise referans değerlerine en uzak olduğu görülmüştür. Simetri karşılaştırmasında "orijinal" yüzler en çekici bulunurken sol ve sağ simetrik versiyonlar "en çekici" olarak tercih edilmemiştir.

Tartışma: "Altın oran"ın bir yüzün çekiciliğinde önemli bir faktör olduğu çalışmamızda da ortaya konmuştur. Benzer şekilde, yüzde bulunan hafif asimetrilerin yüze doğallık katarak çekiciliğe katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Çalışmamız, çekiciliğin oransal olarak altın orana tam uymayan yüzlerde de hafif asimetriler ve farklılıklar sayesinde bulunabileceğini teyit etmiştir.

Anahtar Kelimeler: altın oran, asimetri, çekici, güzellik, yüz

SB-130

Nazal profil ve kraniyofasiyal yapılar arasındaki ilişki: Nazal profilin bir kısmı bazı belirli kraniyofasiyal yapıları yansıtıyor mu? Gözlemsel Analitik Çalışma ve Klinik Çıkarımlar

Bilge Kaan İsmail, Serhat Şibar, Ayşe Gülşen

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

Giriş: Yüz yapıları arasındaki simetri ve uyum yüz estetiği için önemlidir. Yüz görünümünün nicel olarak değerlendirilmesi, tedavi kalitesinin de objektif olarak değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Kraniyofasiyal kompleksin içindeki yapıların (örneğin maksilla/mandibula) dudak ve burun ucu gibi yumuşak doku elemanları arasındaki ilişkisi, klinik, fotografik, radyolojik olarak daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak orta yüzün önemli bir bölümünü oluşturan burunla ilgili yapılan bu tarz çalışmalar, yüz estetiği açısından diğer yapılara göre daha az sayıdadır. Bu çalışmada nazal profil ile diğer kraniyofasiyal yapılar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Nazal profil ve kraniyofasiyal yapılar arasındaki ilişkiyi değerlendirilmek amacıyla Ekim 2011-Temmuz 2015 yılları arasında ortognatik cerrahi, burun estetiği ve/veya ortodontik tedavi nedeniyle kliniğimize başvurmuş 171 olgunun anamnez ve radyografileri değerlendirildi. Daha önceden yüze ait doğumsal anomalisi veya sendromu olan, yüz travması, cerrahisi, geçirilmiş ciddi enfeksiyon, tümör, radyasyon tedavisi, ortodontik/ortognatik veya rekonstrüktif tedavi öyküsü olan 47 hasta çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 124 yetişkin hastadan elde edilmiş standart lateral sefalometrik radyografilerin (sefalogram) tamamı çalışma için kullanıldı. Sefalometrik değerlendirmeler ve ölçümler tek bir deneyimli araştırmacı tarafından yapıldı. Ölçümlerde dördü nazal yumuşak dokuya ait toplamda 24 yüz parametresi ölçüldü. Nazal değişkenler; nazal profili tanımladığı düşünülen, nazal uzunluk, nazal hump, nazal derinlik ve nazal taban açısı gibi ana karakteristik dört parametreden oluşmaktaydı. Kraniyofasiyal değişkenler ise; ön maksiller yükseklik, maksilla ön-arka konumu, maksiller uzunluk, alt yüz yüksekliği, maksillomandibuler açı, maksiller eğim, üst ön dentoalveoler yükseklik gibi parametrelerden oluşmaktaydı. Nazal ve kraniyofasiyal anatomik parametreler ve ilişkileri, regresyon analizi ve kanonik korelasyon analizi (KKA) ile istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Regresyon analizi, burun uzunluğunun maksiller yükseklikle ilişkili olduğunu ortaya koyarken, nazal derinliğin maksilla pozisyonu ve ön kafa tabanı uzunluğu ile ilişkili olduğunu, nazal taban açısının ise üst dentoalveoler yükseklik ile ilişkili olduğunu ortaya koydu. KKA, nazal parametre kümelerinin (nazal uzunluk, nazal derinlik, hump) kraniyofasiyal parametre kümeleri ile (maksiller yükseklik, maksilla ön-arka pozisyonu, maksiller uzunluk) daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya çıkardı. Maksiller gelişimi öne ve yukarı eğimli bireylerde burun daha düz ve küçükken, maksiller gelişimi geriye ve aşağı eğimli bireylerde burun daha kemerli ve büyük profile sahipti (Şekil 1). Nazal dorsum şeklinin maksiilomandibuler rotasyondan etkilendiği, nazal taban eğimindeki artışın maksiller düzlemin yukarı rotasyonu, üst dentoalveoler yükseklikteki artış ve alt yüz yüksekliğindeki artışa eşlik ettiği gözlendi. Her nazal parametrenin altta yatan kraniyofasiyal yapılarla bir dereceye kadar ilişkili olduğu gözlenirken, kraniyofasiyal parametrelerin grup etkilerinin değerlendirilmesi de yararlıdır.

Sonuç: İskeletsel ve dişsel yapıların çeşitli kombinasyonları, nazal profil ile farklı ilişkilere sahip olup bu ilişkinin bilinmesi plastik cerrahide, ortodontik tedavide yüzün yeniden şekillendirilmesinde estetik uyumun sağlanmasına ve antropolojik açıdan da yüz iskeletinden burun profil şeklinin tahmin edilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gözlemsel çalışma, Kanonik korelasyon, Kraniyofasiyal anormallikler, Ortognatik cerrahi işlemler, Sefalometri

Şekil 1

Maksiller yüksekliği nispeten azalmış, alt yüz yüksekliği, maksillomandibuler düzlem açısı artmış bir olguda, artmış nazal taban eğimi ve kısalmış bir nazal profile örnekler.

SB-131

Pierre Robin Sekanslı Hastalarda Cerrahi İşlem Gereken ve Gerekmeyen Hasta Gruplarının Faringeal Kesit Alanlarının Karşılaştırılması

Mert Günday, Süleyman Yıldızdal, Mert Çalış, Gökhan Tunçbilek, Figen Özgür

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

Giriş: Pierre Robin sekansı (PRS) mikrognati, glossopitoz ve buna eşlik eden üst solunum yolu obstrüksiyonu ile karakterize konjenital bir anomalidir. Mikrognati dilin farinkse doğru yerleşmesine ve buna bağlı olarak üst solunum yolunda obstrüksiyona neden olmaktadır. Bu bulgulara sahip olgular 1822 yılında St. Hillaire ve 1845 yılında Von Siebold tarafından bahsedilse de 1923 yılında bu bulguların birbiriyle ilişkilendirilip triad şeklinde Pierre Robin tarafından ortaya konmuştur. 9000 doğumda 1 olarak görülen bu anomalide kadın ve erkek bebekler arasında oran olarak fark bulunmamıştır. %1.7 ile %11.3 arasında mortalite oranı bildirilen bu anomalide mortalite oranındaki farkın bu kadar büyük olmasının Pierre Robin sekansına eşlik edebilen sendromlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaklaşık %40'ının bir sendroma eşlik ettiği bilinmektedir. En sık Stickler Sendromu (%13-15) ve 22q11.2 Delesyon Sendromu'na (%10-12) eşlik eder. PRS klinik triadının içinde olmamasına rağmen %85 hastada damak yarığı bulunmaktadır. Bu kadar sık eşlik edince triadın bir parçası gibi algılanabilmiştir.

Pierre Robin sekansı olan bebeklerde solunum sıkıntısı ve beslenme problemleri ana sorunları oluşmaktadır. Hastalarda, özellikle yenidoğan döneminde ortaya çıkan değişik derecelerde solunum güçlüğü, morarma atakları ve beslenme güçlüğü ağır sorunlar yaratabilirken, daha büyük yaş dönemlerinde büyüme geriliği, kronik hipoksiye bağlı korpulmonale ve gelişimsel gecikmeler gözlenebilmektedir.

Tedavi seçenekleri invaziv ve noninvaziv olarak ele alınabilir. Non-invaziv yaklaşımlar arasında; hastayı prone pozisyonunda tutma, nazotrakeal stentleme, CPAP kullanımı yer alırken invaziv yaklaşımlar arasında dil-dudak adezyonu, ağız tabanı serbestlenmesi, mandibular distraksiyon, trakeostomi yer alır. Ağırlığı 25 persantilin üzerinde olan ve AHİ'si (Apne-Hipopne İndeksi) saatte 20'den az olan bebeklerde noninvaziv teknikler tek başına yeterli olabilirken noninvaziv tekniklerin başarılı olmadığı, AHİ indeksi yüksek, ciddi beslenme geriliği olan hastalarda cerrahi işlemler gündeme gelmektedir.

Amaç: Bu çalışmada amacımız; mandibular distraksiyon osteogenezisi yapılan Pierre robin sekanslı hastalarla, cerrahi işlem yapılmayan hastaların faringeal kesit alanlarını karşılaştırarak cerrahi endikasyon açısından objektif bir veri elde etmek, mandibular distraksiyon işleminin cerrahi etkinliğini göstermektir.

Yöntem-Gereçler: Hastane Bilgi Sistemi kullanılarak 1 Ağustos 2016 - 1 Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimizde 30 adet mandibular distraksiyon tedavisi yapılan Pierre Robin Sekanslı hasta, kontrol grubu olarak 30 adet opere edilmeyen PRS'lı hasta ve 30 adet mikrognatisi olmayan normal kontrol grubu retrospektif olarak tarandı. 90 adet hasta lateral kafa grafileri ile faringeal kesit alanı ölçümleri yapılarak karşılaştırıldı.

Pierre Robin sekanslı hastaların mandibular distraksiyon işlemi ile tedavisinde diş tomurcukları korumak için diş tomurcuklarının posteriorundan bikortikal inverted-L osteotomisi yapıldıktan sonra eksternal aparat, inferior rime en yakın yerden vidalar konularak gerçekleştirildi. Distraksiyon postoperatif 2-4. günde başlanarak günde 1mm ilerletme şeklinde gerçekleştirildi. Class 3 kapanma hedeflenerek over-correction planlandı. Ortalama 12 mm mandibular distraksiyon gerçekleştirildi. Yaklaşık 2 aylık konsolidasyon evresi sonrası distraksiyon çıkarıldı.

Bulgular: Mandibular distraksiyon osteogenezisi yapılan 30 hastanın 15'inin erkek, 15'inin kadın olduğu görüldü. Hastaların operasyon yaşlarına bakıldığında 1 - 16 hafta arasındaydı. Ortalama ameliyat yaşı 4 haftaydı. Mandibular distraksiyon osteogenezisi yapılmayan Pierre Robin Sekanslı kontrol grubundaki 30 hastanın 15'inin erkek, 15'inin kadın olduğu; yaş aralığının 4-20 hafta olduğu görüldü. Bu grubun ortalama yaşı 7 haftaydı. Normal kontrol grubundaki 30 hastanın 16'sının kadın 14'ünün erkek olduğu görüldü. Yaş aralığının 2-10 hafta olduğu saptandı. Bu grubun ortalama yaşı 5 haftaydı.

Posterior faringeal duvar ile dil kökü arasındaki mesafe, preoperatif ve postoperatif standart lateral kafa radyografileri kullanılarak hava yolunun kesit alanını hesaplamak için ölçüldü. Tüm hastalarda distraksiyon bitiminde ve konsolidasyon süresinin sonunda distraktörün çıkarılması sırasında postoperatif değerlendirme yapıldı. Preoperatif faringeal kesit alanı ortalama 3.9 mm olarak ölçülürken distraksiyon sonrası (ortalama 12 mm distraksiyon 1mm/gün) 5.6 mm ve konsolidasyon sonrası (yaklaşık 2. Ay) distraktör çıkarılması sırasında 8.7 mm olarak ölçülmüştür. Distraksiyon sonrası tüm hastalarda anlamlı bir faringeal kesit alanı artışı olmuştur. Pierre Robin sekanslı olup cerrahi gerektirmeyen hastalara bakıldığında lateral kafa radyografileri kullanılarak hava yolunun kesit alanının ortalama 6.05 mm, normal kontrol grubunda ise 8.75 mm olduğu görülmüştür. Bu verilere bakıldığında cerrahi gerektiren Pierre Robin sekanslı hastaların ortalama faringeal kesit alanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde normal kontrol grubuna göre küçüktür ($p<0.001$).

Mandibular distraksiyon yapılan 30 hastanın 18'i çocuk yoğun bakımda entübe izlenirken ortalama distraksiyon başlagıncının ortalama 3.87 gününde ekstübe edildiği görülmüştür. Mandibular distraksiyon yapılan grupta 22 hastanın orogastrik tüp ile beslenme desteği aldığını postop 2. ayda sadece 3 hastada beslenme desteği gerektiği görülmüştür. Bu hastalarda ya oral beslenme denenmemiş ya da ek orta hat anomalileri olduğu görülmüştür. Komplikasyon olarak 3 hastada ekternal aparatın olduğu bölgede yumuşak doku enfeksiyonu görülürken antibiyotik tedavisinden fayda görmüştür. 1 hastada konsalidasyon evresinde distraktörün kemikten ayrıldığı görülmüştür.

Tartışma: Mandibular distraksiyon osteogenezisi, cerrahi işlemler arasında en etkili yöntem olarak görülmektedir. %94 gibi yüksek başarı oranı, sadece %4 hastada trakeostomi ihtiyacının gelişmesi bu yöntemin ne kadar etkili olduğunu göstermektedir. Apne indeksinde dramatik azalmanın yanı sıra hastalarda kilo alımında artış olduğu saptanmıştır. Bu hastaların %88'inin postoperatif 1. yılında beslenme desteğine ihtiyacı kalmamaktadır. Komplikasyon olarak; pin dislokasyonu, relaps, diş hasarı, enfeksiyon ve sinir hasarları (marjinal mandibular sinir ve inferior alveolar sinir) yer almaktadır.

Hastalara ameliyat kararı vermeden önce hava yolunu tam olarak değerlendirmek ve trakeomalazi veya distraksiyon ile düzeltilemeyecek başka problemler yaşamadıklarından emin olmak için uygun görüntüleme tetkikleri yapılmalıdır. Tarafımızca yapılan lateral kafa grafi tetkiklerinde dil tabanından posterior faringeal duvara olan mesafesinin ameliyat öncesi döneme göre anlamlı bir artış görülmüştür. Buna bağlı olarak havayolu obstrüksiyonuna bağlı semptomlarda belirgin bir azalma klinik olarak gözlemlenmiştir. Mandibular distraksiyon işlemi uygulanan Pierre Robin sekanslı hastalarda postoperatif dönemde yeni bir trakeostomi ihtiyacı duyulmamıştır. Ayrıca hastalar kabul edilebilir estetik bir görünüme sahip olmuştur. Cerrahi

sonrasında bu hasta serisinde majör bir komplikasyon gözlemlenmemiştir. Tüm bu bulgular kliniğimizce de birincil tercih olan mandibular distraksiyon cerrahisinin ne kadar başarılı olduğu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen diğer bir bilgi cerrahi gerektiren grubun faringeal kesit alanının hem cerrahi gerektirmeyen hastalardan hem de normal kontrol grubundan oldukça küçük olduğu görülmüştür. Ancak cerrahi karar açısından hastanın sahip olduğu solunum sıkıntılarının ve kilo alım bozukluğunun ciddiyetinin yeri oldukça büyüktür.

Sonuç: Bikortikal ters L şekilli osteotomileri takiben mandibular distraksiyon işlemi şiddetli Pierre Robin sekanslı hastalarda hava yolu obstrüksiyonu ve beslenme problemlerini gidermek için umut verici ve etkili bir cerrahi seçenektir. Cerrahi gerektiren Pierre Robin sekanslı hastaların kontrol gruplarına oranla ciddi havayolu darlığı olduğu lateral kafa grafilerinde ölçülen faringeal kesit alanlarında görülmüş, cerrahi sonrası belirgin düzelme saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pierre Robin sekansı, mandibular distraksiyon, faringeal kesit alanı

Kliniğimizden Pierre Robin Sekanslı Hasta Örneği

SB-132
Alveoler Kleft Tedavisinde Kemik Grefti Başarısını Olumsuz Etkileyen Faktörler

İlknur Akbulut, Serhat Şibar, Mustafa Talha Okutan, Ayşe Gülşen

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

Giriş: Alveoler kleftler yarık damak dudaklı hastaların %75ini etkileyen bir problemdir. Regürjitasyon, persistan oroantral ve palatal fistül, konuşma problemleri, maloklüzyon, çapraz kapanış, burun tabanı destek zayıflığı gibi klinik sonuçlar alveoler kleftlerin klinik sonuçları olarak bilinmektedir.

Oroantral fistülün kapatılması, stabil ve devamlı maksiller ark oluşturulması,kleft komşuluğundaki dişlere desteğin arttırılması, kleft sahasındaki dişin sürmesinin sağlanması, oral hijyenin kolaylaştırılması, yüz büyümesinin desteklenmesi,sürmüş dişler için keratinize diş eti ortamı sağlanması, konuşma netliğinin arttırılması, priform bölgenin augmentasyonu, rahat ve serbest ortodontik hareketlere ve diş implantına temel sağlanması ve kozmetik olarak daha iyi bir dental ark formu oluşturmak için alveoler kleftlerin onarımı gereklidir.

Yapıldığı döneme göre primer alveoler kemik greftlemesi 0-2 yaş süt dişleri döneminde, sekonder alveoler kemik greftlemesi 3-13 yaş mikst dentisyon döneminde ve tersiyer alveoler kemik greftlemesi 13 yaş üzerinde yapılan greftlemeler olarak sınıflandırılabilir. Sekonder greftleme belirgin avantajları sebebiyle pek çok merkezde altın standart kabul edilir ve uygulanır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda 2015-2019 yılları arasında alveoler kleft onarımı yaptığımız 41 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif panoramik görüntülemeler ve/veya 3 boyutlu BT görüntülemeleri karşılaştırıldı. Panoramik grafilerden interalveoler kemik segment seviyesinden Bergland skalasına göre greftleme başarısı derecelendirildi. Bergland skala 1 ve 2 hastalar interalveoler segmentte hedeflenen %50 ve üzeri kemikleşmeyi gösteren başarılı sonuçlar olarak değerlendirildi. Bergland skala 3 ve 4 hastalar ise hedeflenen sonuçların altında kalan hastalar olarak sınıflandırıldı ve bu hastalarda olası başarısızlık nedenleri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmada değerlendirdiğimiz 41 hastadan 23'ü erkek 18'i kadın hastadan oluşmaktaydı. Olguların 4'ü bilateral 37'si tek taraflıydı. Hastaların tamamında onarım için iliak kanattan alınan kansellöz kemik grefti kullanıldı. Hastalara alveoler kleft cerrahisi 6-21 yaş aralığında uygulandı(ortalama yaş 11,49). Uygulandığı döneme göre 29 hasta sekonder; 12 hasta tersiyer alveoler greftleme yapılan gruptaydı. Hastalar alveoler greftleme sonrası ortalama 5,4 yıl takip edildi. Ortalama Bergland skalası 2,34 olarak belirlendi. Hastaların %12,2'si (5 hasta) postoperatif panoramik grafilerine göre Bergland 3 ve 4 olarak değerlendirildi.

Olgu Örnekleri:

Olgu 1: 14 yaş erkek hastanın solda tek taraflı dudak ve damak onarımları sonrası 10 yaşında tek taraflı alveoler klefti iliak kanattan alınan kansellöz kemik greftiyle dolduruldu. Greftleme başarısı postoperatif 7.ayda 3 boyutlu BT ve panoramik grafilerle değerlendirildi. Ağız içi muayenesinde anterior damakta oranazal fistül ve solda çapraz kapanış deformitesi görüldü. Muayene bulguları 3 boyutlu BT değerlendirmesiyle uyumluydu. Postoperatif 7.ay panoramik grafi değerlendirmesinde interalveoler segmentte Bergland Tip 4 kemikleşme görüldü. Persistan fistülün kleft anatomisi ve greftleme başarısızlığındaki etkisi düşünüldüğünde bu vakada başarısızlığın olası bir nedeni olabileceği değerlendirildi.

Olgu 2: 14 yaş erkek hastanın tek taraflı dudak ve damak onarımları sonrası 7 yaşında solda santral kesici diş lateralinde, sağda kanin lateralindeki alveoler kleftleri kansellöz kemik greftleriyle doldurulduu. Devam eden postoperatif süreçte kullanılan ağız dışı 'reverse headgear' apereyi yardımıyla lateral dentoalvoeler segmentler medialize edildi. Bu uygulama her iki kleft sahasında küçülme sağladı.Ancak postoperatif ortodontik destek tedavisine rağmen muhtemel alveoler kleftin büyük ve bilateral olması dezavantajı nedeniyle solda Bergland tip 3 sağda Bergland tip 4 kemikleşme görüldü.

Olgu 3: 24 yaş erkek hasta, solda tek taraflı alveoler klefti iliak kanattan alınan kansellöz kemik greftiyle geç başvuru sebebiyle 19 yaşında dolduruldu. Postoperatif 1. Yıl değerlendirilen panoramik grafisinde Bergland tip 4 kemikleşme gözlendi. Bu hastada kleft onarımı için geç başvurmasının olumsuz etkisinin muhtemel olduğu düşünüldü.

Olgu 4: 14 yaş erkek hasta damak yarığı onarımı sonrasında 9 yaşında sol taraflı alveoler kleftini kapatmak için iliak kanattan alınan kansellöz kemik grefti kullanıldı. Postoperatif 4. Yıl çekilen panoramik grafisinde interalveoler segmentte Bergland tip 4 kemikleşme gözlendi. Solda tek taraflı büyük boyutlu alveoler klefti olan hastada kullanılan greft materyalinin bu büyük defekti kapatmada yetersiz kalmış olabileceği greft başarısızlığının muhtemel nedeni olarak görülmektedir.

Olgu 5: 21 yaş erkek hasta, 17 yaşında tek taraflı alveoler klefti iliak kanattan alınan kansellöz kemik greftiyle dolduruldu. Alveoler kleft onarımın ardından değerlendirilen 3 boyutlu BT değerlendirmesinde kullanılan greftin burun tabanı desteği için faydalı olduğu ancak defektin büyük kısmını kapatamadığı görülüyor. Hastanın kleft onarımı için geç başvurmasının olumsuz etkisinin muhtemel olduğu bir olgu örneği.

Tartışma: Uygun preop hasta değerlendirme, uygun preop ortodontik hazırlık,uygun postop ortodontik destek tedavisi, gerekiyorsa diş çekilmesi de dahil kemikleşmeyi önleyecek etmenlerin ortadan kaldırılması, greftleme alanına diş sürmesinin teşvik edilmesi gibi kleft bölgesinde kemikleşmeyi arttıracak yaklaşımlar, maksiller arkta komşu kleft segmentlerinin vertikal ve palatobukkal hizalanmasının yeterli olması, greftlemenin kanin sürmesinden önce veya kanin kökünün 1/4-2/3'ü sürdüğünde yapılması, kleft genişliği ve bilateral/unilateral olması gibi kleft özellikleri,geçirilmiş başarısız operasyonlar, cerrahi teknik, cerrahın tecrübesi,gingivit gibi ek periodontal hastalık varlığı, hasta uyumu,oral hijyen, kullanılacak greft materyalleri ve kullanılacak greft miktarı alveoler greftleme başarısını etkileyen faktörler olarak bilinmektedir.

Retrospektif değerlendirdiğimiz 41 hastada Bergland tip 3 ve tip 4 hastalar kleft onarımında beklentimizin altında kalan hastaları oluşturmaktaydı ve bu hastalarda olası tedavi başarısızlık nedenlerini gözden geçirdik. Yetersiz sonuç aldığımız hastalardan ikisi geç başvuran hastalardan oluşmaktaydı. Kanin sürmesinden önce kemik greftlemesi yapıldığında, %80'den fazla başarı şansı varken bu oran 25 yaşında yaklaşık %50lere düşer. Ek olarak, yetişkin alveolar klefti komşu dişlerin kaybı nedeniyle tipik olarak daha büyüktür. Bu grup hastalarda segmental maksiller osteotomiler ve arka segmentlerin yarık alanına doğru ilerletilmesi gerekli olabilmektedir. Ancak bu girişimlere rağmen özellikle çift taraflı ve büyük kleftlerde başarısızlık görülebilmektedir. Nitekim olgu 2 de böyle bir segmental hareket ortodontik hareketlerle sağlanmasına rağmen istenilen başarı elde edilemedi.

Ek olarak 3 boyutlu tomografi ve panoramik inceleme karşılaştırmalarında panoramik görüntülemelerin bu hasta grubunda yetersiz kalabildiği gözlendi. Özellikle olgu 3 de de görüldüğü gibi kleft bölgesi komşuluğundaki dişlerin bu bölgeyi kapatarak defekt büyüklüğüyle ilgili yanılsamalara neden olabileceği görüldü.

Sonuç: Alveoler greftleme başarısızlıklarını etkileyen faktörlerin bilinmesi bu hastalardaki uzun dönem iyi ve stabil sonuçlar için önemlidir ve bu hasta grubunun yönetimi açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: alveoler greftleme, alveoler kleft onarımı, Bergland skalası

Olgu 5 preop panoromik grafi (solda), postop 3 boyutlu BT değerlendirme (sağda)

SB-133

Maksiller İlerletme Cerrahisine Bağlı Nazal Morfolojik Değişikliklerin İncelenmesi

Sare Demirtaş, Sergen Karataş, Ahmet Rıfat Doğramacı, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun

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

Giriş: Nazolabial bölgedeki yumuşak doku ve altındaki maksiller kemiğin yakın ilişkisi nedeniyle; ortognatik cerrahi ile maksilla pozisyonunun değiştirilmesi, burnun şekil ve fonksiyonunda değişikliklere yol açmaktadır(1,2). Bu çalışmanın amacı maksiller ilerletme cerrahisi sonrası burnun 3 boyutlu yapısının ve projeksiyonunun etkilenmesine bağlı orta yüzdeki morfolojik değişikliklerin sefalometrik değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: 2018-2022 yılları arasında ortognatik cerrahi operasyonu yapılan hastalar incelendi. İzole maksiller ilerletme cerrahisi yapılmış veya maksiller ilerletme ile mandibular ortognatik cerrahi yapılmış hastalar, 18 yaşın üzerindeki hastalar, preoperatif ve postoperatif en erken 6. ayda standart fotoğrafları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Yarık dudak burnu, kraniofasyal anomaliler, ortognatik cerrahi sonrası burun için herhangi bir müdahale yapılan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğrafları üzerinden nazofrontal açı ve nazolabial açı değerleri ImageJ (U. S. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, ABD) yazılımı ile sefalometrik noktalar kullanılarak kıyaslandı ve ilerletme miktarının açı değişimleri ile korelasyonu analiz edildi. Elde edilen verilerin analizi SPSS Versiyon 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) programı aracılığı ile yapıldı. Değerlerin analizinde normal dağılım göstermesi nedeniyle 'paired-t testi' ve 'Pearson korelasyon analizi' kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 41 hasta (21 kadın, 20 erkek) dahil edildi. Bu hastaların 37sine maksiller ilerletme ve mandibular ortognatik cerrahi, 4üne ise izole maksiller ilerletme yapılmıştı. Hastaların yaş ortalamaları 24.93±4.98 yıl ve postoperatif ortalama takip süresi 34.7±15.07 ay idi. Ortalama maksiller ilerletme miktarı 5.65±1.79 milimetre(mm) olarak bulundu. Preoperatif nazofrontal açı ortalama değeri 140.17±7.35 derece, postoperatif nazofrontal açı ortalama değeri 132.39±8.37 derece olarak ölçüldü. Preoperatif nazolabial açı ortalama değeri 112.93±12.21 derece, postoperatif nazolabial açı ortalama değeri 123.07±12.22 derece olarak ölçüldü.

Maksiller ilerletme cerrahisi sonrası hastaların tamamında nazofrontal açının azaldığı ve nazolabial açının arttığı ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Beş mm ve altında ilerletme yapılan 21 hasta ile beş mm'nin üzerinde ilerletme yapılan 20 hasta arasında ilerletme miktarı ve açı değişimi arasında korelasyon görülmedi.

Tartışma: Ortognatik cerrahinin temel amacı yüzün tüm alt birimleri arasında bir uyum sağlanması için yumuşak dokuya yansıyacak kemik hareketlendirmelerinin yapılmasıdır. Bu nedenle ortognatik cerrahinin özellikle burnun hangi kısımlarını etkilediği, hangi açıları değiştirdiği ve bunun hastanın nihai sonucuna nasıl yansıdığı önem arz eder.

Khamashta-Ledezma ve ark. tarafından yapılan çalışmada, bu çalışma ile benzer şekilde nazolabial açının arttığı ve nazofrontal azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır(3). Bu sonuçlar maksiller kemiğin ilerletilmesi ile nazal projeksiyon artışına ve tip bölgesinde oluşan rotasyona bağlanmıştır. Ancak Mısır ve ark. çift çene ortognatik cerrahi uygulanan 27 hastada nazolabial açının değişmediğini bildirmiştir(4).

Metzler ve ark. yaptığı çalışmada yine nazofrontal açıdaki azalma ve nazolabial açıdaki artışta anlamlı farklılık olduğu görülürken 5 mm sınır kabul edilerek kategorize edilen gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir(2). Bu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş ve elde edilen verilere göre 5 mm lik bir ilerletme nazofrontal açıyı azaltıp nazolabial açıyı artırırken ilerletme miktarı ile açıdaki değişim korelasyon göstermemiştir.

Çalışmanın kısıtlılığı antropometrik standart kabul edilen noktalar baz alınarak hasta fotoğraflarının büyüklük farkları ve buna bağlı hata payı nedeniyle uzunluk ölçümleri ile nazal değişikliklerin değerlendirilememiş olmasıdır.

Sonuç: Le Fort I osteotomisi ile maksiller ilerletme cerrahisine bağlı nazal bölgede ortaya çıkan değişiklikler düşünüldüğünden daha komplekstir. Bu nedenle ortognatik maksiller ilerletme cerrahisi planlanacak hastalarda meydana gelebilecek nazal değişikliklerin preoperatif planlama döneminde hesaba katılmasının, fonksiyonel ve kozmetik sonuçların idealize edilmesinde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir.

Kaynakça:

1. DeSesa, C. R., Metzler, P., Sawh-Martinez, R., & Steinbacher, D. M. (2016). Three-dimensional Nasolabial Morphologic Alterations Following Le Fort I. Plastic and reconstructive surgery. Global open, 4(8), e848.
2. Metzler, P., Geiger, E. J., Chang, C. C., Sirisoontorn, I., & Steinbacher, D. M. (2014). Assessment of three-dimensional nasolabial response to Le Fort I advancement. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS, 67(6), 756–763.
3. Khamashta-Ledezma, L., Naini, F. B., & Manisali, M. (2017). Review of nasal changes with maxillary orthognathic surgery. Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry, 51(3 Suppl 1), S52–S61
4. Misir, A. F., Manisali, M., Egrioglu, E., & Naini, F. B. (2011). Retrospective analysis of nasal soft tissue profile changes with maxillary surgery. Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 69(6), e190–e194.

Anahtar Kelimeler: Maksiller İlerletme, Le Fort I Osteotomisi, Ortognatik Cerrahi

SB-134

Yarık dudak-damak hastalarında maksiller hipoplazi yönetiminde internal distraksiyon kullanımının uzun dönem sonuçları

Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Ersin Gür, Kutay Durukan

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

Giriş: Dudak damak yarığı (CLP) olan hastalarda sıklıkla görülen maksiller gelişim bozukluğu, ciddi 3 boyutlu iskelet ve/veya dental anomalilere neden olabilir.

Bu hastalarda yeterli anteroposterior ilişkiyi yeniden kurmak için önerilen geleneksel tedavi "standart" Le Fort I osteotomisi ve ilerletmedir. Ancak bu teknikte, uygulanan çeşitli modifikasyonlara rağmen, yüksek oranlarda relaps görülebilmektedir. Bu alanda tanımlanan diğer bir teknik olan Distraksiyon osteogenezi (DO), ciddi anteroposterior maksiller yetmezliğin tedavisini önemli ölçüde değiştirmiştir. DO, çevredeki yumuşak doku zarfının eşzamanlı genişlemesi ile birlikte progresif bir kemik oluşumuna izin verir, bu da yapının daha iyi ve uzun vadeli stabilitesine katkıda bulunur ve relaps riskini azaltır [1-3]. Bu durum, çoklu cerrahi müdahalelerden kaynaklanan skar kontraktürü nedeniyle yumuşak doku zarfının uyguladığı kuvvetler neticesinde sık relaps görülen yarık damaklı hastaların tedavisinde özellikle önem arz etmektedir

Cohen ve arkadaşları[4] tarafından CLP'li hastalarda kademeli distraksiyon ile başarılı orta yüz ilerletme ilk kez tanımlandığından beri, maksiller distraksiyon, CLP'li hastalarda maksiller yetersizliklerin tedavisinde güvenilir bir prosedür olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda yarık dudak-damak deformiteli hastalarda uyguladığımız maksiller ilerletme yöntemini 10 yıllık uzun dönem sonuçlarını değerlendirmekteyiz.

Yöntem: 2008-2013 yılları arasında, yaşları 15-20 arasında olan, 4'ü erkek 6'sı kadın toplam 10 yarık dudak-damaklı hastaya maksiller distraksiyon osteogenezi uygulandı. Çalışmaya dahil edilen 6 hastada sol, 4 hastada sağ taraflı yarık dudak-damak deformitesi mevcuttu. Operasyondan ortalama 3 ay sonra distraksiyon cihazları çıkartıldı. Hastaların takipleri operasyon tarihinden 2022 ye kadar devam etti. Takiplerde konuşma ve yutma fonksiyonları, oklüzyon, maksillomandibular ilişki muayene ve grafiler ile değerlendirildi.

Bulgular: Takiplerde 1 hastada distraktör çıkartıldığında kemik segmentler arasındaki kallus dokusunda kemik formasyonu yetersiz görülerek mini plak ve vidalar ile fiksasyon sağlandı. Post op takiplerde enstrümantasyona bağlı enfeksiyon ya da osteomyelit görülmedi. Enstrümantasyona bağlı yara yerinde dehissans ya da uzun süreli enfeksiyon görülmedi. Uzun dönem takiplerde hiçbir hastada relaps görülmedi.

Tartışma: CLP'li hastalarda normal bir maksiller antero-posterior ilişkinin yeniden kurulmasında standart bir Le Fort I ilerletme ve bir Le Fort I distraksiyon prosedürü arasındaki seçim, büyük ölçüde maksiller hareket miktarına bağlıdır. Literatüre göre asıl eğilim, CLP'li hastalarda maksiller eksiklik 6 mm'den ve yarık olmayan hastalarda 10 mm'den fazla ise, Le Fort I osteotomisinden sonra DO kullanılması önerilmektedir [5]. Geleneksel ortognatik prosedürlerle 6 mm'den fazla maksiller ilerletme uygulanan CLP'li hastalarda, oklüzyonu elde etmek ve nüksü önlemek için genellikle mandibular geriliğin kombine hareketi gereklidir[5].

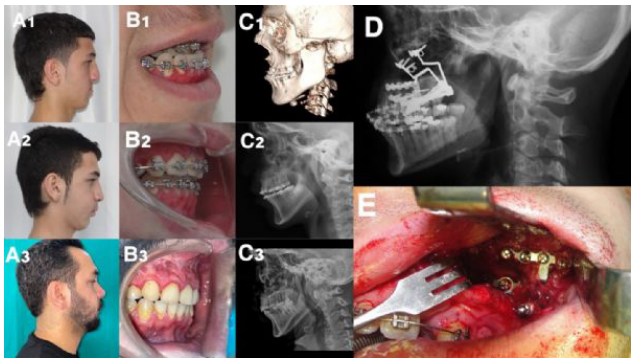
Sonuç: Çalışmamız sonucunda Le Fort I distraksiyonunun (1) standart ortognatik cerrahi prosedürlerine tekrarlanabilir ve değerli bir alternatif olduğunu, (2) yüz estetiğinde global bir iyileşmeye olanak sağladığını, (3) periyot boyunca hastalarda maksiller düzeltmeye izin verdiğini (4) değişmemiş veya daha iyi bir velofaringeal fonksiyona izin verdiğini düşünmekteyiz. Yine de hasta, cihazın günlük aktivasyonu ve doğru maksiller ilerletmeyi kontrol etmek için gereken sık postoperatif klinik kontroller konusunda tamamen koopere ve uyumlu olmalıdır.

Kaynak:

1. Molina F, Ortiz Monasterio F, de la Paz Aguilar M, et al. Maxillary distraction: aesthetic and functional benefits in cleft lip-palate and prognathic patients during mixed dentition. Plast Reconstr Surg 1998;101:951Y963
2. Swennen GR, Treutlein C, Brachvogel P, et al. Segmental unilateral transpalatal distraction in cleft patients. J Craniofac Surg 2003;14:786Y790
3. Figueroa AA, Polley JW, Ko EW. Maxillary distraction for the management of cleft maxillary hypoplasia with a rigid external distraction system. Semin Orthod 1999;5:46Y51
4. Cohen SR, Burstein FD, Stewart MB, et al. Maxillary-midface distraction in children with cleft lip and palate: a preliminary report. Plast Reconstr Surg 1997;99:1421Y1428
5. Cheung LK, Chua HD, Hagg MB. Cleft maxillary distraction versus orthognathic surgery: clinical morbidities and surgical relapse. Plast Reconstr Surg 2006;118:996Y1008

Anahtar Kelimeler: Damak, Dudak, Distraksiyon, Maksilla, Yarık

Şekil 1



A1: Preoperatif lateral görüntü, A2: Postoperatif 3. Ay lateral görüntü, A3: Postoperatif 10. Yıl lateral görüntü B1: Preoperatif dental ilişki, B2: Postoperatif 3. Ay dental ilişki, B3: Postoperatif 10. Yıl dental ilişki C1: Preoperatif lateral grafi, C2: postoperatif 3. Ay lateral grafi, C3: postoperatif 10. Yıl lateral grafi D: Postoperatif 1. Ay lateral grafi(distraktör mevcut) E: Peroperatif dşatraktör yerleşimi

SB-135

Mandibula Kondil ve Subkondil Kırıklarında Transoral Endoskopik Yaklaşım ve PMMA ile Fiksasyon Yöntemimiz

Seçkin Aydın Savaş

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Alanya/Antalya

Amaç: Kondil ve subkondil fraktürleri tüm mandibula kırıklarının %20 ile %50'sini oluşturmaktadır. Geleneksel tedavi yöntemi rijid bir maksillomandibular fiksasyonu içermektedir. Ancak bu yöntem genellikle 12 yaşından küçük çocuk hastalarda ve intrakapsüler kırıklarda tercih edilmektedir. Kondil kırıkları sonucundaki yanlış kaynamalar ile üst üste gelen kemik fragmanları nedeniyle kısalan kondiler bölge estetik ve fonksiyonel problemlere yol açmaktadır. Ayrıca çiğneme ve supra-infrahyoidal kaslar dinlenme tonusundaki gibi kondil başını repoze ederek glenoid fossaya yerleştirmeyi hedefler. Sonuç olarak pogonion noktasında çenede projeksiyon kaybı ve open bite deformitesi gelişmektedir. Temporomandibuler eklem biyomekaniği hassas ve karmaşıktır. Her hangi bir kondildeki problem hareket ve yük taşımada değişikliğe neden oldukları için uzun dönemde eklem dejenerasyonuna neden olmasının yanı sıra rahatsızlık hissi, kilo kaybı ve uzun süre kas fonksiyonunu ve kondiler hareket açıklığını geri kazanmak için rehabilitasyon gerekliliğidir. Son çalışmalarda normal anatominin restorasyonu açısından kapalı redüksiyon yönteminin kondil fraktürlerinde başarısızlığı ve açık redüksiyon ve internal tespitin (ORIF) hayat kalitesi artması, radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarının başarılı olduğu gösterilmektedir. Avantajlarına rağmen fasiyal sinir yaralanması, görünür skar, yara yeri enfeksiyonu, nekroz, ödem, kanama, morluk, tükürük fistülleri ve teknik zorluğu gibi dezavantajları bulunmaktadır. ORIF için preauriküler, retroauriküler, submandibuler veya retromandibular ve transoral yaklaşım olmak üzere birçok yaklaşım belirlenmiştir. Hangi yaklaşımın tercih edildiğine bakılmaksızın, endoskopik yardımlı mandibula kırık onarımları daha az invaziv bir işlemlerdir.

Kondil kırıklarının endoskopik tedavisine ilk olarak Jacovitzet ve arkadaşlarının tek bir vakalık çalışmalarında rastlanmıştır ve kondil kırıklarının onarımında bu yöntemin daha basit ve operasyon süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Laurer ve arkadaşları 1998 yılında transkütan yaklaşım ile endoskopik yardımlı kondil fraktür onarımından bahsetmişlerdir. Yine bazı çalışmalarda hasta seçimleri açısından ORIF ile kıyaslandığında 1. Kondilin 45 dereceden fazla mediale deviye olması 2. Hasta yaşının 11'den küçük olması 3. Yüksek seviyedeki kondiler fraktür, İntrakapsüler fraktür, açık kondiler fraktür, panfasiyal fraktürler 4. ASA skorunun (American Society of Anesthesiologists score) 4'ün üzerinde olması gibi durumlarda endoskopik yardımlı kırık onarımı daha risklidir. Transoral endoskopik yaklaşım ise yeni bir metoddur. Transoral yaklaşımın ise en önemli dezavantajı ise uzun ameliyat süreleri ve özellikli ekipman gerekliliğidir.

Biz bu çalışmada transoral yaklaşım ile endoskopik yardımlı kondiler fraktür onarımı ve polimetilmetakrilat (PMMA) ile fiksasyon yöntemimizi, sonuçlarımızı paylaşmak istemekteyiz.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Haziran 2020- Haziran 2022 tarihleri arasında hastanemize başvuran endoskopik cerrahi yaklaşım kullanılarak tedavi edilen kondiler ve subkondiler mandibula bölgesinde kırıkları bulunan 15 hasta sunuldu. Hastalardan 18 yaş altındakiler ve intrakapsüler fraktür olanlar çalışma dışı bırakıldı. Vakaların 11'i erkek,

4'ü kadın hastalardan oluşmaktaydı. Yaş ortalaması 30,2 olarak belirlendi. 8 hastada etiyolojik neden trafik kazası iken 6 hastada darp, 1 hastada yüksekten düşme olarak tespit edildi. 12 hastada subkondiler fraktür mevcutken, 3 hastada kondil fraktürü mevcuttu. Hastaların tümünde preoperatif ve postoperatif maksillofasiyal aksiyal/ koronal kesit ve üç boyutlu bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme sağlandı. Hastalar; ağız açıklığı, oklüzyon, morluk, şişlik ve ağrı açısından ameliyat hemen sonrası ve postoperatif 1. ve 3. ayda değerlendirildi.

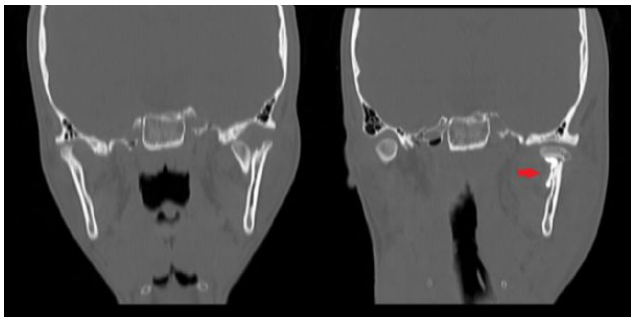
Cerrahi işlemler sırasında 4 mm çaplı 0 ve 30 derece görüş açılı endoskop sistemi (Olympus Endoskop Sistemi) kullanıldı. Bütün hastalarda transoral olarak girişim sağlanarak ramus boyunca kondile doğru optik kavite yaratıldı. İnsizyon kısa tutularak diseksiyon endoskop yardımıyla gerçekleştirildi. Kırık hattı ekspoze edilerek medialize olmuş veya yer değiştirmiş kırık fragmanı endoskopik görüntü ile teyit edilerek redükte edildi. PMMA özellikle ortopedi alanında eklem ve kemik rekonstrüksiyonları, kırık tespiti ve osteoporoza bağlı vertebra kırıklarının tedavisinde kullanılan bir materyal olup biz bu çalışmada redükte edilen kırık fiksasyonu için kullandık. PMMA ile fraktür hattı fikse edilerek anatomik bir redüksiyon sağlandı.

Bulgular: Endoskopik yöntem ile maksillofasiyal kırıkları onarılan 15 hastanın ameliyat süreleri kırık bölgesi, eşlik eden kırıklara ve kırık özelliklerine bağlı olarak değişse de ortalama 2 saat bulundu. İntraoperatif dönemde herhangi bir majör komplikasyon gözlenmedi. Hastaların hastanede kalış süresi ortalama 1,7 gün olarak belirlendi. Hastaların takip sırasında her hangi birinde oklüzyon bozukluğu, ağız açıklığında kısıtlılık ve malunion izlenmedi. Hastalarda göreceli olarak ödem açık redüksiyon ve internal tespite göre daha azdı. Hastaların tümünde uygulanan transoral yaklaşım sebebiyle eksternal skar yoktu ve buna bağlı morluk, kanama da izlenmedi. Hiçbir hastamızda PMMA'ya bağlı termal nekroz izlenmedi.

Sonuç: Bu çalışma transoral endoskop yardımlı kondil/ subkondil fraktürü onarımının konvansiyonel açık redüksiyon yöntemine göre cerraha daha iyi bir görüş alanı sağladığını, bilinen skar ve komplikasyonları azaltan minimal invazif ve yenilikçi bir tedavi yöntemi olduğunu desteklenmektedir ve yine bu çalışma ile PMMA ile fiksasyon ile plak vida kullanımına bağlı uzun ameliyat süreleri ve özellikli ekipman gerekliliğinin önüne geçileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: endoskop yardımlı kondiler fraktür onarımı, endoskop yardımlı subkondile fraktür onarımı, transoral endoskopik yaklaşım, PMMA

Preoperatif ve postoperatif BT



Kırmızı ok ile gösterilen PMMA radyoopak görüntüsüdür

SB-136

Orbita Taban Kırıklarında Biyomateryal ve Otolog Greft Kullanımı

Yunus Emre Gökçe, Göktekin Tenekeci, Murat Aksaç, Erdi Kaya

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

Giriş: Orbita taban fraktürleri maksillofasiyal fraktürler arasında sıkça rastlanan fraktürlerdendir. Tüm maksillofasiyal fraktürlerin %4-10'u izole orbita taban fraktürlerini oluştururken, %30-40'ı da zigomatik kompleks fraktürlerine eşlik eder şekilde orbita taban fraktürlerini oluşturuyor. Diplopi, enoftalmi gibi işlevsel ve estetik bulguların ise doğru zamanda yapılan uygun cerrahi ile önüne geçmek mümkündür. Bu çalışmamızdaki amacımız biyomateryal veya kıkırdak grefti ile orbita taban fraktürleri onarımı yapılan hastalarda ve konservatif olarak takip edilen hastaları postoperatif dönemde değerlendirmektir.

Materyal-Metod: 2011-2022 yılları arasında toplam 151 hasta kliniğimize izole veya diğer maksillofasiyal fraktürlere eşlik edecek şekilde orbita taban fraktürleri ile başvurdular.Operasyon endikasyonu bulunan bu 151 hasta çalışmamıza dahil edildi. Orbita taban fraktürleri otolog kıkırdak grefti veya biyomateryal kullanılarak opere edildi. Boyut itibari ile otolog kıkırdak grefti ile onarılabilecek bir defekt bu yöntem ile tamir edildi, daha büyük defektler ise titanium mesh kullanılarak onarıldı.9 hasta da tıbbi red nedeni ile ya da mevcut kliniğe göre konservatif olarak takip edildi. İzole orbita taban fraktürlerinde 0.5 cm karenin altındaki deplasmanlarda klinik takip önerilerek, 0.5 cm karenin üzerindeki deplasmanlarda ise operasyon seçeneği planlandı. 0,5 cm karenin altındaki defektler diğer maksillofasiyal fraktürler nedeni ile operasyon sahası açılacak ise defektler otolog greft ile tamir edildi. Retrospektif olarak orbita taban fraktürlerinin alan hesaplaması, preoperatif ve postoperatif olarak diplopi,bakış kısıtlılığı ve enoftalmi bulguları değerlendirildi. Alan hesaplaması mevcut fraktürlerin koronal ve aksiyel planda ölçümleri ile hesaplandı.

Bulgular: 114 erkek, 37 kadın olmak üzere 151 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 32,4 olan hastaların ortalama defekt alanı 1,25 cm kare, en küçük defekt alanı 0,08 cm kare en büyük defekt alanı ise 5,9 cm kare olarak hesaplandı.9 hasta (%5,9) tıbbi red veya diğer klinik sebepler ile konservatif takip edildi. Kalan 142 hasta opere edildi. 41 hasta(%27,1) otolog kıkırdak greft ile, 101 hasta (%67) biyomateryal ile opere edildi. Vital bulguları sabit ve operasyona engel ek bir yaralanması olmayan hastalar ilk 24 saatte opere edildi. İlk başvuruda 31 hastada (%20,5) diplopi ve bakış kısıtlılığı mevcut idi. 120 hastada (%79,5) ise radyolojik bulgu hariç orbita taban fraktürü ile ilişkili klinik şikayet mevcut değildi.

Konservatif olarak takip edilen 9 hastanın 3'ünde ilk başvuruda diplopi ve bakış kısıtlılığı şikayetleri mevcut iken takip süreçlerinde bu şikayetleri kayboldu. Konservatif takip edilen hastaların defekt alanları en küçük 0,09 cm kare, en büyük 2 cm kare, ortalama 0,8 cm kare.

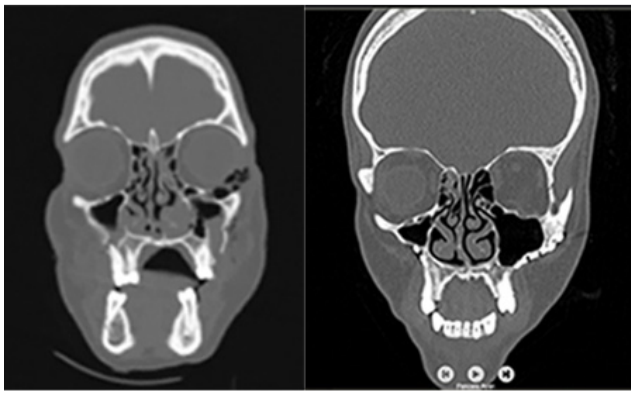
Otolog kıkırdak grefti ile opere edilen hastaların 8'inde (%19,5) preoperatif diplopi ve bakış kısıtlılığı şikayetleri mevcut iken postoperatif birinci haftada 6 hastada (%14,6) mevcut şikayetlerin devam ettiği gözlendi. Devam eden takiplerinde ise bu şikayetlerin gerilediği ve kaybolduğu gözlendi. Otolog kıkırdak grefti ile opere edilen hastaların defekt alanları en küçük 0,08 cm kare, en büyük 1,9 cm kare, ortalama 0,7 cm kare.Biyomateryal ile opere edilen hastaların 20'sinde (%19,8) preoperatif diplopi ve

bakış kısıtlılığı şikayetleri mevcut iken postoperatif birinci haftada 13 hastada (%12,8) mevcut şikayetlerin devam ettiği gözlendi.Bu hastaların 11'inde(%10,8) süregelen takiplerde şikayetlerinde tamamen kaybolduğu görüldü. Şikayetlerin devam ettiği 2 hastanın (%1,9) da travma esnasında ek olarak optik sinir yaralanmasının olduğu saptandı. Biyomateryal ile opere edilen hastaların defekt alanları en küçük 0,1 cm kare, en büyük 5,9 cm kare, ortalama 1,4 cm kare. Otolog greft veya biyomateryal kullanılan postoperatif hastalarda enfeksiyon, ekstrüzyon gibi bulgulara saptanmadı.

Tartışma Sonuç: Orbita taban fraktürlerindeki temel amaç orbital hacmin yeniden oluşturulması, sıkışan kasların serbestleştirilmesi, oküler hareketin sağlanması ve orbital içeriğin orbital kaviteye yeniden girmesinin sağlanmasıdır. Cerrahinin zamanlamasının planlanması tartışmalar içerse de klinik bulguların varlığı veya radyolojik görüntülemelerdeki büyük defektlerde erken cerrahi planlanmalıdır. Cerrahi sonrasında da diplopi ve bakış kısıtlılığı görülebilen bulgulardandır. Bu bulguların kalıcı hale gelmesinin nedeni ekstraoküler kasların mekanik olarak disfonksiyone duruma gelmesi olabilir. Bu durum forced duction testi ile ekarte edilmelidir. Erken dönemde mevcut olup sonradan gerileyen bakış kısıtlılığı ve diplopi bulguları ise optik sinirin travmaya bağlı geçici hasarı, kafa travması veya ekstraoküler kasların ödemden ya da travmaya bağlı geçici fonksiyon kayıplarından gelişebilir. Sonuç olarak her ne kadar erken dönemde, uygun teknikle bir cerrahi de uygulansa postoperatif erken dönemde klinik bulgular devam edebilir. Bu yüzden defektin büyüklüğü veya kullanılan biyomateryal ya da otolog kıkırdak greftlerinin haricinde de her hastayı ve her travmayı kendi içerisinde değerlendirmek gerekir. Defekt tamirinde kullanılan her iki yöntemde de güvenli bir şekilde kullanılabilir. Devam eden klinik durumlarda ise ek cerrahi ya da müdaheleden ziyade en az 6 aylık yakın takip önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: diplopi, orbita, kıkırdak, otolog, biyomateryal

Preop,Postop



SB-137

Mandibula Subkondil Fraktürleri Tedavilerinin Uzun Dönem Sonuçları

Bilge Kağan Aysal[1], Özlem Çolak[1], İlker Üsçetin[1], Batıbey Batmacı[1], Caner Ali İlhan[1], Defne Gürbüz[2]

[1]Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Mandibulanın subkondiler bölge kırıkları anatomik konum açısından ciddi önem arz etmektedir.(1-3) Sıklıkla en az iki yerinden kırılan mandibula içerisinde esnek olmayan yapısı ve bütün gücün son aktarım noktası olması sebebi ile subkondiler bölge kırıkları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Subkondil kırıkları tüm mandibula kırıklarının %25-%30'unu oluştursa da bu oranın çeneye alınan direkt darbelerde %72'lere kadar arttığı izlenmektedir. (5-7) Darp ve motorlu araç kazaları subkondil kırıklarının en önemli iki etyolojik sebebi olarak görülmektedir. (4) Subkondil kırıklarının temporomandibular eklem ile ilişkili olması sebebi ile ağız açıklığında kısıtlılık izlenmesine ek olarak ramus ile ilişkili olması sebebi ile ramus boyunda kısalma, ağız açma ile çenenin kenara itilmesi(deviation) ve ısırımda(occlusion) bozulmalar meydana gelebilmektedir. Subkondil bölgesi parotis bezi derininde yerleşimli olduğu için, ameliyat esnasında kırığa cerrahi olarak ulaşım esnasında saf bir motor sinir olan fasial sinirin dalları arasından geçmek gereklidir ve bu oldukça zorlayıcı bir teknik ile yapılır. Fasial sinirin dalları yaralandığında kalıcı yüz felci oluşmaktadır. Buna ek olarak eksternal karotis arterin bir dalı olan maksiller arter subkondilin derin yüzeyine çok yakın geçmektedir ve yaralanması halinde hayati riske yol açan kanamalara sebep olabilmektedir. Tüm bunlardan dolayı normal ısırımda iken alt ve üst çeneyi birbirine sabitleyen teknikler (Intermaxillary fixation-IMF) dekatlar önce tanımlanmış ve tüm

dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Açık redüksiyon ve internal fiksasyon teknikleri de kullanılan yöntemler arasındadır. Bu çalışmada her iki teknikle de onarılmış hastaların uzun dönemdeki klinik ve radyolojik sonuçlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Çalışmamız klinik bir çalışma olarak dizayn edilmiştir. Yaş aralığı 9-70 arasında değişen, tek taraflı subkondil kırığı olan ve operasyon üzerinden en az 6 ay geçmiş toplamda 15 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çift taraflı subkondil kırıkları ve mandibulada herhangi bir başka kırığı olan vakalar çalışmadan çıkartılmıştır. Radyasyon ile ilişkili riskleri kabul eden hastalara geç dönem tomografi (BT) çekilmiştir. Klinik değerlendirme için interinsisival mesafede maksimum ağız açıklığı, ısırım durumu (okklüzyon), ağız açma ile çenenin kenara kayması (deviasyon) ve yaşam kalitesini ölçmek amacıyla "The General Oral Health Assessment Index" anketi yapılmıştır.

Radyolojik değerlendirme için ameliyat öncesi, ameliyattan hemen sonra ve en az altı ay sonra çekilen BT görüntüleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Kondil boyu, kondil + ramus boyu, angulusun kafa tabanına olan mesafesi az önce sözü edilen tomografilerde ölçülmüş (Şekil 1) ve hem milimetre cinsinden hem de yüzdesel olarak tespit edilmiştir. Sonrasında Friedman's two way analizi ve Mann Whitney u testi kullanılarak verilerin istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Çalışmamız önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Öncelikle ısırım, maksimum ağız açıklığı, ağız açma ile çene deviasyonu ve yaşam kalitesi indeksi değerlendirildiğinde tedavi olmuş hastaların uzun dönem klinik sonuçlarının iyi ve yeterli olduğu gözlenmiştir. Radyolojik olarak bakıldığında ise tedavi edilmiş tarafta kırık kondillerin boyunda, ramus boyunda ve mandibulanın uzaysal yerleşiminde geç dönem sonucu ile ameliyat öncesi sonuçları arasında önemli fark

olmadığı gözlenmiştir. Buna ek olarak geç dönemde kırık kondil ile sağlam taraf kondil arasında da anlamlı fark olmadığı izlenmiştir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak, eğer temporomandibular eklemde pasif hareket kısıtlılığı,

belirgin açılanmış kondil varlığı, laterale konumlu kondil varlığı ve eklem içi yabancı cisimler varsa açık cerrahi yapılması, ancak bu durumlar yoksa risklerden kaçınmak için benzer sonuçlara ulaşan intermaksiller fiksasyon tekniğinin kullanılması önerilmektedir. Klinik praktikte açık redüksiyon internal fiksasyon tekniği, yalnız IMF/ arch bar tekniğine göre üstün olarak gözükse de seçilmiş uygun vakalarda yalnız İMF tekniğinin kullanılarak gözardı edilemeyecek iyi sonuçlar elde edilmesi çok daha az risk barındırması nedeniyle diğer tedavi seçeneklerine oranla ciddi avantaj sunmaktadır.

Kaynak:

1. Rosignoli M, Paludetti G, D'Alatri L, Maurizi M. [Our experience with mandibular fractures]. Annali italiani di chirurgia. 1990;61(3):255-63.
2. Hamill JP, Owsley J, J. Q., Kauffman RR, Blackfield HM. The treatment of fractures of the mandible. California Medicine. 1964;101(3):184-87.
3. Mc IJ. Bone plating for fractures of the mandible. Canadian Medical Association journal. 1947;56(3):314.
4. Paresi RJ, Martin WJ, Figueroa AA, Polley JW. Fractures of the Mandible. In: Weinzweig J, editor. Plastic Surgery Secrets. 2nd ed. China: Mosby Elsevier; 2010. p. 320-25.
5. Adhikari M, Bhatt K, Yadav R, Mandal J, Bhutia O, Roychoudhury A. Fixation of subcondylar fractures of the mandible: a randomized clinical trial comparing one trapezoidal plate with two miniplates. International journal of oral and maxillofacial surgery. 2021;50(6):756-62.
6. De Riu G, Gamba U, Anghinoni M, Sesenna E. A comparison of open and closed treatment of condylar fractures: a change in philosophy. International journal of oral and maxillofacial surgery. 2001;30(5):384-9.
7. Ellis E, 3rd, Moos KF, el-Attar A. Ten years of mandibular fractures: an analysis of 2,137 cases. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology. 1985;59(2):120-9.

Anahtar Kelimeler: Arch bar, kondil fraktür, intermaxillary fixation

3D BT'de kondil yükseklik ölçümü

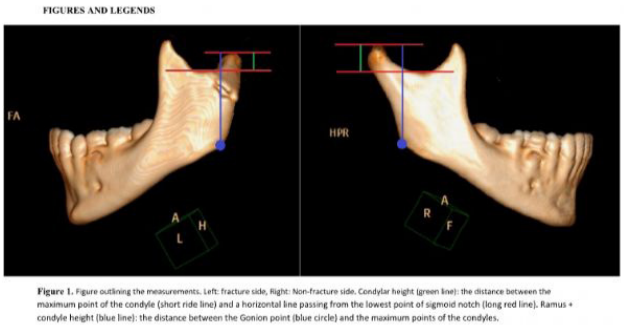


Figure1: Sol taraf fraktür hattı ve sağ fraktür olmayan taraf karşılaştırılması. Yeşil çizgi: Kondiler yükseklik Mavi çizgi: Ramus + kondil yüksekliği

Kondil yükseklikleri karşılaştırılması

			Mean	Median	Minimum	Maksimum	Interquartile Range	Test	P Value
Kondil Yüksekliği	Preoperatif	Fraktürlü Taraf	19,040	17,350	13,70	33,80	5,78	Mann-Whitney U	0,247
Kondil Yüksekliği	Preoperatif	Sağlam Taraf	20,230	19,800	14,80	28,60	3,00	Mann-Whitney U	0,247
Kondil Yüksekliği	Erken Postoperatif	Fraktürlü Taraf	19,70	19,90	9,70	32,20	9,75	Mann-Whitney U	0,853
Kondil Yüksekliği	Erken postoperatif	Sağlam Taraf	20,61	20,85	14,60	29,80	5,58	Mann-Whitney U	0,853
Kondil Yüksekliği	Geç Postoperatif	Fraktürlü Taraf	20,23	20,05	12,80	29,10	5,88	Mann-Whitney U	0,684
Kondil Yüksekliği	Geç Postoperatif	Sağlam Taraf	20,48	21,05	15,00	26,40	3,45	Mann-Whitney U	0,684
Kondil+Ramus Yüksekliği	Preoperatif	Fraktürlü Taraf	64,02	66,00	48,50	74,60	8,15	Mann-Whitney U	0,089
Kondil+Ramus Yüksekliği	Preoperatif	Sağlam Taraf	68,31	69,10	54,50	76,70	11,58	Mann-Whitney U	0,089
Kondil+Ramus Yüksekliği	Erken Postoperatif	Fraktürlü Taraf	65,95	66,05	50,90	78,70	10,28	Mann-Whitney U	0,280
Kondil+Ramus Yüksekliği	Erken Postoperatif	Sağlam Taraf	68,95	70,85	54,50	77,20	12,83	Mann-Whitney U	0,280
Kondil+Ramus Yüksekliği	Geç Postoperatif	Fraktürlü Taraf	66,82	67,80	51,10	77,50	5,98	Mann-Whitney U	0,089
Kondil+Ramus Yüksekliği	Geç Postoperatif	Sağlam Taraf	70,84	72,20	52,00	79,10	8,23	Mann-Whitney U	0,089
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Preoperatif	Fraktürlü Taraf	69,98	70,80	58,10	80,20	10,33	Mann-Whitney U	0,315
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Preoperatif	Sağlam Taraf	73,06	73,55	61,10	81,10	12,43	Mann-Whitney U	0,315
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Erken Postoperatif	Fraktürlü Taraf	70,35	70,30	56,80	81,50	10,50	Mann-Whitney U	0,481
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Erken Postoperatif	Sağlam Taraf	72,53	74,00	57,30	84,50	11,60	Mann-Whitney U	0,481
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Geç Postoperatif	Fraktürlü Taraf	71,50	72,35	54,40	82,30	5,18	Mann-Whitney U	0,165
Gonion ve Frankfort çizgisi arası mesafe	Geç Postoperatif	Sağlam Taraf	74,84	75,65	55,10	82,00	9,27	Mann-Whitney U	0,165

SB-138

Maksillofasyal Travmalarda Subsiliyer İnsizyon Komplikasyonları Nasıl Azaltılır?

Tahir Babahan, Hüseyin Emre Ulukaya, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı, Cenk Demirdöver

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Alt göz kapağı önden arkaya cilt, orbikülaris okuli kası, tars ve konjonktivadan oluşan, subkonjonktival bölgede mukoz ve sebase glandları içeren kompleks bir yapıdır. Alt göz kapağı, serbest kenarında bulunan kirpik ile farklı bir özellik kazanır. Göz kapaklarının açılıp kapanması ile konjonktiva ve kornea üzerinde göz yaşı filmi oluşturularak gözü kurumadan korur ve yabancı cisimlerin dışarı atılmasını sağlar. Ayrıca kapak hareketleri sırasında orbikularis okuli kası göz yaşı kanallarının açılıp kapanmasını sağlar. Anatomik öneminin yanı sıra göz çevresi kemiklerinin fraktürlerinde fraktür hatlarına ulaşmak için önemli giriş kapısıdır.Literatürde farklı insizyon teknikleri tanımlanmıştır. Subsiliyer insizyon ilk olarak 1944'de Converse tarafından tanımlanmıştır. Genellikle travmatik blow-out yaralanmaları, infraorbital rim ve orbitozygomatik kırıklar gibi yüz kırıklarında kullanıldı. Ayrıca alt göz kapağının estetik ameliyatlarında da kullanılmıştır. Tarihsel olarak sadece cilt flebi ve cilt-kas flebi şeklinde iki alt tipi kullanıldı. Öncelikle sadece cilt flebi kullanılmıştır ve bu tip de cilt nekrozu ve ektropiyon riski yüksek bulunmuştur. Cilt-kas flebinde cilt orbikularis okuli kası bulunur ve diseksiyon orbikularis okuli kasının derininde infraorbital rime kadar devam eder. Cilt-kas flebinin modifikasyonu basamaklı yaklaşımdır. Bu yaklaşımda subsilier insizyon, birkaç milimetre cilt flebi kaldırılması, tarsta orbikularis okulü kası bırakılması ve kaudal yönde ilerledikten sonra kasın ayrılması vardır. Ayrıca transkutanöz, transkonjunktival yaklaşımlar da literatürde mevcuttur.Biz bu çalışmamızda maksillofasiyal travmalarda fraktür redüksiyonu ve fiksasyonu için subsiliyer insizyonla tedavi ettiğimiz hastaların sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Bu çalışma Ocak 2015-Ocak 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi plastik cerrahi polikliniğinde maksillofasiyal fraktürleri nedeniyle subsiliyer insizyon kullanılarak tedavi edilen hastalar üzerinde yapıldı. Hastalar sistem kayıtları aracılığıyla geriye dönük olarak tarandı. Tüm hastaların; yaşı, cinsiyeti, subsiliyer insizyonun hangi göz kapağında olduğu, etiyolojisi, komorbidleri, sigara kullanım durumları kaydedildi. Olgular postoperatif dönemde takip edildi ve ortalama takip süresi 11 ay (dağılım 6 ay ile 54 ay) idi. Hastalar komplikasyonlar (ektropiyon, entropiyon,kötü görünümlü skar, lagoftalmus) açısından değerlendirildi.

Tüm ameliyatlar, alt göz kapağına epinefrin ile lokal anestezi infiltrasyonu ile kombine genel anestezi altında yapıldı. İşleme başlanmadan önce biri medialde biri lateralde olacak şekilde 2 adet tarsorafi sütürleri yerleştirildi. Kirpikli hattın 2 mm altında subsiliyer insizyonlar yapıldı, cilt flebi eleve edildi. Tarsal kısım geçildikten sonra kas altı plana girilip cilt-kas flebi şeklinde ilerlenerek infraorbital rime dek preseptal diseksiyon ile ulaşıldı. Fraktür onarımı sonrası orbiküler kas emilebilir monoflaman sütürle (Glikomer 631), cilt ise aynı sütürle subkutiküler şekilde sütüre edildi.

6 aydan daha kısa takip süresi olan hastalar ektropiyon ve skleral show açısından değerlendirilmeye dahil edilmedi çünkü bu semptomlar bu süreden sonra genellikle azaldı veya kayboldu.

Bulgular: Belirtilen tarih aralığında 113' ü erkek 69 'u kadın toplamda 182 hasta fraktürleri nedenli subsiliyer insziyon kullanılarak opere edildi.6 aydan kısa sürede takiplerini aksatan 58 hasta çalışma dışı bırakıldı.Yaş aralığı 16-61 olan 75'i erkek, 49 'u kadın toplam 124 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 32.4 saptandı. Fraktür etiyolojilerine bakıldığında motorlu taşıt kazaları 72 (%58), yüksekten düşme 21 (%17),saldırı-darp 17 (%13,7), diğer nedenler(spor kazaları, iş kazaları vs) 14 (%11,3) şeklindeydi.Fraktür nedenli yapılan subsiliyer insizyon yönüne göre sol alt göz kapağı 50 (%40), sağ alt göz kapağı 43 (%35), bilateral alt göz kapağı 31 (%25) şeklindeydi.Olgular postoperatif dönemde takip edildi ve ortalama takip süresi 11 ay (dağılım 6 ay ile 54 ay) idi. İlk 6 ayda görülen hafif ektropiyon ve skleral show için masaj önerilirken, daha ileri vakalara ek olarak gece alt göz kapağını destekleyen bantlamalar yapıldı. 6 ay sonunda ektropiyonu sebat eden 2 (%1,6) hasta saptandı. Bu hastalara kantopeksi ve TKDG ile onarım yapıldı. Bu hastalarda operasyon sonrası dönemde ektropiyon görülmedi. Ektropiyon gelişen bu iki hastada da göz çevresinde travmaya bağlı ek laserasyonları vardı. Entropiyon ve lagoftalmus hiçbir hastada görülmedi. Skleral show ise 2 mm nin altında olan 8 (%6,5) hasta saptandı. Bunlar için ek operasyon düşünülmedi.İnsizyon skarları tüm hastalarda makul düzeyde iyileşti, skar revizyonu işlemi hiçbir hastada gerek görülmedi. Tartışma: Subsiliyer yaklaşım blefaroplastide, maksillofasiyal kırık onarımında, ekstrenal dacriosistorinostomide, maksillektomide, nazal kemik redüksiyonunda kullanılabilir. Geçici/kalıcı ektropiyon, subsiliyer yaklaşımdan sonra en sık görülen komplikasyondur. Genellikle geçici ektropiyon oluşup, konvansiyonel yara izleme ve masaj ile 6 ay içinde ameliyat gerektirmeden düzelir. Özellikle sadece cilt flebi kaldırılan subsiliyer yaklaşım % 42 gibi yüksek bir ektropiyon oranı ile ilişkilendirilmiştir. Oysa cilt-kas flebi yaklaşımında hem geçici hem de kalıcı ektropiyon oranları önemli ölçüde düşük bulunmuştur. Ozakpınar ve ark. 2015'de sadece cilt flebi tekniği ile opere edilen hastaların % 20 sinde ektropiyon oluşurken, cilt-kas flebi tekniği ile opere edilen hastalarda 1 yıl sonunda hiç ektropiyon gözlenmediğini yayınladı. Pausch ve ark. 2016'da, cilt-kas flebi ile subsiliyer yaklaşımı olan 225 hastada altı aylık izlem sonrasında 12 sinde (% 5.3) geçici ve 225 hastanın 8'inde (% 3.6) kalıcı ektropiyon bildirdiler. Salgarelli ve arkadaşları 274 hastayı içeren çalışmalarında subsiliyer insizyonlardan sonra hiç ektropiyon bildirmezken ve sadece %1.3 skleral show meydana geldiğini bildirmişlerdir.

Komplikasyon oranları bu kadar değişken olmakla birlikte literatürde subsiliyer insizyon yerine alternatif yaklaşımlar tariflenmiştir. Subtarsal yaklaşımın ektropiyon veya skleral show riski düşüktür, ancak çoğu zaman görünür ve nadiren hipertrofik bir skarla sonuçlanır. Subsiliyer yaklaşım ise daha az görünür bir skar ile iyileşirken artan ektropiyon ve skleral show riski ile birlikte gelir. Son olarak, transkonjonktival yaklaşımın bazı yayınlarda ektropion riski daha düşük bulunsa da postoperatif entropiyon ve kantal malpozisyon tanımlanmıştır. Ayrıca, transkonjonktival yaklaşımla tekrarlanan cerrahi, kalıcı göz kapağı komplikasyonları riskini artırır.

Ektropiyon kas tonus kaybından veya orbikularıs okuli kası ve çevresindeki yumuşak doku arasındaki skar dokusundan kaynaklanır. Çalışmamızda kalıcı ektropiyon oranları literatüre oranla daha az görülmüştür.Ektropiyon görülen hastalarda subsiliyer insizyon haricinde travmaya bağlı ek laserasyonların olmasının ektropiyon oluşma riskini arttırdığını saptadık. Bu hastalar dışında ektropiyon görülmemesini diseksiyon sırasındaki titizlik ve basamaklı deri-kas flebi yaklaşımından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Diseksiyon sırasında ya da fraktür fiksasyonu sırasında kas-deri flebinde katlanmaya ve ileri derecede retraksiyona neden olan ekartasyonların operasyon sonrası dönemde ektropiyon ve kötü görünümlü skar risklerini arttıracağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: ektropiyon, maksillofasiyal travma, subsiliyer insizyon, tarsokonjonktival insizyon

SB-139

Mandibula fraktürü olan çocuk hastaların retrospektif incelemesi

Tibet Kaan Yolsal, Pınar Özbilgehan, Rıza Türk, Özge Utku, Ahmed Şamil Güvel, Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar, Hasan Mura Ergani

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı mandibula fraktürü olan ve bu fraktüre bağlı olarak malokluzyon, temporamandibular eklem hareket kısıtlılığı gibi semptomları olup opere edilen hastalarla, ağrı ve hassasiyet dışında belirgin bir semptomu veya fonksiyon kaybı olmayan hastaların operasyonsuz takibi sonrasında bu hastaların opere edildiyse erken ve uzun postop, opere edilmediyse uzun dönem takip sonuçlarının değerlendirmek ve tecrübelerimizi aktarmak.

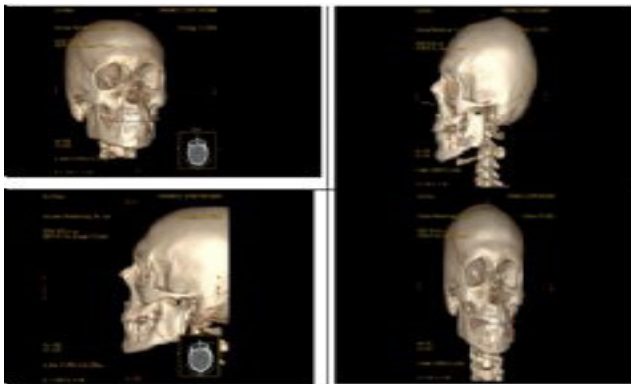
Gereç ve Yöntemler: Ocak 2021 – Mart 2022 tarihleri arasında hastanemiz Ankara Bilkent Şehir hastanesine başvuran mandibula fraktürleri olup bu fraktürlerine bağlı malokluzyon, TME hareket kısıtlılığına sahip olup opere edilen ve bu semptomların belirgin olmadığı poliklinikten önerileri takip edilen hastaların preop/acil başvurusu, postop 2.günde ve postop/acil başvurusunun 6.ayında semptom ve bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında hastanemize acil/poliklinik şartlarında başvuran 37 opere edilen ve 25 operasyonsuz takip edilen hasta travma şekli, demografik özellikleri, başvurudaki semptomları, operasyon sırasında tercih edilen redüksiyon/fiksasyon yöntemi, 6.ay takiplerindeki semptomları/komplikasyonlarına göre gruplandırılmıştır. Opere edilen gruptaki en fazla görülen travma şekli düşme iken, en çok görülen fraktürler kondil fraktürü olarak saptanmıştır. Yaş aralığı 8-10 arasında yoğunlaşan bu grupta imf ile oklüzyon sağlanmasına vakaların yarıya yakınında açık redüksiyon ve internal fiksasyon eşlik etmektedir. En çok görülen başvuru anındaki semptom malokluzyon iken postop 6.aynda belirgin bir semptomu olan hasta ile karşılaşılmamıştır. Operasyonsuz takip edilen 25 hasta barton bandajı ve beslenme önerileri ile takip edilmekte olup genellikle 1.ayında travma öncesi sağlıklarına kavuştukları saptanmıştır.

Sonuç: Pediatrik hastalarda mandibula fraktürleri erken veya geç dönemde hastanın başvuru olarak tercih ettiği acil servis veya poliklinik şartlarında değerlendirilip, acil endikasyonun araştırılması, preop/postop takibi ve bu hastaların operasyonsuz/operasyonla yönetimi kliniğimiz tarafından sıkça yapılmaktadır. Cerrahi seçeneğe endikasyon varlığında başvurulmaktadır. Kliniğimizce opere edilen/operasyonsuz takip edilen hastaların 6.ayda kontrollerinde belirgin bir semptomu olmadığı, memnuniyet seviyesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Nihai sonuçlar üzerinde hastalarla/hastanın ebeveynleri olan iletişimin kalitesinin, hastanın/hasta yakınlarının takip sürecindeki önerilere uymasının ve takip sürecindeki aralıklı poliklinik ziyaretlerine devamlı olarak gelmesinin faydası büyüktür.

Anahtar Kelimeler: çocuk, fraktür, mandibula, pediatrik

Örnek hasta 3d görüntüsü



Sağ parasimfizis-sol angulus preop-postop görüntülemeleri

SB-140

Bilateral sagittal split- ramus osteotomisi (BSSO) ile mandibular ilerletme ve geriletme(setback) yapılan hastalarda postoperatif hasta memnuniyetinin karşılaştırılması

Mehmet Alperen Bay, Nijat Majidov, Mustafa Sütçü, Zekeriya Tosun

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

Giriş: Bileteral sagittal split-ramus osteotomisi (BSSO) çeşitli çene deformitelerinin düzeltilmesinde önerilen ve sık uygulanan yöntemlerden biridir. Ancak bununla birlikte BSSO sonrası nörosensoriyal disfonksiyon, temporomandibuler eklem disfonksiyonu, ağrı, beslenme problemleri görülebilmektedir. Bu çalışmada sınıf 2 ve sınıf 3 maloklüzyonu olan, BSSO yapılarak mandibular ilerletme ve mandibular geriletme yapılan hastaların postoperatif dönemde hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2018-2022 yılları arasında opere edilen mandibular ortognatik cerrahi yapılan postopereratif en az 6 ay geçen ortodontik tedavisi tamamlanan, ek sendromu olmayan 12 kadın 2 erkek toplam 14 hasta dahil edildi. Hastalar, 8'i mandibular ilerletme cerrahisi (grup 1), 6'sı mandibular set back cerrahisi (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastalara cerrahi tedavi sonrası memnuniyeti değerlendirmek için 9 sorudan oluşan 7'li Likert ölçeği ile değerlendirilen anket formu doldurtuldu. Anket formunda hastalara; operasyondan memnuniyet durumları, operasyonu aynı durumdaki diğer hastalara önerme oranları, postoperatif dönemdeki sorunlar, hastaların alt çene ve dudak görümlerindeki estetik açıdan memnuniyetleri, alt dudak ve çenedeki uyuşukluk ve temporomandibuler eklem (TME) fonksiyonu vb.sorular soruldu. Elde edilen sonuçların SPSS 22 programı ile istatiksel analizi yapıldı.

Bulgular: Sorulan 9 sorunun 1.grupta ortalaması 5,84 iken, 2.grupta ortalama 5,83 olarak saptandı. Temporomandibular eklem ve fasiyal ağrı sorularında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$), 1. grup olan mandibular ilerletme hastalarında bu şikayetlerin daha az olduğu tespit edildi.

Sonuç: TME ve fasiyal ağrı şikayetlerinin 1.grup olan mandibular ilerletme hastalarında daha az görülmesinin nedeni, 2.grup olan mandibular geriletme yapılan hastalarda kondil başı ile glenoid fossa arasındaki yükselik farkının ameliyat sonrası dönemde azalmasının neden olduğu düşünülmektedir. Maloklüzyon nedeniyle mandibular ortognatik cerrahi operasyonu yapılan hastalarda ameliyattan sonraki süreçte yaşanılan zorluklara rağmen hastaların operasyondan memnuniyet oranları yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral sagittal split-ramus osteotomisi, ortognatik cerrahi, mandibula

SB-141

Erkeklerde Meme Maligniteleri: Rekonstrüktif Deneyimlerimiz, Vaka Serisi

Mert Doruk, Serhat Şibar, Gökhan Doğan

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

Giriş: Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasına rağmen erkek popülasyonunda oldukça nadir görülmektedir. Erkeklerde görülen meme kanseri, tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Önceki yıllardaki verileri göz önünde bulundurarak, Amerika Kanser Topluluğu(ACS)'nun 2022 yılı için ön gördüğü yeni tanı alan erkek meme kanseri sayısı yaklaşık 2710 ve yeni tanı alan bu hastaların yaklaşık 530'unun mortalite ile sonuçlanacağı belirtilmiştir.

Erkeklerde nadir görülen bir kanser türü olduğu için, cerrahi ve medikal tedavide net bir konsensus sağlanamasa da günümüzde çoğunlukla postmenopozal dönemdeki kadınlarda görülen meme kanseri gibi tedavi edilmektedir. İnsidansı yaşla birlikte artmaktadır. Ortalama tanı yaşı erkeklerde (67yaş), kadınlardan(62yaş) daha ileridir.

Risk faktörleri; ailede meme kanseri öyküsü, meme veya göğüse radyasyon hikayesi, meme kanserine yatkınlık yaratan genetik mutasyonlar(Örn; BRCA2, BRCA1, CHEK2, PALB2 gibi), eksojen östrojen kullanımı, hiperöstrojenizm ile ilişkili hastalıklar(Klinefelter Sendromu) olarak sıralanabilir. Biz de kendi kliniğimizde, malign kitle eksizyonu sonrası meme rekonstrüksiyonu yaptığımız hastaları inceledik, klinik deneyimlerimizi aktarmak istedik.

Materyal-Metod: 2012-2022 yılları arasında kliniğimizde, erkek meme malignitesine bağlı meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar; yaş, histolojik tip, neoadjuvan/adjuvan terapi, rekonstrüksiyon tipi, komplikasyon ve takip sürelerine göre incelendi.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 6 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 67.6 olarak saptandı. Hastaların 4'ü (%66.6) invaziv duktal karsinom sebebiyle opere olurken 1 hasta fibromiksoid sarkom, 1 hasta da malign myoepitelyoma sebebiyle opere edildi. Duktal karsinom olan hastaların tamamının subtipi Luminal A olarak saptandı. Duktal karsinom tanısı alan hastalardan sadece biri neoadjuvan kemoradyoterapi (KRT) alırken, hepsi postoperatif dönemde hormonoterapi (HT) tedavisi aldı. Rekonstrüksiyonların hepsi kitle eksizyonu/mastektomi ile eşzamanlı olarak yapıldı. Toplamda 4 hastanın rekonstrüksiyonu L/D kas deri flebi ile, 1'i torakodorsal arter perforatör (TAP) flebiyle, biri L/D kas flebi ve deri greftiyle yapıldı. Bir hastada postoperatif dönemde selülit, bir hasta da venöz konjesyon görüldü. (Tablo-1)

Olgu1: 50 yaşında erkek, bilinen kronik hepatit b ve d, kronik karaciğer hastalığı ile takipli hasta, sol memede lokal ileri invaziv duktal karsinom (Luminal A) nedeniyle neoadjuvan kemoterapi/radyoterapi aldıktan sonra (10 kür KT, 33 seans RT) amacıyla tarafımıza rekonstrüksiyon için yönlendirildi. Mastektomi sonrası oluşan sol göğüs duvarındaki defekt pediküllü latissimus dorsi kas deri flebi kullanılarak kapatıldı. Postop 3.gün de flep çevresinde kızarıklık, ısı artışı saptanması, akut faz reaktanlarında yükseklik saptanması hastaya selülit tanısı konuldu ve antibiyotik tedavisi planlandı. 14 günlük antibiyotik tedavisi sonrası selülit tablosu gerileyen hasta taburcu edildi. Sonrasında hastaya letrozol tedavisi başlandı.

Olgu2: 72 yaşında erkek, bilinen ek hastalığı olmayan hasta sol meme üst dış kadranda invaziv duktal karsinom (Luminal A)nedeniyle tarafımıza rekonstrüksiyon için yönlendirildi. Hastanın sistemik tutulumu olmaması ve neoadjuvan tedavi planlanmaması nedeniyle modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu disseksiyonu sonrası göğüs ön duvarında oluşan defekti pediküllü latissimus dorsi kas deri flebi ile kapatıldı. Postoperatif 1. günde flepte venöz konjesyon saptanması üzerine sülük tedavisi planlandı. 3 günlük sülük tedavisi sonrası venöz konjesyon geriledi. 4. gün hasta taburcu edildi.

Olgu3: 62 yaşında bilinen hipertansiyon tanısı olan erkek hasta, sağ memede 6 aylık sürede hızla büyüyen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrason sonucu "sağ meme superolaterali 15x10cm boyutlarında hipoekoik vaskülarite gösteren lezyon" şeklinde raporlandı. Lezyondan yapılan biyopsi sonucu "yüksek dereceli fibromiksoid sarkom" şeklinde raporlandı. Medikal/radyasyon onkoloji bölümlerine yönlendirilen hasta 7 kür neoadjuvan KT aldı. Kemoterapi sonrası operasyona alınan hastadan makroskobik olarak 17x12x10cm boyutlarında kitle eksize edildi. Aksillası negatif olan hastanın oluşan defekti TAP flebiyle onarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon oluşmadı ve hasta 3.gün taburcu edildi. Postop 3.ay kontrolünde opere edilen bölgede şişlik farkedilen hastadan tru-cut biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu yüksek dereceli fibromiksoid sarkom gelen hasta için tekrar operasyon planlandı. Uygun cerrahi sınırlarla yapılan eksizyon sonrası defekt primer onarıldı. Sonrasındaki kontrollerde nüks lehine bulgu saptanmayan hasta radyasyon onkolojisine yönlendirildi ve 34 gün RT tedavisi aldı.

Tartışma: Erkeklerde jinekomasti, lipom gibi benign meme hastalıkları sık görülmesine karşın malign meme hastalıkları nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde belirtilen tanı yaşı erkeklerde 67 olup bizim çalışmamızdakiler(67.7) ile uyumludur. Nadir görüldüğü için medikal ve cerrahi tedavileri henüz netleşmemiştir. Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon amacı, temelde kadınlarınkine benzese de, kadınlardaki asıl amaç meme hacmini sağlamak iken; erkeklerde göğüs duvarındaki defekti kapatmaktır. Postoperatif dönemde kanser eksizyonu yapılan bölgeye radyoterapi uygulanabildiği için defektli alanı kapatmak için, kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de kanlanması iyi bölgesel dokular tercih edilmelidir.

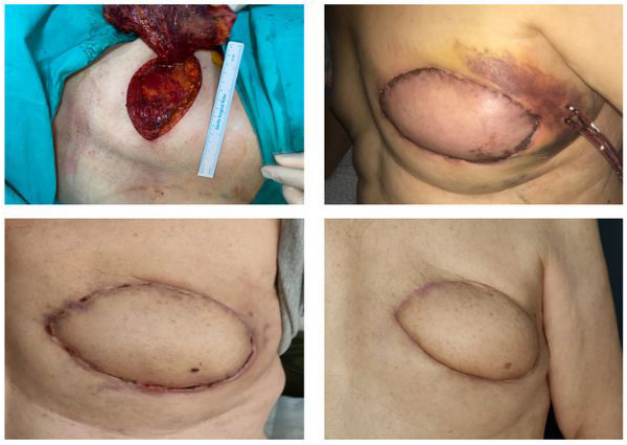
Romina Deldar ve arkadaşlarının 2022 yılında mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan erkek hastaları incelediği literatür taramasında toplamda 29 hastaya ulaşmıştır. Bu hastalardan biri mastektomi sonrası yağ grefti ile rekonstrüksiyon, biri mastektomi sonrası meme implant ile rekonstrüksiyon 26 hasta ise özdoku ile(lokal flep) meme rekonstrüksiyonu yapılıp, 1 hasta da primer kapama şeklinde rekonstrüksiyon yapılmıştır. 9 hastada latissimus dorsi kas deri flebi, 5 hastada transvers rektus abdominis kas deri flebi ile onarım yapılıp, diğer hastalarda torakoepigastrik flep, deltopektoral flep, internal-eksternal

oblik flep ve random deri flebi ile onarım yapılmıştır. Rekonstrüksiyon yapılan bir hastada parsiyel nipple areola nekrozu, bir hastada da hipertrofik skar geliştiği belirtilmiş.

Sonuç: Erkeklerde meme maligniteleri oldukça nadir olmasına karşın akılda tutulması gerekir. Literatürde, bildirilen vaka sayısı az olması sebebiyle, günümüzde medikal ve cerrahi tedaviler için net bir konsesusa varılamamıştır. Bu sebeple 6 hastalık vaka serimizin literatürde önemli bir yer edineceği, gelecekteki çalışmalara kaynak olacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: erkek meme kanser, erkek meme neoplazm, erkek meme rekonstrüksiyon

Olgu-2



Sol üstte intraoperatif görüntü, sağ üstte postop venöz konjesyon görüntüsü, sol altta postop 1.ay görüntüsü, sağ altta postop 2. Ay görüntüsü

Tablo-1

Hasta No	Yaş	Histoloji	Neoadjuvan/Adjuvan Terapi	Rekonstrüksiyon Zamanı	Rekonstrüksiyon	Komplikasyon	Takip Süresi
1	49	İnvaziv Duktal Karsinom Luminal-A	Neoadjuvan KT+RT, Postop Hormonoterapi	Eşzamanlı	L/D Kas Deri Flebi	Selülit	38 ay
2	72	İnvaziv Duktal Karsinom ve Mikropapiller Karsinom Luminal-A	Postop Hormonoterapi	Eşzamanlı	L/D Kas Deri Flebi	Venöz Konjesyon	6 ay
3	62	Fibromiksoid Sarkom	Neoadjuvan KT, Postop RT	Eşzamanlı	TAP Flep	Yok	86 ay
4	86	İnvaziv Duktal Karsinom Luminal-A	Postop Hormonoterapi	Eşzamanlı	L/D Kas Deri Flebi	Yok	51 ay
5	69	İnvaziv Duktal Karsinom Luminal-A	Postop Hormonoterapi	Eşzamanlı	L/D Kas Deri Flebi	Yok	48 ay
6	68	Malign Myoepitelyoma	Neoadjuvan KT+RT	Eşzamanlı	L/D Kas Flebi + KKDG	Yok	13 ay

(L/D: Latissimus Dorsi, TAP: Torakodorsal Arter Perforatör, KKDG: Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti, KT: Kemoterapi, RT: Radyoterapi)

SB-142

Prepektoral Planda Eş Seanslı Meme Rekonstrüksiyonunda Geç Seroma Sorunu: 3 Olguda Komplikasyon Yönetimi

Mustafa Kürşat Evrenos

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Meme rekonstrüksiyonunda eşzamanlı onarım altın standart olmuştur. Prepektoral planda eşzamanlı implant ile onarımda karşılaşılan sorunlardan birisi de geç seromadır. Hastanın adjuvan tedavisini etkileyen bu sorunun tedavisi önemlidir. Bu bildiride geç seroma ile karşılaşılan 3 hastanın tedavi yaklaşımı paylaşıldı.

Gereç-Yöntem: Neoadjuvan kemoterapi alan, Ağustos 2021 ile Kasım 2021 tarihleri arasında opere edilen meme ucu koruyucu (NAK) mastektomi ve aksilla disseksiyonu sonrası tutopatch meş kullanılarak eş seanslı implant ile meme rekonstrüksiyonu yapılan ve dren çekimi sonrası geç seroma oluşan üç hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların üçünde de son dren çekimi sonrası üçüncü haftada memede büyüme ve ağrı/ gerginlik şikayeti gelişmesi üzerine, ultrason (USG) eşliğinde tekrarlayan ponksiyonlar yapıldı. Ponksiyon materyalinden yapılan örneklemelerde üreme olmadı. Hastaların hepsi adjuvan radyoterapi (RT) aldı. Bir hasta (hasta 3) adjuvan kemoterapi (KT) (herceptin 3 haftada 1) devam edildi. Hastalardan biri (hasta 1) tekrarlayan USG eşliğinde boşaltıcı ponksiyonlar ile RT tamamladı. RT sonrasında ponkiyon veya ek cerrahi gereksinimi kalmadı (Resim). Hastalardan birine (Hasta 2) USG eşliğinde kateter takıldı. 16.günde kateter çekildi. Hasta sonrasında adjuvan RT için yönlendirildi. Adjuvan RT sonrası 4. ayda kateter ucunun bastığı ve incelttiği noktada nekroz ve grade 2 kapsül geliştiği görüldü. Eksizyon ve primer sütur yapılan hastada post operatif ikinci haftada dehissans gelişmesi üzerine hastaya sirkümferensiyel kapsülektomi, reeksizyon ve onarım yapıldı. Üçüncü hastada ise postoperatif son dren çekimi ameliyat sonrası 46. günde yapıldı. Dren çekimi sonrası 10.günde memede büyüme ve gerginlik nedeniyle USG eşliğinde ponksiyon ve kateter yerleşimi yapıldı. Katater 24. gününde çekildi ve hasta adjuvan RT için yönlendirildi. RT sonrası hastaya adjuvan KT (Herceptin) başlandı. Bu süreçte hastaya iki kez boşaltıcı ponksiyon yapıldı. RT sonrası 4. ayda hastada NAK lateralinde nekroz ve grade 2 kapsül gelişti. Hastanın KT kesilerek sirkümferensiyel kapsülektomi ile eksizyon ve primer sütur yapıldı. Postoperatif 3. Haftada adjuvan KT tekrar başlanan hastanın post operatif 5. Haftada aynı bölgeden dehissans gelişmesi üzerine rekonstrüksiyon sonlandırıldı.

Sonuç: Prepektoral implant ve meş ile eş seanslı meme onarımı günümüzde sıklıkla tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemlerinden biridir. Geç seroma hastanın adjuvan tedavi planını etkileyen ve rekonstrüksiyon başarısını belirleyen en önemli komplikasyonlardan birisidir. Oluşumunda

çeşitli etiyolojik nedenler sayılmıştır. Bunlar arasında meş kullanımı, iskemi varlığı, aksilla disseksiyonu gibi faktörler sayılmıştır. Hastalarımızın üçünün de neoadjuvan KT almış olması, daha genişserilerde bu faktörün de değerlendirilmesi gerektiğini düşündürtmektedir. Ayrıca rekonstrüksiyonun ve geç seroma komplikasyonunun tedavi başarısı, hastanın adjuvan tedavileri göz önünde bulundurularak planlandığında artabilir.

Anahtar Kelimeler: geç seroma, meme rekonstrüksiyonu, neoadjuvan kemoterapi, prepektoral

Hasta 1

Hasta 1 preoperatif ve postoperatif 8. ay görüntüsü

SB-143

Abdominoplasti ve DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonunda abdominal skar yerleşiminin postoperatif komplikasyonlara etkisi

Ömer Saraç, Ahmet Hamdi Sakarya, Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Bülent Saçak

Marmara Üniversitesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Abdominoplasti, estetik açıdan güzel bir karın elde etmek isteyen obez olmayan hastalar için kozmetik bir işlem olarak kabul edilir. Abdominoplasti ile ilgili son çalışmalarda komplikasyon oranları oldukça düşüktür (~%4) Derin inferior epigastrik arter perforatör (DIEP) flebi şu anda otolog meme rekonstrüksiyonu için en yaygın kullanılan yöntemdir. Derin inferior epigastrik perforatör (DIEP) flebinin ciddi bir dezavantajı, çok yüksek bir abdominal skardır. Umblikusun perforatör yoğunluğu sebebiyle flep bölgesine dahil edilmesi gerektiğinden, abdominal skarın indirilmesi çok zordur. Abdominoplasti de ise abdominal skar estetik kaygılar nedenli her zaman daha düşük yerleşimli planlanmakta; vertikal insizyondan kaçınma nedeniyle daha fazla cilt çıkarılması, daha gergin kapanma ve dehissansa yol açabilir. Ayrıca disseksiyon sırasında her iki inguinal bölgedeki lenfatik dokuların zarar görme olasılığını ve dolayısıyla seroma riskini teorik olarak arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, her iki operasyon için abdominal skar yerleşimi ve hasta ile ilgili faktörlerin postoperatif komplikasyonlar üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 2017 ve 2022 yılları arasında Marmara Üniversitesi Pendik EAH Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümünde DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu veya abdominoplasti yapılan hastaların retrospektif incelemelerini yaptık. Cerrahi alan enfeksiyonu, seroma oluşumu, yara yeri dehisansı, yeniden yatış/tekrar ameliyat dahil olmak üzere ameliyat sonrası komplikasyonları inceledik.

Bulgular: Dahil edilen 246 hastanın 230'una DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu, 16'sına abdominoplasti uygulandı. Genel komplikasyon oranlarına baktığımızda DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu yaptığımız hastalarda abdomen ilişkili komplikasyon oranı %11.3 iken; abdominoplasti hastalarında komplikasyon oranı %31.25 olarak hesaplandı.230 DİEP ile meme rekonstrüksiyonu hastasının 4 'ünde seroma, 15'inde dehisans, 7 hastada cerrahi alan enfeksiyonu görülürken sadece 1 hastaya abdominal insizyonda dehisans nedenli debridman ve resuturasyon işlemi ameliyathane şartlarında yapıldı.16 abdominoplasti hastasının 2 'sinde seroma, 3'ünde dehisans, 2'sinde cerrahi alan enfeksiyonu görülürken hastalara bu nedenlerle yeniden yatış/tekrar ameliyat yapılmayıp konservatif takip önerildi. Postoperatif komplikasyonlara baktığımızda özellikle seroma oluşumunun abdominoplasti hastalarında, DİEP flebi meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalara göre anlamlı şekilde($p = 0.043$) fazla olduğunu gördük. Bununla birlikte DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarının, abdominoplasti yapılan hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldıklarını ve flep ilişkili komplikasyonları da eklediğimizde daha yüksek düzeyde komplikasyon oranları olduğunu saptadık.

Sonuç: DIEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar ile abdominoplasti ameliyatı olan hastalar benzer operasyon alanlarına sahip olmalarına rağmen insizyonların yerleşimi ve farklı estetik kaygılar nedeniyle farklı komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir. DIEP flebinin umblikus çevresindeki perforatörlerin flep bölgesine dahil edilme isteğine bağlı yüksek abdominoplasti skarı; abdominoplastide estetik kaygılar nedeniyle düşük karın skarının neden olduğu lenfatik hasarın seroma gelişimine katkısı her iki ameliyatın dezavantajları arasında sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Abdominoplasti, DİEP, Meme Rekonstrüksiyonu, Skar

SB-144

Preoperatif abdominal cerrahi skarlar derin inferior epigastrik perforatör flebi (DİEP) ile yapılan meme rekonstrüksiyonununda komplikasyon gelişimi ile ilişkili midir?

Adem Atakan Haytaoğlu[1], Ahmet Hamdi Sakarya[1], Zeynep Deniz Akdeniz[1], Mustafa Ümit Uğurlu[2], Bülent Saçak[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Derin inferior epigastik arter perforatör flebi ile yapılan meme rekonstrüksiyonunda meydana gelecek komplikasyonlar için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Hastanın yaşı, VKİ, ek hastalığı, sigara kullanımı gibi kişisel risk faktörlerinin yanısıra radyoterapi, kemoterapi gibi çevresel risk faktörleri de komplikasyon oranlarını etkilemektedir. Derin inferior epigastrik arter ekstarnel illiac arterin dalı olarak başlar ve alt karın bölgesinde seyreder. Bu arterden çıkan perforatörler DİEP flebinin beslenmesini sağlanmaktadır. Hastanın karın bölgesinden daha önceden geçirmiş olduğu cerrahi operasyonlar bu vasküler ağa etki oluşturabilir. Bu çalışmada kliniğimizde DİEP flebi ile onarım yapılmış meme kanseri hastalarının abdominal cerrahi skarları ile flep ve dönor alan komplikasyonları arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2016- 2021 yılları arasında kliniğimizde gerçekleşen 184 DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu dahil edildi. 47 Hastaya Bilateral Diep flebi, 90 hastaya tek taraflı Diep flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapıldı. Her bir diep flebi ayrı değerlendirildi. Hastalar operasyon öncesinde abdominal cerrahi geçirmeyenler (grup 1) ve geçirenler (grup 2) olarak ikiye ayrıldı. Grup 2 kendi içinde sezaryen (grup2a), sezaryen dışı cerrahi geçirenler (grup2b), Sezaryen ve Sezaryen dışı cerrahi geçirenler (grup2c) olarak 3e ayrıldı.

Postoperatif takip süresi her grup için aralık ve ortalama olarak belirlendi. Komplikasyonlar dönor alan ve flepe ait komplikasyonlar olarak da ikiye ayrıldı. Komplikasyonların görülme riskinin gruplar arasındaki farkı istatistiki olarak değerlendirildi.

Bulgular: Gruplardaki hastalar yaş, BMİ(body mass indeks) ve takip süresi açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark izlenmedi. Gruplar ortalama 13,8 ay takip edildi.

Flebe ait komplikasyonlar hematom, Mastektomi cilt flebi nekrozu, venöz yetmezlik ve yumuşak doku enfeksiyonu olarak ayrıldı. Gruplar arasında flebe ait komplikasyonların gelişme sıklığı arasında anlamlı fark izlenmedi.

Dönor alana ait komplikasyonlar batında herniasyon, dönor alanda seroma, karında dehissans ve umblikal fistül olarak 4 grupta incelendi. Gruplarında ortalama 13.8 aylık takibinde dönor alanda gelişen komplikasyonlar arasında anlamlı fark izlendi.Dönor alana ait komplikasyonlar abdominal cerrahi skara sahip hastalarda daha fazla görüldü. (P: 0,034)

Gruplar reoperasyon sayıları açısından da ortalama 13.8 aylık takibinde değerlendirildi. Gruplar arasında reoperasyon sayıları arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu meme cerrahisinde önemli yer tutmaktadır. Postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonları ön görmek için risk faktörlerini iyi tanımlamak gerekir. Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde abdominal cerrahi skarların flebe ait komplikasyonların oluşturmasında ek bir risk oluşturmadığı görüldü. Yine abdominal cerrahi skarların dönor alanı komplikasyonları anlamlı bir şekilde arttırdığı görüldü.

Bu çalışma preoperatif değerlendirmede abdominal cerrahi öyküsünün rutin olarak değerlendirilmesinin gerekliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: abdominalskar, diep, meme, rekonstrüksiyon

SB-145

Redüksiyon mammoplasti operasyonu uygulanan hastalarda saptanan insidental malign ve premalign meme patolojileri

Servet Yekta Aydın, İsmail Özpür, Can Ege Yalçın, Cemal Burak Sirkeci, Anıl Demiröz

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

Giriş: Redüksiyon mammoplasti ameliyatı plastik cerrahinin temel ameliyatlarından biridir. Ameliyat öncesinde memenin malign ve premalign patolojilerinin dışlanması amacıyla rutin olarak muayene ve görüntüleme metodlarıyla değerlendirme yapılmaktadır. Ameliyat öncesi tanılanamayan lezyonların tespiti amacıyla eksize edilen piyesler çoğu rutin olarak patolojik incelemeye gönderilmektedir. Sosyal sağlık sigortasının olmadığı ülkelerde düşük risk gruplarında (40 yaş altı, aile öyküsü olmayan, tespit edilmiş meme patolojisi olmayan) maliyet gözetilerek rutin patolojik inceleme yapılmayabilir (Chung ve ark). Yine de gizli meme patolojilerinin ortaya çıkartılması açısından erken teşhis ve tedaviye katkıda bulunacağı düşünüldüğü için rutin olarak patolojik inceleme yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada meme küçültme ameliyatı öncesinde muayene ve radyolojik yöntemlerle fark edilmeyen ancak ameliyat sonrasında çıkartılan dokuların patolojik incelenmesi sonrasında tespit edilmiş malign ve premalign meme patolojisi olan hasta sonuçlarımız aktarılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde 2016-2022 yılları arasında redüksiyon mammoplasti ameliyatı yapılmış 214 kadın hasta, 422 meme dokusu dâhil edilmiştir. Toplamda 208 hastaya iki taraflı redüksiyon mammoplasti uygulanmıştır. Altı hasta daha önceden meme kanseri nedeniyle basit mastektomi uygulanmış ve kanser tedavilerini tamamlamış hastalar olup bu hastalara tek taraflı redüksiyon mammoplasti uygulanmıştır. Hastane sisteminden retrospektif olarak hastaların demografik özellikleri, memenin pedikülü, çıkartılan doku miktarı ve patoloji sonuçları incelenmiştir. Pedikül tipi, doku miktarı ve hasta özelliklerinin patoloji sonuçları üzerine anlamlı etkisi olup olmadığı Ki-kare, Student t test, Mann Whitney U, Pearson testleri ile istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 37 olarak bulundu. Hastaların 120 tanesinde superomedial pedikül, 74 tanesinde inferior pedikül, 11 tanesinde superior pedikül, 8 tanesinde medial pedikül, bir tanesinde ise Passot tekniği meme başı dolaşımını sağlaması amacıyla kullanıldı. Rezeksiyon miktarları sağ meme için ortalama 600 gram, sol meme için 606 gram idi. Toplam 3 hastada malign, 1 hastada premalign meme patolojisi çıkmıştır. Malign lezyonlar tek memede in situ lobüler karsinom, Premalign lezyon ise tek memede atipik lobüler hiperplazi olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların hepsinin pedikül tipi superomedial olup, ortalama rezeksiyon miktarları 650 gramdır. Aynı hastada iki taraflı tutulum gözlenmemiştir. Malign ya da premalign lezyon tespit edilen hastaların demografik verilerine bakıldığında ailede meme kanseri öyküsü bulunmayan, daha önce meme kanseri geçirmemiş ve ameliyat öncesi tetkiklerinde meme patolojisi saptanmamış hastalardır. Patoloji sonucu ile yaş ve VKİ değerleri incelendiğinde istatistiki bir anlamlılık bulunmadı ($p=0.1833$, $p=0.6508$). Tüm malign patolojiler süperomedial pedikülü meme redüksiyon hastalarında saptanmasına rağmen istatistiki bir anlamlılık saptanmadı ($p=0.526$). Ortalama rezeksiyon ağırlığı ile malignite potansiyeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0.0489$). Malign ve premalign meme patolojisi saptanan hastalar sonuçlarıyla birlikte genel cerrahi ve medikal onkoloji bölümlerine refere edildi. Hastalara ek tedavi başlanmamış olup takibe alınmışlardır.

Tartışma: Redüksiyon mammoplasti ameliyatı hastaları boyun ve sırt ağrısından kurtarırken görüntüsel şikayetlerini de gideren temel plastik cerrahi ameliyatıdır. Meme kanseri ve redüksiyon mammoplasti ihtiyacı olan hastaların sıklığı göz önüne alındığında her iki durumu da yönetebilecek uygun algoritmaların belirlenmesi gerekmektedir. Ülkemizin çoğu yerinde bu amaçla yapılan redüksiyon mammoplasti ameliyatları öncesinde detaylı bir multidisipliner muayene uygulanmaktadır. Hastanemizde bu işlem öncesinde fiziksel tıp ve rehabilitasyon, genel cerrahi ve psikiyatri branşlarının detaylı muayenesi yapılmaktadır. Genel cerrahi branşında fiziksel muayenenin yanında memelerin ultrasonografik ve dijital mammografik

olarak incelemesi de gerçekleştirilmektedir. Dünyanın çoğu yerinde de rutin olan bu uygulamalar ile tespit edilen meme patolojileri uygun şekilde yönetilebilmektedir. İncelemelere rağmen tespit edilememiş malign ve premalign meme patolojileri sıklığı literatürde %0,23 (n=37/16193) (Sears ve ark.), %0.36 (n=19/5208)(Steinberg ve ark.), %0.8 (n=39/4804)(Tang ve ark.) oranında belirtilmiştir. Bizim serimizde bu oran %1,4'tür. Daha önce literatürde malign/premalign lezyonların memenin ve cerrahinin kendisine ait lezyonlarla olan ilişkisine bakılmamıştır. Bizim serimizde malign/premalign lezyonların hepsinde pedikül tipi superomedialdir. Örneklem sayısı az olsa da meme kanserinin memedeki kadransal yerleşim sıklığı göz önüne alındığında bu verinin daha geniş serilerle desteklenmesinin redüksiyon mammoplasti cerrahisinde yeni gelişmelere yol açabileceği düşünülmektedir. Rezeksiyon miktarları ile meme patolojileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup meme kanseriyle meme dansitesi arasındaki ilişkinin desteklendiği çalışmalar ile çalışmamız uyumluluk göstermektedir. Her iki verinin de daha geniş serilerde çalışılması gerekmektedir. Çalışmamızda malignite saptanmış olguların hiçbirinde meme kanseri için risk faktörü kabul edilen aile öyküsü bulunmaması ve daha önemli olarak ileri yaş ve artmış vücut kitle endeksi gibi tanımlanmış risk faktörlerinin çalışmamızdaki örneklemimizde istatistiksel anlamlılık teşkil etmemesi nedeni ile, meme patolojilerinin tespitinin erken tanı ve tedavide sağlayabileceği faydaları gözeterek rezeksiyon piyeslerinin patolojik incelemeye gönderilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç: Meme küçültme ameliyatı öncesinde rutin araştırma yapılmasına rağmen her zaman malignite tespit edilememektedir. Insidental olarak tespit edilen malignitelerin erken tanı ve tedaviyle sonuçlanacağı ön görülerek tüm rezeksiyon piyeslerinin patolojiye gönderilmesi önerilmektedir. Ayrıca malign patolojilerin meme boyutu, tercih edilen pedikül tipiyle ilişkisinin ortaya konulması amacıyla daha geniş serilerde araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: meme cerrahisi, meme kanseri, redüksiyon mammoplasti

SB-146

Aksiller Lenf Nodu Eksizyonlarının Subkütan Mastektomi Sonrası Komplikasyon Gelişimine Etkisi

Safa Eren Atalmış, Hüseyin Emre Ulukaya, Tahir Babahan, Ahmet Özdemir, Haluk Vayvada

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalı, İzmir

Giriş: Meme kanseri nedeniyle yapılan cerrahiler arasındaki cilt veya meme ucu-areola kompleksi (MAK) koruyucu subkütan mastektomi operasyonlarının oranı ve bu operasyonların tercih edilme sıklığı yıllar içinde artış göstermiştir. Özellikle subkütan mastektomiler sonrası memenin silikon protez veya doku genişleticiler ile rekonstrükte edildiği olgularda yara iyileşmesinde yaşanan sorunlar implantın kaybına neden olabilecek komplikasyonlara sebep vermektedir. Meme kanserinin evrelendirilmesi ve cerrahisi sırasında sentinel lenfadenektomi ile belirlenen aksiller lenf nodu yayılımı ise özellikle T1, T2 tümörlerde ve duktal karsinoma in situ tanılı olgularda fayda sağlamakla birlikte sentinel lenfadenektomi materyallerinin hızlı patolojik tanıyla incelenmesi sonrasında saptanan pozitiflikler halinde tamamlayıcı olarak aksiller diseksiyon cerrahisi doğmaktadır. DEÜTF Hastanesinde Ocak 2006- Haziran 2022 Yılları arasında genel cerrahi birimi ve tarafımızca yapılan subkütan mastektomi olguları retrospektif olarak incelenmiş, sentinel lenfadenektomi ve aksiller diseksiyon cerrahisi uygulanan ve uygulanmayan olgular yara yeri komplikasyonları tarafından karşılaştırılmıştır.

Gereç ve yöntem: Kliniğimizde 2006-2022 yılları arasında subkütan mastektomi ve implantla meme rekonstrüksiyonu yapılan 165'i bilateral olmak üzere 202 kadın olgunun ve 367 memenin verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Doku genişletici ile meme rekonstrüksiyonu yapılan olgular çalışma dışında bırakılmış ve olgular sentinel lenfadenektomi ve aksiller diseksiyon cerrahisi bakımından ele alınmıştır. Olguların hastane veritabanı ve kliniğimizin bilgisayar destekli veritabanı kullanılarak incelenen verilerinde hastaların yandaş hastalıkları, ilaç ve sigara kullanım durumları değerlendirilmiş ve cerrahi sonrası erken dönemdeki pansuman fotoğrafları ve poliklinik takiplerinde hastane veritabanında hastalar için belirtilmiş notlar kullanılarak yara iyleşmesinde saptanan komplikasyonlar analiz edilmiştir. Yara enfeksiyonu, yara yeri ayrışması, yağ nekrozu, seroma, cilt fleplerindeki nekrozlar komplikasyonlar arasına dahil edilmiştir. Bu komplikasyonlar aynı zamanda genel anestezi altında cerrahi müdahale gerektiren ve gerektirmeyen komplikasyonlar olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmada 202 olgu 2006-2022 yılları arasında tarafımızca opere edilmiş olup bu olguların 165'ine bilateral 37'sine tek taraflı subkütan mastektomi yapılmıştır. Bilateral olarak opere edilen 165 olgudan 122'sine tek teraflı, 3 olguya çift taraflı sentinel lenfadenektomi operasyonu genel cerrahi birimince yapılmış olup, tek taraflı olarak sentinel lenfadenektomi yapılan 12 olguda, bilateral olarak sentinel lenfadenektomi yapılan 1 olguda tamamlayıcı olarak aksiller diseksiyon operasyonu genel cerrahi birimince gerçekleştirilmiştir. Opere edilen olguların yaş dağılımına bakıldığında ortalama yaş 48,24 olarak saptanmıştır. Bu olguların yüzde 37'sinin komorbid hastalıklarının olduğu ve en sık görülen komorbid hastalığın ise hipotiroidi olduğu saptanmıştır.

Sentinel lenfadenektomi yapılan gruptaki 125 olgunun 35'inde (%28) yara iyileşme komplikasyonlarıyla karşılaşılmış olup bu komplikasyonlar arasında seroma ve yağ nekrozu başı çekmektedir. Aksiller disekiyon yapılan grupta ise 13 olgunun 6'sında(%46) kadarında yara iyileşme komplikasyonlarıyla karşılaşılmış olup komplike olan olgulardaki komplikasyon dağılımı incelendiğinde seroma ve yağ nekrozu yine sık görülürken flep distallerindeki nekroz ve areola nekrozu bu olgularda sentinel lenfadenektomi yapılan olgulara kıyasla daha sık görülmüştür.

Yara yeri komplikasyonu saptanan tüm olgular incelendiğinde ise olguların yüzde 35'i sigara kullanmakta idi. Komplikasyon saptanan olguların 4 'ünde genel anestezi altında müdahale gerekirken bu olguların yalnızca birinde implant kaybı yaşanmış, olgunun uygun antiyoterapi ve yara bakımı sağlandıktan sonra olgu yeniden opere edilerek doku genişletici kullanılarak iki aşamalı meme rekonstrüksiyonu yeniden sağlanmıştır.

Tartışma: Subkütan mastektomi endikasyonları ile sentinel lenfadenektomi endikasyonlarının benzerliği ve sıklıkla iki operasyonun birlikte yapılması nedeniyle komplikasyonlar arasında yakın ilişki gözlenmektedir. Sentinel lenfadenektomi ile kombine edilmeyen profilaktik endikasyonlarla yapılan subkütan mastektomi operasyonları sonrasında gelişen komplikasyon azlığı nedeniyle özellikle sentinel lenfadenektomi cerrahisinin

komplikasyon gelişimine sağladığı katkı bu çalışma ile gösterilmiştir. Bu komplikasyon artışının nedenleri arasında idiosinktriatik olarak açılan mastektomi ve aksiller bölge lojlarındaki bağlantılar, aksiller bölgedeki lenfatik sızıntının protezle rekonstrükte edilen loja akışı sıralanabilir. Gelişen bu komplikasyon artışının önüne geçilmesi için subkütan mastektomi operasyonlarında özellikle Spence kuyruğu eksizyonu sırasında aksiller cerrahi lojuyla oluşan bağlantı bölgesinin sağlam sütürlerle giderilmesi, postoperatif dönemde aksiller bölgeye uygulanacak baskılı pansuman ile lenfatik sızıntının önüne geçilmesi uygun yöntemler olarak belirtilebilir. Özellikle dren kullanımı ve dren getireninin renk, miktar açısından yakın takibi komplikasyon gelişiminin önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir. Özellikle operasyon sırasında aksiller loj ile bağlantının sağlanıp sütürlerle giderildiği olgular için drenin normalden uzun süre tutulması iki lojun birbiriyle ayrı olarak iyileşmesinde zaman açısından destek gösterecektir.

Sonuç: Yapılan bu çalışmayla, güncel yaklaşımlarda sıklığı artmakta olan cerrahilerden birisi olan cilt veya MAK koruyucu subkütan mastektomiler sonrasında gelişen komplikasyonları azaltmak amacıyla kliniğimizde opere edilen olguların retrospektif analizlerini kullanarak, peroperatif ve postoperatif dönemde uygulanan komplikasyon azaltıcı yöntemler belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: lenf nodu biyopsisi, meme rekonstrüksiyonu, protezle meme rekonstrüksiyonu, subkütan mastektomi

SB-147

Yüksek riskli memede direct-to-implant rekonstrüksiyon algoritması

Mehmet Sağır

Özel Maslak Acıbadem Hastahanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Meme kanseri sonrası onarım giderek daha sıklıkla yapılmakta ve endikasyonlar genişletilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda her hastaya risk değerlendirmesi yapılmalı ve rekonstrüksiyon adımları belirlenmelidir. Bu sunumda yüksek riskli hastaları dokuz maddede topladık ve mastektomi ile eş zamanlı kalıcı implant ile meme rekonstrüksiyon yaptığımız bu hastaların komplikasyonlarını ve klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: 2015-2021 yılları arasında 30-63 yaş arası mastektomi ile eş zamanlı kalıcı implant ile meme rekonstrüksiyonu yapılan 76 hasta çalışmaya alındı. Yüksek grup olarak; ağır sigara içiciliği (10 paket/yıl), obesite (BMI 30 üzeri), diyabet ve sistemik vasküler hastalık, büyük-pitotik veya kilo vermeye bağlı atrofiye gitmiş ve sarkmış meme, daha önce meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi alan hasta, daha önce meme başının taşındığı mamoplasti yapılan hasta, daha önce mamoplasti+meme koruyucu cerrahi+radyoterapi alan hasta, daha önce granülomatöz mastit tedavisi alan hasta, memeye aquafilling dolgu yapılan hasta olarak belirlendi. Belirlediğimiz maddelerin birlikteliğine göre her hasta ayrı değerlendirildi. Bu kriterlerin üçü veya daha fazlası birarada ise hastaya alternatif olarak otolog veya ekspander ile iki seanslı rekonstrüksiyonu düşünüldü. İmplant loju olarak dual veya prepektoral plan seçildi. Her hastaya anatomik implant konuldu ve dren kullanıldı.

Bulgular: Hastalarımızın 14'ü (%18,4) ağır sigara içicisi iken 8'i (%10,5) obez idi. 6 hastada gelişen infeksiyon için parenteral tedavi uygulandı. 2 hastada hematom gelişti ve ameliyathane koşullarında boşaltıldı, 6 hastada oluşan seromanın ikisi ameliyathane koşullarında diğerleri ultrasonografi eşliğinde boşaltıldı. 5 hastada mastektomi cilt flebinde ve 5 hastada aerolada nekroz ve bunların üçünde hem cilt flebinde hem de aerolada nekroz vardı. Bu üç hastada implant ekspozisyonu gelişti ve implant kaybı yaşandı. Bu hastalardan biri daha önce meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi alan hasta idi. Bir hasta sigara içicisi ve obez, bir hasta da aşırı büyük memeye sahip ve sigara içicisi idi. Bir hastada seroma üzerine enfeksiyon gelişti ve implant kaybı yaşandı. Bu hastalardan biri TRAM flep, biri ekspander ile iki seanslı rekonstrüksiyon diğer ikisi latissimus dorsi ve implant ile meme rekonstrüksiyonu yapıldı. 3 hastada subklinik latent enfeksiyon gelişti. Bunların dışındaki hastalarda herhangi problem yaşamadık.

Sonuç: Yüksek riskli hasta grubunda implant ile meme rekonstrüksiyonu bu konuda tecrübe kazanmış ekip tarafından yapılmalı. Başarılı sonuç alınabilmesi için doğru hasta, implant ve teknik seçimi önemli rol oynadığını düşünüyoruz. Bu konudaki tecrübelerimiz göstermiştir ki bu hasta grubunda kalıcı ve başarılı direct-to-implant rekonstrüksiyon yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: meme rekonstrüksiyonu, direct-to-implant rekonstrüksiyon, meme kanseri, implant

SB-148

Poland Sendromu Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Tahir Babahan, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı, Merve Terzi, Mustafa Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Poland sendromu 1839 yılında Alfred Poland tarafından tanımlanmıştır. Subklavian arterin embriyolojik dönemde gelişmemesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Pektoralis major kasının sternokostal kısmının veya tamamının olmaması, pektoralis minör kasının yokluğu, meme ve göğüs duvarı yapısının hipoplazik olması, meme başının olmaması veya hipopigmente olması, brakidaktili gibi komponentleri bulunur. Ağır formlarında cilt ve fasiyalar dışındaki yapılardan kostokondral kartilaj, sternum ile 2-4. kostalar bulunmayabilir. Tedavi sendromun ağırlığına göre planlanır.

İlk tarif edilen tedavi seçeneklerinden biri olan pediküllü latissimus dorsi flebi, göğüs duvarı ve meme deformitesinin rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılmaktadır Otolog meme rekonstrüksiyonu için derin inferior epigastrik arter perforatörü (DIEP), anterior lateral uyluk (ALT), transvers miyokütanöz grasilis (TMG) veya transvers rektus abdominis miyokütanöz (TRAM) gibi mikrcerrahi gerektiren serbest flep seçenekleri mevcuttur. Rekonstrüksiyon için mevcut diğer seçenekler otolog yağ grefti, doku genişletme uygulmaları ve meme implantı şeklinde sıralanabilir.Ne yazık ki her prosedürün iyi dengelenmesi gereken riskleri ve sınırlamaları olduğu için çoğu durumda kişiselleştirilmiş bir tedavi konsepti anahtardır. Bu yazımızda göğüs rekonstrüksiyonu açısından tarafımıza başvuran Poland sendromlu hastalarda uyguladığımız kişiselleştirilmiş tedavileri literatür ışığında tartışacağız.

Materyal-Metod: Bu çalışma Ocak 2003-Ocak 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi plastik cerrahi kliniğinde Poland sendromu nedeniyle göğüs rekonstrüksiyonu uygulanan hastalar üzerinde yapıldı. Hastalar sistem kayıtları aracılığıyla geriye dönük olarak tarandı. Tüm hastaların; yaşı, cinsiyeti, Poland sendromun hangi tarafta olduğu, ek anomalinin eşlik edip etmediği, uygulanan rekonstrüksiyon tekniği kaydedildi. Meme asimetrisini gidermek için sendromun etkilemediği tarafta uygulanan cerrahi işlemler de kaydedildi.

Bulgular: Belirtilen tarih aralığında yaş aralığı 17-41 olan 3 (%12.5)' ü erkek, 21 (%87.5)' i kadın 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplamda 31 memeye işlem yapıldı. Ortalama yaş 19.3 saptandı.

Hastaların 15(%62.5) inde sağ tarafında izlenirken 9 (%37.5)'unda sol taraf sendromik izlendi.Sağ taraf sendromik hastaların 4(%16)' ünde brakisindaktili izlendi. Çalışmaya dahil edilen 3 erkek hastanın birinde sağ taraf sendromikti.Bu hastanın sol tarafında jinekomasti olması nedenli sol tarafa liposuction,infraareolar kresentik insizyon ile gland eksizyonu, abdomenden alınan yağ grefti ile sağ göğüs rekonstrüksiyonu yapıldı. Sol taraf sendromik izlenen 1 hastaya yağ grefti uygulandı.Sağ tarafı sendromik izlenen diğer hastaya pediküllü latissimus dorsi flep ile rekonstrüksiyon uygulandı.

Kadın hastaların 7(%33) ` sine tek taraflı,6(%28) hastaya bilateral silikon implant ile augmentasyon uygulandı.4(%19) hastaya doku genişletici uygulandıktan sonra silikon implant yerleştirildi.3(%14) hastanın sendromik tarafına silikon implant yerleştirilirken karşı tarafa redüksiyon mamoplasti operasyonu uygulandı.1 (%5)hastaya da pediküllü latissimus dorsi kas flebi uygulandıktan sonra doku genişleticisi ile yeterli hacim sağlandı, ardından silikon implant yerleştirildi.

Tek taraflı implant ile onarım yapılan 1 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişmesi nedeniyle protez çıkarılması operasyonu ve anbiyoterapi ile izlem yapıldı.Klinik durumu stabilleşen hastaya tekrar implant yerleştirildi. Tek taraflı protez yerleştirilen hastalardan 1 ine iki kez lipofilling uygulandı.Protez yerleştirilen diğer hastalarda erken dönem (hematom, seroma, yara yeri dehissansı vs) ve geç dönem(kapsül kontraktürü,malpozisyon vs) komplikasyonlar izlenmedi.Diğer seçeneklerle rekonstrükte edilen hastalarda da ek cerrahi girişime gerek duyulmadı.

Tartışma: Poland sendromu nadir görülen bir anomali olmasına karşın, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan problem yaratan bir anomalidir. Mevcut malformasyonlar ileri derecede psikolojik bozukluklara neden olabilmektedir. Kimi zaman deformite o kadar ciddi olmaktadır ki, kalp ve akciğer fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Bununla beraber, ileri derecede olmayan fonksiyon bozuklukları zaman içerisinde kompanse edildiğinden hastalar öncelikle estetik olarak normal ya da normale yakın bir görünüme sahip olmayı arzulamaktadırlar. Mevcut deformitenin ağır ve komplike olduğu durumlarda, farklı yöntemler birlikte kullanılarak başarılı sonuçlar alınmıştır.

Göğüs duvarı deformitesinin düzeltilmesi veya eksik olan pektoralis majör kasının işlevsel bir kas transferi ile onarılması için hastanın kendi vücudundan hazırlanıp serbest veya pediküllü flep şeklinde kullanılabilecek seçenekler mevcuttur. Bunlardan en sık ve etkili kullanılabilen transfer latissimus dorsi kasının torakodorsal arter ve ven pedikülü üzerinde ve torakodorsal sinir korunarak ada flebi şeklinde pektoralis majör kası yerine aktarılmasıdır. Bununla beraber kimi zaman latissimus dorsi kası da deformiteden etkilenmekte, hipoplazik yada aplazik olabilmektedir.Bu nedenle rekonstrüksiyon için latissimus dorsi kası düşünüldüğünde, yeterliliğinin derecesi mutlaka çok iyi değerlendirilmelidir.

İmplantlar onarımda en sık başvurulan, cerrahi teknik olarak da kolay ve hızlı seçenekler sunar. Kişiye özel implantların sonuçları genellikle estetik olarak iyi olsa da, yabancı cisimlerin uzun vadeli etkileri ve hastanın vücudundaki değişikliklere uyum sağlayamamaları bir dezavantaj olduğunu kanıtladı.Malpozisyon ve seroma en sık görülen komplikasyonlardır.Literatürde %30'a varan erken evre seroma oranları bulunurken, geç başlangıçlı kronik seroma hakkında çok az rapor edilmiş veri vardır.

Otolog serbest yağ transferi (lipofilling), günümüzde yapısal doku eksiklikleri için tek başına bir tedavi olarak veya implantlar veya pediküllü ve serbest flep rekonstrüksiyonları gibi diğer prosedürlerle kombinasyon halinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Erkek ve kadın hastaların göğüs gereksinimleri farklı olduğundan izlenecek yol farklıdır. Hafif deformiteleri olan erkek hastalarda eksik meme hacmini ve aksiller kıvrımdaki deformiteyi gidermek için lipofilling tedavisinden yararlanılmaktadır.Aynı seansta jinekomastisi olan hastalarda buna yönelik işlem yapılması hasta memnuyetini arttıracaktır.

Kadın memesinin yeterli rekonstrüksiyonunun, hastaların karmaşık yapısı ve daha yüksek estetik beklentileri nedeniyle daha zor olduğu kanıtlanmıştır. Yaş, gebelik, kilo değişiklikleri meme dokusunu ve boyutunu doğrudan etkilediğinden genellikle belirli bir süre sonra etkilenen ve etkilenmeyen memenin düzeltilmesi işlemlerinin sağlanmasına ihtiyaç duyulur. Hafif vakalar için ek yağ greftli veya yağ greftsiz implantlar tatmin edici sonuçlar verebilir, ancak uzun vadede mastopeksi veya meme küçültme ameliyatı gibi ek düzeltme prosedürlerinin potansiyel gerekliliği hakkında hastayı iyice bilgilendirmek gerekir.

Anahtar Kelimeler: göğüs asimetrisi, meme implantı, poland sendromu

SB-152

Diyabetik sıçanlarda oluşturulan yanık modelinde adipoz kaynaklı kök hücre enjeksiyonun staz zonu üzerindeki etkisi

Süleyman Savran[1], Burak Özkan[1], Kadri Akıncı[2], Abbas Albayati[1], Ahmet Çağrı Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

Giriş: Staz zonu, yanık hastalarında nekrozun derinliğini ve genişliğini belirleyen kritik bir alan olan pıhtılaşma zonunu çevreleyen alandır. Çalışmamızda adipoz kaynaklı stromal vasküler fraksiyon (ADSVF) enjekte ederek staz zonunu kurtarmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Diabetes mellitus (DM) indüksiyonu için intraperitoneal Streptozotosin uygulandı. DM gelişimi, enjeksiyondan 48 saat sonra haftalık olarak kan şeker ölçüm cihazı ile kan örneklerinde kan şekeri düzeylerinin ölçülmesiyle doğrulandı. Kan şekeri 200 mg/dl'nin üzerinde olan sıçanlar diyabetik olarak kabul edildi. Diyabetik hayvanlar müdahaleden 4 hafta önce takip edildi. Diyabetik Sprague – Dawley sıçanlarının (n=20) sırtına daha önce tarif edilen "tarak yanığı" modeline göre termal yaralanma uygulandı. Sprague - Dawley sıçanlarında meydana gelen yanık yaralanmasından (30 dakika) sonra; rat dorsumu, her çiftte 4 yanık bölgesinden (3 staz bölgesi) oluşan 2 eşit parçaya ayrıldı. Diyabetik Sprague - Dawley sıçanlarının

(n=5) kasık yağ yastıklarından toplanan ADSVF hücreleri, aynı hayvanın sol tarafına aynı miktarda fosfat tamponlu salin (PBS) enjekte edilirken sağ tarafa enjekte edildi.

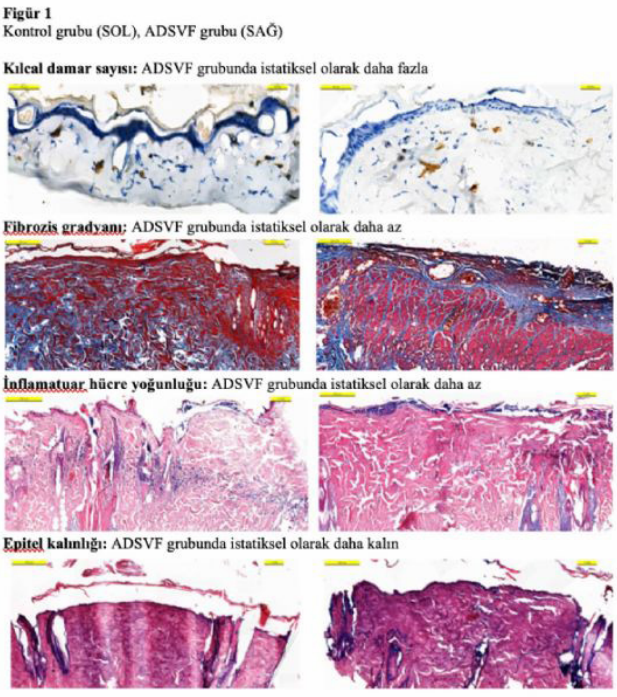
Bir hafta sonra, staz bölgesindeki ortalama vital doku makroskopi, anjiyografi ve mikroskopi ile belirlendi. Vasküler yoğunluk, inflamatuar hücre yoğunluğu ve fibrozis gradyanı immünohistokimyasal tahlil ile belirlendi.

Bulgular: Makroskopik staz zonu doku hayatta kalma yüzdesi (%32 ± 3,28, 57 ± 4,28 %), ortalama damar sayısı (10,28 ± 1,28, 19,43 ± 1,72), kılcal damar sayısı (15,67 ± 1,97, 25,35 ± 2,15) ve damar yoğunluğu (1,55 ± 0,38), 2.14 ± 0.45) ADSVF tarafında daha yüksekti. Fibrozis gradyanı (1.87 ± 0.51, 1.50 ± 0.43) ve inflamatuar hücre yoğunluğu (1.33 ± 0.40, 1.20 ± 0.32) PBS tarafında daha yüksekti.

Sonuç: Makroskopik ve mikroskobik bulgular, ADSVF'nin DM'deki akut yanık yaralanmalarında staz zonunu kurtarmada istatistiksel olarak anlamlı bir yararı olduğunu belirledi. ADSVF klinik uygulamada kolayca elde edilebilir ve daha iyi yara iyileşmesi için akut yanık hastalarına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: adipoz, diyabet, kök hücre, staz, yanık

Figür 1



SB-153

Uzak İskemik Sonradan Koşullanmanın Yanıktaki Staz Zonu Üzerindeki Etkisi

Süleyman Savran[1], Burak Özkan[1], Kadri Akıncı[2], Abbas Albayati[1], Ahmet Çağrı Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

Giriş: Staz zonu, yanık hastalarında nekrozun derinliğini ve genişliğini belirleyen kritik bir alan olan pıhtılaşma zonunun etrafını saran alandır. Çalışmamızda fare üzerinde yaptığımız deneysel yanık modelinde uzak iskemik sonradan koşullanmanın staz zonu üzerine sistemik ve lokal olarak etkisini bulmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 60 adet Sprague Dawley sıçanı dahil edildi. 12 sıçan sıçan, serum toplamak için kullanıldı (her biri 4ml.). Sıçanlar Grup X (n=6 sıçan) (kontrol) ve Grup Y (n=6 sıçan) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Müdahale edilecek grup sıçanları, sağ alt ekstremite turnike ile 60 dakikalık iskemiye ve ardından 60 dakikalık reperfüzyona maruz bırakıldı. Grup X'ten alınan normal serum (NS) ve Grup Y'den alınan serum uzak iskemik sonradan koşullandırma(RIpS) idi.

Sıçanların sırtına (n=48) daha önce tarif edilen "tarak yanığı" modeline göre termal yaralanma uygulandı. Sıçanlar 4 gruba ayrıldı ve enjeksiyonlar yapıldı: Grup 1: NS'nin lokal enjeksiyonu. Grup 2: Sistemik NS. Grup 3 enjeksiyonu: RIpS'nin lokal enjeksiyonu. Grup 4: Sistemik RIpS enjeksiyonu. 4 grup da a (n=6 rat) (numuneler 24 saat sonra alındı) ve b (n=6 rat)(numune alındı ve makroskopik analiz yapıldı) olarak alt gruplara ayrıldı.

ELISA ile endotelyal nitrik oksit sentaz(eNOS), indüklenebilir nitrik oksit sentaz(iNOS) ve heme oksijenaz-1(HO-1) seviyelerini hesaplamak için NS ve RIpS ile biyokimyasal değerlendirme yapıldı.

Tüm grupların a alt grubundan alınan örneklere immünohistokimyasal değerlendirme yapıldı. Anti-nükleer faktör benzeri 2(anti-Nrf-2)'nin nükleer faktör-2 (Nrf-2)'e karşı immün reaksiyonunu hesaplamak için histolojik skorlama sistemi (HSCORE) kullanıldı.

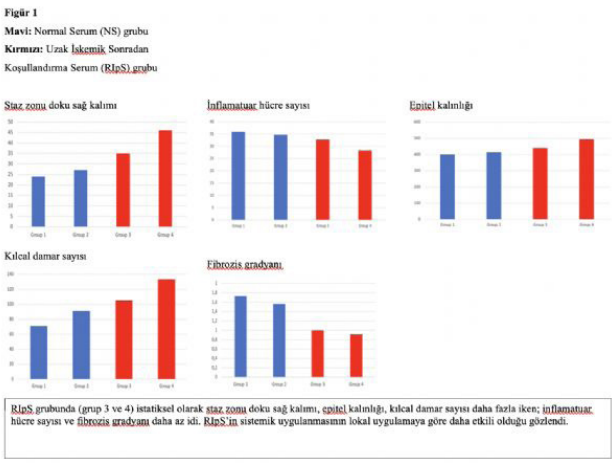
Tüm gruplarda alt grup b'deki sıçanlara canlı ve nekrotik alanların makroskopik değerlendirmesi yapıldı ve alanlar Adobe Photoshop ile hesaplandı. Kantitatif miktarı bulmak için tüm gruplarda alt grup b'den alınan örneklere mikroskobik değerlendirme yapıldı. Kılcal damar sayısı, inflamatuar hücre sayısı, fibrozis gradyanı ve epitel kalınlığı değerlendirildi.

Bulgular: eNOS, iNOS ve HO-1 seviyeleri arasında NS ve RIpS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Nrf-2 için HSCORE Grup 3 ve 4'te Grup 1 ve 2'ye göre istatistiksel olarak daha yüksekti. Makroskopik staz zonu doku sağkalımı yüzdesi Grup 4'te (%46) istatistiksel olarak yüksekti ($p<0.05$). Grup 1-2 ve grup 3-4 arasında kılcal damar sayısı, inflamatuar hücre sayısı,fibrozis gradyanı ve epitel kalınlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p<0.05$).

Sonuç: RIpS'nin, iskemi-reperfüzyon yollarının kontrolü ile akut yanık yaralanmalarında staz bölgesinin kurtarılmasında yardımcı olduğu belirtilmiştir. RIpS yanık hastalarında, staz zonu doku sağ kalımını arttırarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Koşullandırma, İskemik, Uzak, Yanık

Figür 1



SB-154

Yanık Yaralanması Sonrası Geçen Sürenin Perforatör Flep Başarısına Etkisinin Değerlendirilmesi

Burak Özkan, Batuhan Gözübüyük,
Süleyman Savran, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Yanık yaralanmalarında kaslardan ve intermusküler septumdan çıkan perforatör arterler genellikle korunur. Bu nedenle, yanık rekonstrüksiyonunda pediküllü perforatör fleplerin geleneksel fleplere göre daha güvenilir olduğu düşünülmektedir. Pediküllü perforatör fleplerin rolü yaralanma zamanlamasına göre değişir. Yaralanmanın akut fazında (ilk 21 gün), açıkta kalan nörovasküler ve kas-iskelet sistemlerini kapatmak için kullanılırken, yanık yaralanmalarının geç evresinde, kontraktürler gibi yanıkla ilgili komplikasyonları düzeltmek için kullanılırlar. Bu çalışmada, yanık yaralanmasının hem akut hem de kronik fazlarında pediküllü perforatör fleplerle ilgili deneyimlerimlerizi sunuyor ve yaralanma ile perforatör flep yapılması arasında geçen sürenin başarıya etkisini araştırmayı hedefliyoruz.

Gereç ve Yöntem: 2017-2020 yılları arasında merkezimizde yanık rekonstrüksiyonu için 20 hastada (17 erkek/3 kadın) 25 pediküllü perforatör flep yapıldı. Toplam 25 pediküllü perforatör flepten 4'ü akut defektler için kullanıldı ve 21'i yaralanmanın geç fazında uygulandı. Akut fazda, ana endikasyon maruz açık kalan damarları kapatmaktı (Resim 1). Geç fazda 21 flepten 16 tanesi kontraktür açılması sonrası olusan defektleri kapatmak için (koltuk altı, boyun, popliteal ve antekubital bölgede, 2 tanesi hastanede uzun süreli yatış nedeniyle oluşan basınç ülserlerini rekonstrükte etmek için ve 2 tanesi ekstremitelerdeki rekürren defektleri kapatmak için kullanıldı. (Tablo 1)

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 34 (dağılım, 28- 62) idi. Erken dönemde yapılan perforatör fleplerde kayıp yaşanmadı. Geç dönemde yapılan fleplerde 2 toplam kayıp (1 supraklaviküler arter perforatör flep, 1 superior epigastrik arter perforatör flep) ile karşılaşıldı. 180 derece rotasyon açısı olan flepte geç fazda 1 kısmi nekroz (superior gluteal arter perforatör flep) ile karşılaşıldı.

Sonuç: Pediküllü perforatör fleplerin rolü yanık yaralanmalarının zamanlamasına bağlı olarak değişir. Çalışmamızda erken dönemde yapılan flep sayısı az olsa da; pediküllü perforatör fleplerin yanık yaralanmasının hem akut hem de geç fazlarında güvenilir bir rekonstrüksiyon seçeneği olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: perforatör flep, yanık rekonstrüksiyonu, pediküllü perforatör flepler

Resim 1

Yanık erken döneminde kimyasal yanık olan bir vakanın rekonstrüksiyonunda kullandığımız pediküllü ALT resimi

Tablo 1

Flep	Erken dönem (İlk 21 gün) n:4	Geç dönem (21 gün sonrası) n:21
ALT	3	1
TDAP		10
Supraklaviküler Arter Perforatör Flebi		6
Digital Arter Perforatör Flebi	1	-
SGAP		2
Superior Epigastrik Arter Perforatör Flebi		2

Yapılan perforatör fleplerin sayısı ve zamanlarını gösteren gösteren tablo

SB-155

Ekstremite Defektlerinde Kısmi Kalınlıkta Deri Greftleri İle Rekonstrüksiyonda Pansuman Yönteminin Greft Viyabilitesi İle İlişkisi

Hasan Basri Çağlı, Merve Özger, Erk Evren,
Ali Fuat Görgülü, Mustafa Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Rekonstrüksiyon merdiveninin ilk basamaklarında yer alan kısmi kalınlıkta deri greftleri (KKDG), ekstremite defektlerinde sıkça kullanılan basit bir onarım seçeneğidir. Zemini uygun farklı büyüklüklerde defektlerin kapatılmasında kullanılabilen KKDG viyabilitesi ise defektin lokalizasyonu, defekt oluş nedeni, enfeksiyon varlığı, hastanın komorbiditeleri, uygulama ve pansuman yöntemi gibi parametrelerle ilişkilendirilebilir. Bu çalışma

temelde ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan KKDG viyabilitesinin pansuman yöntemiyle ilişkisi değerlendirilirken, defektin özelliklerine göre greft uygulama yöntemindeki yaklaşımımızı da ortaya koymaktadır.

Gereç-Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde haziran 2018 ile haziran 2022 arasında ekstremite defektleri kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarılan 39'u erkek(%61.9) ve 24'ü kadın (%38.1) olmak üzere toplam 63 hasta değerlendirildi. Defektler lokalizasyonuna göre kol, ön kol, el, uyluk, bacak ve ayak olarak sınıflandırılırken; defekt nedenleri travma, kronik yara, flep donör alanı, tümör eksizyonu, bası yarası, flep nekrozu olarak gruplandırıldı. Ayrıca defektler 0-50 cm2, 51-200 cm2 ve 200 cm2 üstü olarak ayrılarak boyutları bakımından küçük, orta ve büyük defektler olarak tanımlandı. Greftlerin tieover pansuman ya da negatif basınçlı kapama yöntemlerinin kullanımına bağlı greft viyabilitesi ile pansuman yönteminin ilişkisi değerlendirildi. Greft viyabilitesi %90 ve üzeri olanlar total ya da totale yakın vital, %10 ve altı olanlar total ya da totale yakın litik, diğerleri ise kısmi vital olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 49.7 (6-88) olan 39'u erkek (%61.9) ve 24'ü kadın (%38.1) olmak üzere ekstremite defekti KKDG ile rekonstrükte edilen 63 hasta tespit edildi. Ekstremite defektleri bacak (27, %42.8) ve ayak (20, %31.7) bölgesinde yoğunlaşırken en sık nedenin travma (21, %33.3) ve kronik yara (13, %20.6) olduğu görüldü. Defektlerin 25'i küçük (0-50 cm2), 32'si orta (,51-200 cm2), 6'sı ise büyük (200 cm2 üstü) boyuttaydı. Tieover ile kapatılan 32 KKDG'nin takibinde viyabilite dağılımı 2'si total ya da totale yakın litik, 7'si kısmi vital, 23'ü total ya da totale yakın vital şeklindeyken; negatif basınçlı kapama yapılan 31 KKDG'nin ise 3'ü kısmi vital, 28'i total ya da totale yakın vital olarak tespit edildi.

Tartışma: Çalışmamızda greft viyabilitesini tehlikeye atan enfeksiyon hikayesi olan, kronik yara nedenli oluşan, büyük boyutlardaki defektlerin kapatılmasında ağırlıklı olarak negatif basınçlı kapama yöntemi kullanılmasına rağmen viyabilite bakımından yine de negatif basınçlı kapamanın tieover pansumana üstünlüğü görüldü. Maliyet bakımından dezavantajlı olduğu düşünülse de pansumana bağlı iş yükünün azaltılması, zor defektlerde kullanışlı olması ve greft viyabilite oranlarını arttırması negatif basınçlı kapamanın avantajlarıdır. Sekonder girişimlerin ve uzun süreli pansuman yükünün önüne geçilebilmesi bakımından maliyet bakımından da avantajlı hale gelebilen negatif basınçlı kapama, ekstremite defektlerinin KKDG ile onarımı sonrası pansumanda ideal bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: deri grefti, ekstremite defektleri, kronik yara, negatif basınçlı kapama

SB-157

Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Sonrası Oluşan Vulva ve Perine Defektlerinin Rekonstrüksiyonu ve Lokal Fleplerin Etkinliği

Cem Yılmaz[1], Şeyda Güray Evin[1], Orkun Uzuneyüpoğlu[1], Mehmet Küçükbaş[2], Ateş Karateke[2]

[1]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Abd,İstanbul
[2]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Abd,İstanbul

Amaç: Perine ve vulvar defektlerin çok büyük çoğunluğu küratif cerrahi rezeksiyonlar nedeniyle oluşur. Bu defektlerin rekonstruksiyonun yönetimi defektin büyüklüğü,hastanın komorbiditelerine,konumuna ve rekonstrüksiyonu yapan cerrahın tecrübesine göre değişmektedir. Jinekolojik malignitelerin cerrahisi sonrası bazı defektler primer sütüre edilerek kapatılabilse de rekonstrüksiyon gerektiren defektler oluştuğunda farklı rekonstrüksiyon seçenekleri de mevcuttur. Bu çalışmada, vulva ve perine bölgesinde jinekolojik kanser nedeniyle rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyon uygulanan hastalarda kliniğimizde uyguladığımız tedavi strateji ve sonuçları sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Bu retrospektif çalışmaya Mayıs 2017 Ağustos 2022 arasında hastanemiz Kadın Doğum ve Hastalıkları kliniği tarafından pelvik- vulvar malignite nedenli rezeksiyon yapılan ve oluşan defektin primer suturasyonu uygun olmayan tarafımızca perop rekonstruksiyon uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve ek klinik

bilgileri, rezeksiyon operasyonu(pelvik egzantrasyon,anterior rezeksiyon,vulvektomi), defekt özellikleri(defekt boyutu), uygulanan rekonstrüksiyon yöntemleri(fasyokutan flep,pediküllü rektus myokutan flep ve kısmı kalınlıkta deri grefti), uzun dönem fonksiyonel görsel estetik sonuçlar ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Sonuç: Jinekolojik onkolojik rezeksiyonlar sonrası vulva ve perine defektlerinin birçoğunun

lokal flepler ile başarılı bir şekilde kapatılması mümkündür. Bu defektlerin minimal komplikasyon ile rekonstruksiyonu amaçlanarak her hastanın ve defektin özelliğine göre bireysel olarak planlanmalıdır. Özellikle vulvektomi hastalarında

bölgenin maserasyona ve enfeksiyona yatkınlığı ve hasta komorbiditeleri dikkate alındığında uzamış yara yeri problemleri görülebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: neoplazm, pelvik egzantrasyon, rekonstruksiyon, vulvektomi, yara

SB-159

Kronik Yara Bakım Servisinde Exitus Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Cem Aydın, Deniz Esenyel, Çağla Çiçek, Mehmet Akkurt, Gaye Filinte

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kronik yaralar hasta ve sağlık sistemi açısından önemli bir psikolojik, sosyal ve finansal yük oluşturmakla birlikte kronik yara bakımı multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.Yara bakımında en önemli husus, yara oluşumuna neden olan etkenleri belirleyip önlemek, mevcut yaraları ise daha komplike hale gelmeden kontrol altına almaktır. Iversen ve ark. yaptığı çalışmada diyabet tanısı olup ayak ülseri gelişmiş olan hastaların, diğer diyabetik hastalara kıyasla mortalite riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (1).Biz bu çalışmada, kliniğimizin kronik yara bakım servisinde takip edilen hastaların mortalite sebeplerini değerlendireceğiz.

Materyal ve Metod: Ocak 2021- Aralık 2021 tarihleri arasında kronik yara bakım servisinde takip edilen 192 hastadan yatışları sırasında exitus olanların ölüm nedenlerini araştırmak amacıyla hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, etiyolojileri (diyabetik ayak ülseri, basınç ülseri, venöz ülser ve diğer sebepler), komobordite leri, exitus nedenleri ve yatış esnasında alınan tedaviler kaydedildi.

Sonuçlar: 192 hastanın 116'sı (%60) erkek, 76'sı(%40) kadın ve yaş ortalamaları 61'di. Yaraların %35'ini bası yaraları % 57'sini alt ekstremite ülserleri oluşturmaktaydı. 23 hastada koroner arter hastalığı(KAH), 140'ında diabetes mellitus (DM), 63'ünde periferik arter hastalığı (PAH), 13'ünde kronik böbrek yetmezliği(KBY) mevcuttu.192 hastanın 8'i hastane yatışı sırasında exitus oldu. Exitus olan hastalarda en sık sebep akut myokard enfarktüsü(3 hasta) olmakla birlikte bunu multiorgan yetmezliği(2 hasta) izledi. 1 hasta yatış esnasında Covid'e sekonder pnömoni nedeni ile exitus oldu. Hastaların 4'ü yoğun bakım ünitesi(ybü) takipleri sırasında exitus oldu. Exitus olan hastalarda en sık görülen komorbid hastalığın tip 2 Diyabetes Mellitus(6 hasta), sonrasında ise periferik arter hastalığı(4 hasta), koroner arter hastalığı(4 hasta) ve hipertansiyon(4 hasta) olduğu tespit edildi.

Tartışma: Kronik yarası olan hastaların, iyileşme sürecini olumsuz etkileyen ve yaranın kronikleşmesine neden olabilecek komorbiditeleri mevcuttu. Bu çalışmada tip 2 DM, hastaların %73'ünde mevcut olan en sık komorbiditeydi. Daha önceki çalışmalarda da bununla uyumlu olarak Tip 2 DM'li bireylerin yaşam boyu ayak ülseri geliştirme riski %25 olduğu gösterilmiştir(2).Çalışmamızda ayrıca periferik arter, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon insidansının yüksek olduğunu bulduk. PAH ve KAH, diğer komorbid durumların yanı sıra sıklıkla hipertansiyon, obezite, konjestif kalp yetmezliği gibi diğer durumlarla ilişkilidir. Bu hastalıkların patofizyolojisinde, yara iyileşmesini olumsuz etkileyen yetersiz doku perfüzyonu ve oksijenizasyonu rol oynamaktadır. Ayrıca serebrovasküler olay(svo), spinal kord yaralanması ve kalça kırığı gibi geçici veya kalıcı hareket kısıtlılığa neden olan komorbiditeler de hastada basınç ülseri gelişmesine yatkınlık meydana getirmektedir. Basınç ülserleri de oluşturduğu doku defekti nedeniyle tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, uzamış hastane yatışları ile birlikte daha sık görülen dirençli etkenlerle enfekte olması sonucu klinik tablo septisemiden ölümcül septik şoka kadar ilerleyebilmektedir. Sonuç olarak, kronik yara nedeniyle takip edilen hastaların birçok komorbiditesi mevcut olduğundan yüksek mortalite riskleri bulunmaktadır.

Kaynakça:

1. Iversen MM, Tell GS, Riise T, Hanestad BR, stbye T, Graue M, Midthjell K. History of foot ulcer increases mortality among individuals with diabetes: ten-year follow-up of the Nord-Trndelag Health Study, Norway. Diabetes Care 2009; 32: 2193–9.
2. International Working Group on the Diabetic Foot. Epidemiology of diabetic foot infections in a population-based cohort. Paper presented at: International Consensus on the Diabetic Foot. Noordwijkerhout. The Netherlands, 2003.

Anahtar Kelimeler: kronik yara, exitus, diyabetik ayak

Tablo 1. Mortalite nedenleri

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	Taraf	Yatış nedeni	Komorbid hastalık	Uygulanan tedavi	Ölüm nedeni
1	83	K	Sol	Ayak diyabetik yara	DM, KAH, KBY	Debridman+ VAC	Pnömoni (Covid)
2	68	E	Sağ	Kruriste defekt	DM, HT	Debridman + Greft + VAC	Kardiyak arrest
3	65	K	Sol	Pektoral bölgede doku defekti	DM, HT	Lokal flep	Pnömoni (ybü)
4	66	E	Sağ	Sakrum ve gluteal bölgede dekubit ülseri	KAH, PAH, HT	Yara bakımı + VAC	Multiorgan yetmezliği (ybü)
5	75	K	Bilateral	Bilateral kruriste safen ven greft donör alan doku defekti	KAH, PAH, HT	Yara bakımı	Akut SVO
6	64	K	Sağ	Ayak diyabetik yara	DM, PAH, KAH	Debridman + VAC	Multiorgan yetmezliği (ybü)
7	48	K	Sol	Ayak diyabetik yara	DM, HT, KBY	VAC	Kardiyak arrest (ybü)
8	70	K	Bilateral	Kruris venöz ülser	KAH, PAH	Debridman + VAC	Kardiyak arrest

SB-161

Eksüdatif Kaviter Yaraların İrrigasyonunda Kullandığımız Yöntemler

Khalid Zeynalov, Abdullah Kizmaz, Burak Özkan, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Ayak enfeksiyonu, diyabetik hastalarda majör amputasyon için bilinen bir risk faktörüdür. Diyabetik hastalarda ayak enfeksiyonlarına osteomyelit sıklıkla eşlik eder. Hedefe yönelik tedavi sağlamak ve majör ampütasyon riskini azaltmak için erken ve doğru bir teşhis gereklidir.

Yara yeri irrigasyonu yara eksüdalarının, yara yerine sıkı olmayarak bağlanmış hücresel kalıntıların ve yüzey patoljenlerinin sıvı yardımıyla yara yerinden uzaklaştırılmasını tanımlar. Yara temizleme süreci 2 bölümden oluşur; Yara yeri temizleme solüsyonunun seçimi ve bu solüsyonun yara yerine verilmesi için mekanik bir aracın seçimi. Yara irrigasyonunun kronik yaraların iyileşme hızını hızlandırdığı ve muhtemelen bunu yabancı cisim gibi davranabilen bakteri ve yapışan proteinli doku eksüdalarını ortadan kaldırarak yaptığı gösterilmiştir

(Dow, 2009). Çeşitli yara irrigasyon mekanizmaları olmakla birlikte biz bu bildiride kliniğimizde takip ettiğimiz 2 hastada uyguladığımız 3 farklı yara yeri irrigasyon yöntemini anlatacağız.

Yöntem: Biz, kliniğimizde takip ettiğimiz enfekte diyabetik ayak yarası olan hastalarda sık olarak karşılaşıyoruz ve sıklıkla hastaneye yatış yaptırarak tedavi yönetimini sağlıyoruz. Yaralarda var olan biyofilm tabakası ve eksüdalar yara yerine antibiyotiklerin lokal etkisini azaltmaktadır. Bu nedenle eksudaların ve biyofilm tabakasının temizlenmesi için sıklıkla farklı irrigasyon yöntemlerini deniyoruz.

Amacımız, doku bütünlüğü korunan, derin yerleşimli eksudalı kavitasyonu olan bir hastamıza aktif basınç sağlayan pompa infüzyon seti, doku bütünlüğünün bozulduğu, açık yerleşimli yarası olan bir diğer hastamızda pasif infüzyonu sağlayan hız ayarlı infüzyon setlerinin yardımıyla yara yeri irrigasyonunu sağlamak. Bir numaralı hastamızda debridman cerrahisi sonrası ayaktan diz bölgesine kadar derin yerleşimli eksudatif kavitasyonu ve bacak ön yüzünde açık yarası mevcuttu. İntraop hastanın kavitasyonlarına 4 adet jackson-pratt dren yerleştirildi. Yara yeri irrigasyonunu sağlamak ve post-op granülasyon dokusunu arttırmak için bacak ön yüzüne yıkamalı VAC pansumanı yerleştirildi. Kavitasyonların irrigasyonu için 1:1 oranında serum fizyolojik ile sulandırılmış hipokloröz asit içerikli antiseptik solüsyon, aktif basınç oluşturan pompalı infüzyon seti yardımıyla dren ucuna bağlandı. İnfüzyon hızı 30-150cc/saatten ayarlandı. Maserasyondan kaçınmak için VAC cihazının aspirasyon özelliğinden yararlanıldı. VAC cihaz haznesi bir seansta 2 kez değiştirildi. Diğer 3 adet dren tam kurulu şekilde takip edildi. Aynı hastada 1 hafta aralıkla VAC cihazı çıkarılarak yine aynı şekilde aktif basınçlı infüzyon pompası yardımıyla yara yeri irrigasyonu sağlandı. Bir adet dren çıkarıldı. Aspirasyonu sağlamak için yatak başı aspiratör cıhazı sonda yardımıyla dren ucuna sabitlendi. Maserasyondan kaçınmak için günde 2 kez pansuman değiştirildi. Bir adet dren tam kurulu şekilde takip edildi.

Bir diğer hastamızın ayak medial plantardan medial malleola uzanan, deri bütünlüğünün bozulduğu, açık diyabetik ayak yarası mevcuttu. Bu hastada aktif basınca ihtiyaç duyulmadığından infüzyon hızının ayarlanması sağlayan pasif basınçlı serum infüzyon setinden yararlanıldı. İrrigasyon için 1:1 oranında serum fizyolojik ile sulandırılmış hipokloröz asit içerikli antiseptik solüsyon yara yerine yerleştirilen ve dikiş ile sabitlenen jackson-pratt dren ucuna sabitlendir. Pasif basınçlı infüzyon seti yardımıyla 50-150cc/saat hızda irrigasyon sağlandı. Yara yeri içerisindeki dren ucu üzerine borik asit toz formu yerleştirildi. İnfüzyon sırasında toz borik asitin yara yeri içerisinde dağılımı sağlandı. Gazlı bez, ped pamuğu, alçı pamuğu ve sargı bezi kullanarak pansumanı yapıldı. Maserasyondan kaçınmak için ayak pansumanı günde 2 kez değiştirildi. Sabah akşam pansumanları arasında yara yeri irrige edildi. Akşam pansumanında ayak kurulandıktan sonra sabah pansumanına kadar infüzyona ara verildi. Hastalar yatış sürelerince uygun antibiyotik tedavisi aldılar ve aralıklı debridman cerrahisi uygulandı.

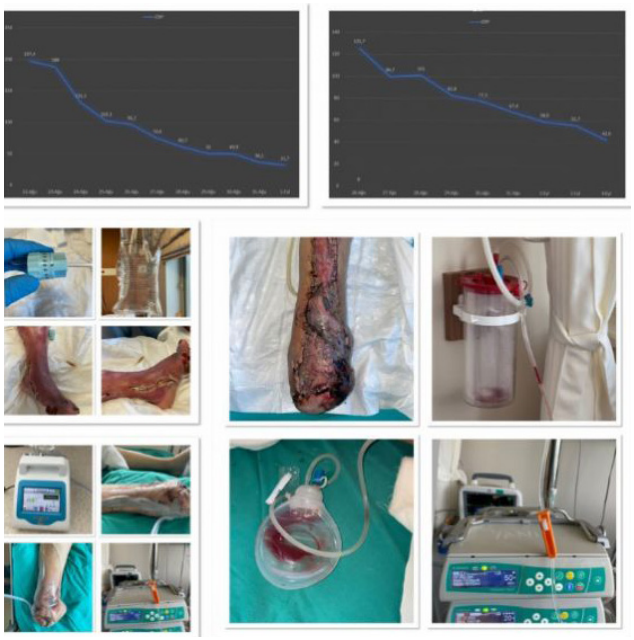
Tartışma: Çeşitli bakteriler diyabetik ayak ülserlerinde cilt yüzeyinde kolonize olabilse de, enfeksiyon inflamatuarın eşlik ettiği, deri altı ve derin dokuların tutulumu ile karakterizedir.

Enfekte diyabetik ayak ülserlerinin tedavisi uygun antibiyotik tedavisi, düzenli ve kapsamlı yara debridmanı, yara yerinin yıkanması ve günlük pansuman değişikliklerini içermektedir. Parenteral veya oral olarak uygulanan antimikrobiyal ajanların kronik granülasyon dokusunda yeterli seviyelere ulaşmadığı ve granülasyon yaralarında büyüyen bakteri popülasyonları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca yara yeri üzerinde oluşan biyofilm tabakası antibiyotiklerin hedefe ulaşmasını engeller, fagositozu önler. Yapılan çalışmalarda, hastalardan izole edilen enfeksiyon etkeninin antimikrobiyal ajanlara in vitro duyarlılığına rağmen, antimikrobiyal ajanın hastalara uygulanmasının başarılı sonuçlara yol açmadığını bulunmuştur. Sonuç olarak sistemik antimikrobiyal tedavinin bu gibi durumlarda yeterli olmayacağı ve lokal yara bakımının tedavinin önemli bir parçası olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç: Diyabetik ayak yaralarında sistemik antibiyotikler ve debridman cerrahileri gibi lokal yara bakımı da tedavinin önemli parçasını oluşturmaktadır. Yara irrigasyonu yara yerindeki eksuda ve biyofilm tabakayı temizlemektedir. İrrigasyonun yaraya uygun olarak kullanılması daha amaca uygun olacaktır. Serum seti yardımıyla yaptığımız 3 farklı yara irrigasyon mekanizmasında hastalarda CRP düşüşünü gözlemledik. Derin yerleşimli eksudatif kaviter yaralarda aktif basınç oluşturan pompalı infüzyon pompaları, deri bütünlüğü bozulmuş açık yaralarda infüzyon hızının ayarlanabildiği pasif basınçlı infüzyon setleri kullanılabilir. Sürekli infüzyon yapılan ayağı maserasyondan korumak için yatak başı aspiratuar, VAC cihazı kullanılabilir veya sık sık pansuman değiştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: diyabetik ayak, eksüda, irrigasyon, kaviter lezyon

Resim 1



üst: hastaların irrigasyonla beraber CRP grafiği alt: 3 farklı irragasyon yöntemi

SB-162
Greft Donör Sahada Biatain Kullanımı

Emre Balcı, Anıl Mert Güleryüz, Çağla Çiçek, Şuheda Çıldır, Gaye Filinte

Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GREFT DONÖR SAHADA BİATAİN KULLANIMI

Giriş: Plastik cerrahi pratiğinde sıkça başvurulan rekonstrüksiyon yöntemi olan kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarımında donör saha morbiditesinin nasıl azaltılacağı konusu günümüzde hala tartışma konusudur. Çalışmamızda ibuprofen içeren biatain yara örtüsünün donör saha üzerinde diğer kullanılan pansuman ürünleriyle karşılaştırmalı sonuçları ele alındı.

Tartışma: Kısmi kalınlıkta deri grefti (stsg) plastik ve rekonstrüktif cerrahi pratiğinde sıkça karşılaşılan yanık, kronik yara, eksizyon sonrası doku defektleri, travma sonrası doku defektleri gibi geniş bir hasta grubunda kullanılan ve başarı oranı yüksek bir uygulamadır. Deri greftinin alınmasından sonra oluşan yaraya donör alan yarası (DSW) denir. STSG'nin kalınlığına bağlı olarak, DSW 7 ila 21 gün içinde tamamen yeniden epitelize olmalıdır. Bu DSW'ler için optimum yerel bakım, yara iyileşmesini desteklemeli ve uygun maliyetli olmalı ve ağrı, enfeksiyon ve yara izi gibi komplikasyonları önlemelidir. Özellikle ağrı gibi şikayetlerin STSG'lerde donör sahada daha sık meydana geldiği bildirilmektedir

Kısmi kalınlıkta deri grefti alındıktan sonra oluşturulan donör saha yaraları tam epidermis ve kısmi dermis kaybını içermektedir. Bugüne kadar kullanılan farklı pansuman yöntemleri ve gereçlerinin ortak amacı; hızlı, sorunsuz, hasta memnuniyeti yüksek ve minimal skar bırakan bir yara iyileşmesi elde etmektir

Hidrokolloid ve filmlerin, iyileşme ve ağrı açısından neredeyse tüm diğer malzemelerden (örneğin alginatlar, parafin gazlı bezler, hidrofiberler ve köpükler, bactigrass) daha iyi sonuçları olduğu görünmektedir.

Çalışmada 14 hasta, alınan kısmi kalınlıkta deri grefti sonrası donör alan yara iyileşmesi açısından 3 hafta takip edildi. Hastaların 7 tanesine bactrigrass ile pansuman, 7 tanesine biatainle ile donör saha pansumanı yapıldı. Pansumanlar 3-7-14 ve 21. günlerde açıldı. Hastaların donör alanları eritem, akıntı, lokal ödem ve ağrı yönünden birbirleriyle karşılaştırıldı.

Sonuç: Biatain ile yapılan pansuman sahalarında iyileşme sonrası bactigrass ile yapılanlara oranla yara iyileşmesi açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Biatain ile yapılan donör alanı pansumanı sonrası post op ağrı daha az, hasta konforu daha yüksek izlenmiştir Literatürde olduğu gibi DSW için ideal tek bir pansuman önerilememekle beraber hastanın iyileşme süreci göz önüne alınarak şekillendirilen pansuman malzemesi kullanımı akılcı gözükmektedir.

Kaynaklar:

1. Rakel BA, Bermel MA, Abbott LI, Baumler SK, Burger MR, Dawson CJ, Heinle JA, Ocheltree IM. Split-thickness skin graft donor site care: a quantitative synthesis of the research. Appl Nurs Res. 1998;11(4):174–182. doi: 10.1016/S0897-1897(98)80296-6. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Wiechula R. The use of moist wound-healing dressings in the management of split-thickness skin graft donor sites: a systematic review. Int J Nurs Pract. 2003;9(2):S9–17. doi: 10.1046/j.1322-7114.2003.00417.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Ratner D. Skin grafting. Semin Cutan Med Surg. 2003;22(4):295–305. doi: 10.1016/S1085-5629(03)00079-8. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Schreuder SM, Qureshi MA, Vermeulen H, Ubbink DT. Dressings and topical agents for treating donor sites of split-skin grafts: a systematic review [abstract] EWMA Journal. 2009;9(3):22. [Google Scholar]
5. Feldman DL. Which dressing for split thickness skin graft donor sites? Ann Plast Surg 1991; 27: 288–291

Anahtar Kelimeler: Biatain, bactigrass, kısmi kalınlıkta deri grefti donör sahası

Greft donör saha

SÖZLÜ SUNUMLAR

P-001

Yaşlılarda İleri düzey kanser rezeksiyonu sonrası yüz ve skalp rekonstrüksiyonu

İlker Üşçetin[1], Bilge Kağan Aysal[1], Tuğçe Yasak[2], Özay Özkaya[2], Özlem Çolak[1], Semih Tiber Menteşe[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Özel Klinik, İstanbul

Amaç: Yüz deri kanserleri yaşlılarda sık görülmektedir. Kanserli dokunun rezeksiyonu ardından yaşlı hastalarda rekonstrüksiyon sağlıklı lokal doku olmaması nedeniyle zor olmaktadır. Serbest flep bu hastalarda ilk seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Yöntem: Retrospektif olarak tasarlanan çalışmamıza 19 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 12'si erkekti. Hastaların hepsi 60 yaş üzeri hastalardı. Hepsinde serbest doku nakli gerçekleştirildi. 6 hastada serbest radyal önkol, 5 hastada serbest anterolateral uyluk, 3 hastada fibula osteokütan, 2 hastada grasilis, 1 hastada medial sural arter perforator, 1 hastada rektus myokutan ve 1 hastada da latissimus dorsi flebi yapıldı. Ortalama takip süresi 29,5±14,2 ay olmakla birlikte hastaların %95'inde rejyonel lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

Bulgular: Majör komplikasyon oranı 27% (n=5) olarak bulunmuştur. 2 hasta pulmoner arrest ile postop 15. ve 17.günlerde kaybedilmiştir. ASA skoru ile komplikasyon oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Serbest doku transferleri yaşlılarda geniş malignite rezeksiyonu sonrası iyi bir seçenektir. Sonuçlarımız bu çıkarımı destekler niteliktedir. Yaş bir hastanın mikrocerrahi serbest doku transferi için dışlanmasında tek başına karar verdirici bir faktör değildir.

Anahtar Kelimeler: Serbest doku nakli, Serbest flep, Yaşlı hastalar

P-002

Karapandzic Yapılan Hastaların Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Arda Tınaz, Süleyman Can Ceylan, Melih Çakaroğlu, Mehmet Ali Yıldırım, Murat Enes Sağlam, Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani

Ankara Şehir Hastanesi

Amaç: Baş-boyun bölgesinde cilt kanserleri oldukça yaygındır. Bu cilt kanserlerinin önemli bir kısmı dudaklarda en sık da Skuamöz Hücreli Kanser(SCC) olarak karşımıza çıkmaktadır. Histopatolojik tanı amacıyla eksizyon planan hastalarda defektin büyüklüğüne göre rekonstrüksiyon planı değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada amaç dudak rekonstrüksiyonunda sıkça kullanılan Karapandzic flep ile onarım sağladığımız hastaların uzun dönem sonuçlarını ortaya koymak ve tecrübelerimizi paylaşmak.

Gereç Ve Yöntemler: Bu çalışmada 2019- 2022 yılları arasında kliniğimizde histopatolojik tanı amacıyla eksizyon yapılarak dudak defekti Karapandzic flep ile onarılan 6 hastadan uzun dönem takiplerine gelen 1 hasta dahil edilmiştir. Ön tanı süreci, preop, intraop, postop ve uzun dönem postop değerlendirmeler kullanıldı.

Bulgular: 62 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurudan 5-6 ay kadar önce beliren alt dudakta kanamalı lezyon ile başvurdu. Alt dudak sağ komissür 1/3 medialinde keratinize kolay kanayan ülsere kurutlu plak izlendi. Ön tanı olarak SCC ve aktinik keilit düşünüldü. Punch biyopsi alınmasının ardından patoloji "Aktinik keliitis zemininde gelişen SCC" olarak raporlandı. Hastaya total eksizyon planlandı. Cerrahi planlamanın ardından defekt onarımı için Karapandzic flep ile rekonstrüksiyon sağlandı. Post-op 15. Gün poliklinik takibinde yara yeri iyi görülen hasta sağ taraftan minimal drooling tarifledi ancak çorba içebildiğini söyledi. Üfleme hareketinin mevcut olduğu görüldü. Postop 6. Ayındaki kontrollerinde şu sorular sorularak 0'dan 10'a bir puan vermesi söylendi (0: hiç şikayetim yok, 10: şikayetim mevcut). Zayıflık: 1, Hipertorfik skar: 0, Dudak İnkompedansı:1 Enfeksiyon: 0, Anestezi/Parestezi: 2

Sonuçlar: Dudak rekonstrüksiyonlarında basitten komplekse birçok onarım yöntemi bulunmaktadır. Tek aşamalı ve çift aşamalı onarımlar, basit onarımdan tam kat defekt onarımlarına pek çok faktör rekonstrüksiyon planının belirlenmesinde önem arz eder. %80'e kadar olan santral alt dudak defektleri için ideal, nörovasküler demetin dikkatlice diseke edilerek motor ve duyu fonksiyonlarının korunduğu tek aşamalı bir teknik olan Karapandzic flepi tarihsel süreçte bu avantajlarıyla önemini korumuştur; erken ve geç post-op dönemdeki başarılı sonuçlarıyla da önemini korumaya devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Alt dudak rekonstrüksiyonu, Baş-boyun kanserleri, Karapandzic flep

Preop intraop postop uzun dönem

P-003
Vizör Flebinin Vücutta Farklı Alanlarda Kullanımı

İlker Uyar, Batuhan Sert, Özgür Turan, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Vücuttaki defektler en sık kanseröz lezyonların cerrahi eksizyonuna ve travmaya bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Defektlerin hassas bir şekilde rekonstrüksiyonu, cildin genel uyumunu, konturunu ve diğer vücut yarısı ile olan simetrisini korumada kritik öneme sahiptir. Sonuçları daha iyi hale getirmek için kullanılacak doku ideal olarak rekonstrükte edilen vücut bölgesinin renk, doku, kıl taşıma kapasitesi ve kalınlık gibi özellikleriyle eşleşmelidir.

Bu çalışmada kliniğimizde bipediküllü ilerletme flep tasarımı olan vizör flep ile rekonstrüksiyonunu yaptığımız iki hastanın olgu sunumu üzerinden vizör flebin vücuttaki farklı defektlerin rekonstrüksiyonunda oynadığı rolü sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu 1: 32 yaşındaki erkek hasta, saçlı deride tekrarlayan kitle nedeniyle başvurdu. 14 yıl önce atipik menenjiom nedeniyle dış merkezde opere olduğu anamnezinden öğrenildi. 1 yıl önce frontal bölgede ülsere kitleden alınan biyopsi sonucunun iğsi hücreli mezenkimal neoplazi olarak saptanması üzerine operasyon planlandı.

Mevcut kitlenin beyin ve sinir cerrahisi kliniği tarafından eksizyonu sonrası oluşan 7x5 cm genişlikteki frontal bölge defektine yönelik vertikal uzunluğu defekt alanının vertikal uzunluğuna eşit olacak şekilde bipediküllü temporal superfisiyal arter bazlı vizör flep tasarlandı. Flep subgaleal plandan eleve edildikten sonra kanama kontrolü sonrası doku defektine adapte edildi. Flep donör alanı uyluk anterolateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı.

Hastanın postoperatif 1 yıllık takiplerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Olgu 2: 30 yaşındaki erkek hasta üç hafta önce trafik kazası sonrası sol ayak ikinci parmak proksimal interfalangeal eklem düzeyinden ampute olmuş. Kemiğin açıkta olduğu parmak defekti ile kliniğimize başvurdu.

Hastanın mevcut defektteki nekroze alanlar ve ekspoze kemik yapılar lokal anestezi altında debride edildi. Aynı seansta bipediküllü ilerletme flebi olan vizör flep eleve edildi. Dijital sinir görülerek korundu. Flep defekt alana ilerletildi. Primer süturasyon sonrasında flep donör alandaki defekte ayak medialinden alınan tam kalınlık deri grefti adapte edildi. Adaptasyon sonrasında yağlı baskılı pansuman yapıldı. Greft donör alanı primer onarıldı.

Hastanın postoperatif kontrollerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Estetik açıdan kabul edilebilir skar mevcuttu. Kemik ekspozisyonu veya yara ayrışması izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Deri greftleri genellikle anstabil iyileşen, çöküklük oluşturan veya fonksiyonel olarak yetersiz estetik görünümde olan skarlara neden olur.

Halihazırda skalp rekonstrüksiyonu için çeşitli lokal flep tasarımları kullanılmaktadır. Genel olarak bunlar, subgaleal diseksiyonun tüm avantajlarından yararlanamayan geniş skalp rotasyon fleplerinin varyasyonlarıdır. Lokal fleplerde insizyonlar genellikle skatrisli bölgeye bitişik olarak yapılır.

Lokal fleplerin dezavantajları arasında T-insizyon oluşumu, saç çizgisinin bozulması ve skar alopesisi sayılabilir. Kıvrımlı büyük insizyonlar, gelecekteki kraniyotomi / kraniyoplasti veya serbest doku transferi için skalp derisinin yeniden diseksiyonunu zorlaştırabilir.

Bipediküllü ilerletme flep tasarımı olan vizör flep konsepti donör alanı kapatmak için ek kısmi kalınlıkta deri grefti kullanımı gerektiren büyük yaraların rekonstrüksiyonunda tarif edilmektedir. Bipediküllü yapı, komorbiditesi olan hastalarda serbest flep anastomozlarında görülen, hiperkoagülabiliteye bağlı arteryel ve venöz yetmezlik gibi riskleri tersine çevirir ve güçlü bir çift yönlü akış ile flep sağlamlığının korunmasını sağlar. Ayrıca büyük flep tasarımı gerginliği geniş bir yüzey alanına dağıtarak yara ayrışması gibi problemleri azaltabilir.

Bu çalışmada skalp ve ayak parmağı rekonstrüksiyonlarında kullanılan vizör flep örnekleri sunulmuştur. Ayrıca literatürde vizör flebin el parmak ucu, alt yüz bölgesi gibi zorlu rekonstrüksiyon alanlarında da kullanılabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu flebin mikrocerrahi ekipman ihtiyacı olmaması, tek seansta defekti kapatabilmesi ve perforatör cerrahisindeki gibi tecrübe gerektirmemesi nedeniyle vücudun farklı alanlarında güvenle kullanılabilir.

Kaynaklar:

1. Bas S, Oner C, Eren HI, Hacikerim Karsidag S, Yilmaz A. Reconstruction of Complex Scalp Defects in Different Locations: Suggestions for Puzzle. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2021 Sep 24;55(3):349-358.
2. Neumeister MW. Visor flap for fingertip coverage. Plast Reconstr Surg. 2002 Dec;110(7):1811-2.
3. Kilinc H, Dinç OG. Lower Face Reconstruction Using the Visor Flap. J Craniofac Surg. 2019 Nov-Dec;30(8):2522-2525.

Anahtar Kelimeler: bipediküllü, flep, vizör

Figür

P-004
Alt göz kapağı tars defektinin kompozit greft ile onarımı

Toprak Geçgel, Nazım Gümüş, Oğuz Boyraz, Yunus Emre Gökçe

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

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BCC), göz kapağı malignitelerinin yaklaşık %90'ını oluşturan en yaygın malign göz kapağı tümörüdür. Çoğunluk alt göz kapağında bulunur, bunu sıklık sırasına göre medial kantus, üst göz kapağı ve lateral kantus izler.

Olgu: 90 yaşında kadın hastada 6 aydır sağ lateral kantal bölgede yer alan, alt ve üst göz kapağına uzanım gösteren ülsere çevresi hiperemik 1.5cm çapında lezyon mevcuttu. Hastaya yapılan dermatolojik muayene sonrası alınan

insizyonel biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom olarak raporlandı.Sağ lateral kantal bölgede yer alan, alt ve üst göz kapağına uzanım gösteren ülsere çevresi hiperemik 2.5cm çapında patoloji sonucu bazal hücreli karsinom olarak raporlanan lezyon için operasyon hazırlıkları yapıldı. Lezyon 6mm güvenli cerrahi sınır ile total olarak eksize edildi. Geriye kalan 4x3 cmlik cilt defektinin onarımı için mustardee tekniğine uygun yanak ilerletme flebi tasarlandı. 2.5cmlik tarsal defektin onarımı için de sağ burun septumdan kıkırdak ve mukoza içeren bir adet kompozit greft alındı. Kompozit greft ile tarsal defekt rekonstrükte edildi. Ardından yanak ilerletme flebi ile cilt defekti kapatıldı.

Tartışma ve Sonuç: Göz kapağı defektlerinin rekonstrüksiyonu, palpebral fissürün 1/3ünden daha az defektler için primer kapamadan, sadece cilt defektleri için deri greftlerine ve tarsal defektler için kondro-mukozal greftler ve flepler ile onarıma kadar defektin boyutuna ve kapakların farklı katmanlarının tutulumuna göre yapılır. Bu vakamızda kondro-mukozal greft ile tarsal defekt onarımı, lokal deri flebi ile cilt defekti onarımı yapılarak rekonstrüksiyon sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Lateral kantus. Bazal hücreli karsinom, Kompozit greft, Tars

İntraop

P-005

Larenjektomi ve radyoterapi sonrası oluşan fistülün radial ön kol serbest flebi ile onarımı

Mohammed Seyam, Mehmet Bayram, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif, Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Larenjektomi sonrası tükürük salgısı ve radyoterapi sıklıkla cilt fistüllerine sebep olmaktadır. Benzer hikaye ile trakeostomi alanından boyun cildine uzanımlı açık yara yara ve akıntı şikayeti nedenli değerlendirilen hastanın tedavi yönetiminin sunumu amaçlandı.

Vaka: 1.5 sene önce başlayan şikayetleri sonucunda dış merkezde değerlendirilen 62 yaşında erkek hastaya larinks kanseri teşhisi konulduğu ve ardından neoadjuvan 30 kür radiyoterapi ve 7 kür kemoterapi tedavi sonrası larenjektomi yapıldığı öğrenildi. Daha sonrasında fistül oluşan ve akıntısı olan hasta için pektoral kas flebi yapıldığı fakat fistülün ve açık yaranın tekrarladığı görüldü. Yapılan fizik muayenede trakeostomi alanına komşu cilt bölgesinde boyunda 3x4 cmlik açık yara, etrafında kronik granülasyon dokusu ve fistül içerisinden gelen akıntısı olduğu izlendi. Trakeanın sol yan arka duvarında defekt olduğu izlendi. Hastaya radial ön kol serbest flep rekonstrüksiyonu ile cilt defekti ve fistülünün onarımı operasyonu planlandı. Alıcı vasküler yapılar için radyoterapi alanından uzak olan sol fasiyal arterin/ven diseke edildi ve hem bu vasküler yapılar hem de submental venin makroskopik yapısının korunduğu ve elastikiyetlerinin iyi olduğu görüldü. Sol önkoldan 9x6cm boyutlarında radial ön kol fasiyokütan flebi kaldırılarak defekte adapte edildi.RFFF katlanarak hem trakeal duvar rekonstrüksiyonu hem de cilt defekti onarımı yapıldı.

RFFF donör sahası için sağ uyluk lateralinden kısmi deri grefti kullanıldı.

Tartışma-Sonuç: Larenjektomi ve radyoterapi sonrası oluşan fistüllerin kapatılması oldukça zorlu cerrahi süreçleri gerektirebilir. Radyoterapinin cilde ve vasküler dokulara yaptığı hasarlar nedeniyle mikrocerrahi uygulamalar esnasında alıcı damarın iyi seçilmesi gerekmektedir. Bu antite dolaylı olarak uzun pediküllü serbest fleplerin gerekliliğini doğurmaktadır. Hem trakeal duvar defektlerinin onarımı hem de cilt defektlerinin onarımı için kullanılacak flebin ince, esnek olması gerekliliği yanı sıra, çift yüzey onarım amacıyla ihtiyaç halinde çift adalı katlanabilecek şekilde dizayn edilebilen fleplere ihtiyaç olmaktadır.

Bütün bu faktörleri kendisinde ihtiva eden RFFFnin donör saha morbiditesine rağmen en çok olanağı sunduğu ve en sık tercih edilen fleplerin başında geldiği bilinmektedir. RFFF ye benzer özellikleri olan medial sural arter perforatör (MSAP) flebi pedikül uzunluğu bakımından avantajlıyken, superfisiyal sirkumfleks iliak arter perforatör (SCİP) flebi pedikül uzunluğu bakımından dezavantajlıdır. Bu iki flep de vücut kitle indeksinin arttığı hastalarda RFFFye göre daha dezavantajlıdır.

Kaynaklar:

J Community Hosp Intern Med Perspect. 2015; 5(2), Sarah Luber, DO1,* and Richard Alweis, MD FACP1,2 1 (c) 2008 Wiley Periodicals, Inc.. Volkert B Wreesmann 1, Ludi E Smeele, Frans J M Hilgers, Peter J F M Lohuis

Anahtar Kelimeler: Larenjektomi, Radial ön kol serbest flebi, Trakeostomi

1-Preop 2-Erken postop 3-Geç postop

P-006

Multifokal sekonder ekstrakranyal meningioma: Olgu sunumu

Selma Sönmez Ergün[1], Yusuf Erbayat[1], Can Koç[1], Meliha Gündağ Papaker[2], Pelin Yıldız[3]

[1]Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.
[2]Beyin Cerrahisi ABD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.
[3]Patoloji ABD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.

Amaç: Meningiomlar; meninkslerin araknoid hücrelerinden kaynaklanan, klinik olarak iyi huylu (Grade 1), atipik (Grade 2) ve malign (Grade 3) olmak üzere 3 tipte görülen tümörlerdir. Ekstrakraniyal kutanöz meningiomlar ise oldukça nadir görülürler, primer ve sekonder tipleri vardır (1,2). Primer ekstrakraniyal meningiomun embriyonik gelişim sırasında ektopik araknoid hücrelerden ya da pluripotent mezenkimal hücrelerden kaynaklandığı düşünülmektedir (2, 3). Sekonder ekstrakranyal meningiomun ise ameliyat sırasındaki ekim ya da doğrudan kemik invazyonu yoluyla intrakraniyal bileşenden geliştiği düşünülmektedir (2).

Bu çalışmada sol temporoparietal ve sol mastoidde yerleşim gösteren multifokal sekonder ekstrakranyal meningiomlu bayan olgu sunulmaktadır.

Bulgular: 71 yaşındaki bayan olgu saçlı derisindeki kitleler ve sol yanağındaki şişlik nedeniyle başvurdu. Saçlı derisindeki kitlelerin 3 yıldır olduğunu ifade etti. 2014 yılında aynı bölgede gelişen BCC'ler nedeniyle ameliyat edildiğini belirtti. Yapılan muayenesinde sol temporoparietal bölgedeki greftlenmiş alanın lateralinde 3x3 cm boyutunda, sol mastoid bölgede ise 3x2 cm boyutunda, ciltaltı yerleşimli 2 adet sert kıvamlı, mobil olmayan kitlesinin olduğu, oksipital bölgenin üst kısmında 1x1 cm boyutunda pembemsi-gri renkli, ciltten kabarık bir lezyonunun olduğu, sol yanak orta kısmında ise 4x3 cm boyutunda kistik lezyonunun olduğu saptandı (Resim 1a,b). Skalpteki greftlenmiş alana punch biyopsi yapıldı. Keratinöz kistler içeren bazaloid hücre proliferasyonu saptanması nedeniyle sonuç benign deri eki tümörü (trikoepitelyoma) olarak bildirildi. Olguda klinik olarak bazal hücreli karsinom şüphesi olduğundan lezyonun tamamının çıkarılması önerildi. Skalpten 'en bloc' olarak çıkarılan kitlelerin histopatolojik sonucunun tranzisyonel tip meningioma olarak bildirilmesi üzerine (Resim 1 g, h, ı) olgu Beyin Cerrahisi Kliniği'ne yönlendirildi.

Yöntem: Emniyet marjı bırakılarak saçlı derideki kitleler 'en bloc' olarak eksize edildiler. Kranyal kemikten taban biyopsileri alındı. Oluşan defekt oksipital bölgeden kaldırılan transpozisyon flebiyle örtüldü. Donör alandaki defekt ise uyluktan alınan kısmi kalınlıklı deri greftiyle onarıldı. Sol yanaktaki kist sebase ekstirpe edildi. Pansumanlarla izlenen hasta sorunsuz iyileşti (Resim 1 c, d).

Çekilen Beyin MR'ında 3 adet meningiomasını olduğu ve sol parietal kemikte erozyonunun olduğunu saptandı (Resiim 1 e, f). Sekonder ekstrakranyal meningioma olarak değerlendirilen olgunun intrakraniyal bölgedeki multipl meningiomalarına ameliyattan 5 ay sonra Gamma Knife tedavisi uygulandı.

7 aylık takipte hastada nüks görülmedi.

Tartışma: Meningiomlar genellikle yavaş büyüyen, ekspande olmaya eğilimli intrakraniyal lezyonlar olarak ortaya çıkarlar. Erişkinlerde en sık görülen selim intrakraniyal tümörlerdir. Meningiomlar genellikle intrakranial, intraorbital ve intravertebral, seyrek de olsa, hemen tüm diğer organlarda yerleşim göstermektedirler. Nadiren malign potansiyel sergileyip ekstansiyon yoluyla ekstrakraniyal yumuşak doku kitleleri veya primer ekstrakraniyal kutanöz neoplazmlar olarak ortaya çıkabilirler. Kadınlarda daha sık görülmelerine ve erkeklere göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkmalarına rağmen hastalığın gidişi erkeklere göre daha iyidir (1, 2, 4).

Meningioma nedeniyle yapılan çoklu reoperasyonlar, radyasyon tedavisi, yara komplikasyonu, immün baskılanma, 'high grade' tümörler ve beyin omurilik sıvısı fistülü sekonder kutanöz meningiom gelişimindeki risk faktörleridir (5). Olgumuzda bu risk faktörlerinden sadece immün baskılanmanın söz konusu olabileceği düşünüldü.

Histolojik progresyon ya da tümör nüksü kutanöz meningiom gelişimisinde rol oynayabilir; ancak bazı vaka raporları olgumuzda olduğu gibi, iyi huylu (Grade 1) meningiomun da kutanöz yayılım geliştirebileceğini göstermiştir (6).

Kutanöz meningiom tedavisinde nüks oranını azaltmak için kutanöz ve intrakraniyal bileşenin tam cerrahi rezeksiyonu ile etkilenen kemiğin çevresindeki sağlam kemiğin de bir kısmını çıkarılmasıyla yapılması gerekir (5). Olgumuzda kutanöz kompnent tamamiyle rezeke edildi, hasta intrakranyal cerrahiyi kabul etmediği için Gamma Knife tedavisi uygulandı.

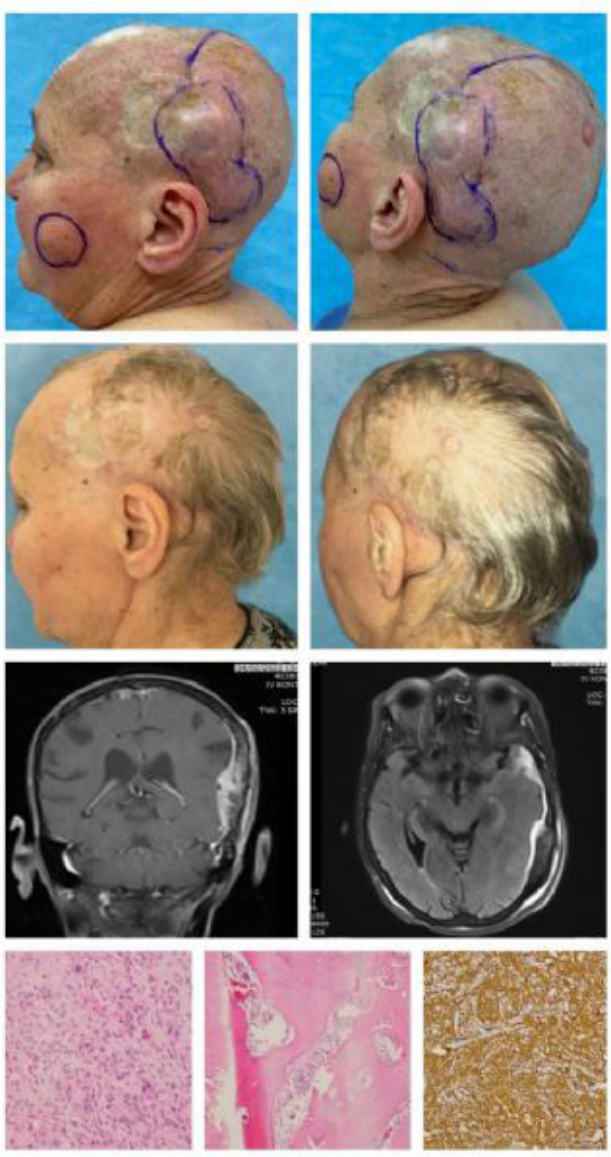
Sonuç: Olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle plastik cerrahlarda farkındalık oluşturmak ve cerrahları erken tanı-tedaviye yönelterek morbiditede azaltma sağlayabilmek amacıyla sunmaya değer bulduk.

Kaynaklar:

1. Güngör S, Gökdemir G, Tarıkçı N, Sayılgan T, Bek S. Intracranial anaplastic meningioma presenting as a cutaneous lesion: A case report of a cutaneous meningioma. Dermatol Online J. 2012;18:6.
2. Iaconetta G, Santella A, Friscia M, Abbate V, Califano L. Extracranial primary and secondary meningiomas. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012;41:211–7.
3. Hayhurst C, McMurtrie A, Brydon HL. Cutaneous meningioma of the scalp. Acta Neurochir (Wien) 2004;146:1383–4.
4. Dhaval G Bhanusali, Candrice Heath, Deniz Gur, Sheryl Miller. Metastatic meningioma of the scalp. Cutis. 2018 May;101(5):386-389.
5. Avecillas-Chasin JM, Saceda-Gutierrez J, Alonso-Lera P, Garcia-Pumarino R, Issa S, Lopez E, et al. Scalp metastases of recurrent meningiomas: Aggressive behavior or surgical seeding? World Neurosurg. 2015;84:121–31.
6. Fulkerson DH, Horner TG, Hattab EM. Histologically benign intraventricular meningioma with concurrent pulmonary metastasis: Case report and review of the literature. Clin Neurol Neurosurg. 2008;110:416–9.

Anahtar Kelimeler: multifokal ekstrakranyal meningioma, cerrahi tedavi, gamma knife

Resim 1a,b,c,d,e,f,g,h,ı



Resim 1a,b: Olgunun ameliyat öncesi yandan ve oblik görünümü, 1 c,d: Olgunun ameliyat sonrası yandan ve oblik görünümü, 1 e: Sol parietal kemikte infiltratif kontrast tutulumlarına neden olan,ve parankime indentasyon gösteren ekstraaksiyel en kalım yerinde 9 mm boyutunda ve sol temporal bölgede en kalın yerinde 11 mm'ye ulasan yer kaplayici kitleler. 1 f: Kontrastlı T1 coronal kesitte vertex düzeyinde sağ pariyetaldeki dural tabanlı menengiomla uyumlu kitle lezyonu izlenmekte. 1 g: Transizyonel meningiom, fibröz ve girdapsı (mavi ok) alanlar içeren tümör (HEX100) 1 h: Kemik trabekülleri arasında meningiom infiltrasyonu (HEX100) 1 ı: Meningiom hücrelerinde Vimentin pozifliği (Vimentinx100)

P-007

Posterior Aurikular Bölge Arı Sokması Sonrası Amonyum Hidroksit Uygulamasını Takiben Gelişen Nekroz ve Rekonstrüksiyonu

İsmail Bülbül, Ferhat Kargalıoğlu, Arda Küçükgüven, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Amonyak, ilaç, boya, parfüm gibi maddelerin oluşturulmasında kullanılmaktadır. Piyasada amonyak adı altında satılan maddeler oda sıcaklığında gaz hâlde bulunan amonyağın sulu çözeltisi olan amonyum hidroksittir. Alkali ve aşındırıcı koroziv bir madde olduğu için cilt ile direk teması derin likefaksiyon nekrozuna neden olmaktadır(1). Aurikulanın bileşenlerinin her birinin bütünlüğü, genel estetik görünümü için önemlidir. Kulak kepçesini bozmadan primer olarak kapatılamayacak kadar büyük olan, kıkırdağı açığa çıkaran defektler, lokal fleplerle yeniden oluşturulabilir.

Vaka: 65 yaşında ek hastalık olarak HT olan erkek hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın başvurusunda sol postaurikular bölgede arı sokması sonrası, yaklaşık 4 saat boyunca ilgili bölgeye amonyağın çözelti hali olan amonyum hidroksit tatbiki sonrası, 1 hafta sonra sol postaurikular bölgede 45x40 mm boyutunda cilt ciltaltı dokusunda total nekroz oluşumu gözlendi. (Şekil 2.A-2B)

Hastanın operasyonu ilgili bölgedeki nekrotik dokusu debride edildi(Şekil 3B). Debridman sonrası nekrozun kıkırdak yapıya kadar ilerlediği görüldü(Şekil 3A). Yapılan debridman sonrası kıkırdak yapı ekspoze izlendi. Ardından preaurikular bölgeden süperfısyal temporal arter ve ven bazlı retrograt akımına dayanarak tek loblu lokal deri flebi uygun insizyonları takiben hazırlandı.(Şekil 4A). Takiben flep doku defekti olan bölgeye adapte edildi(Şekil 4B). Operasyon hemostazı takiben süturasyon ve bir adet pernöz dren ile tamamlanmıştır. Operasyon sonrası pansuman ile takip edilen hasta önerilerle taburcu edilmiştir.

Tartışma: Preaurikular flep kanlanmasını süperfisial temporal arterin dallarından sağlamaktadır(2). Ve postaurikular doku defektlerinde sıklıkla kullanılmaktadır(3). Olgumuzda ise postaurikular bölgede cilt ve cilt altı dokusunun derin likefaksiyon nekrozu sonrası kıkırdak dokusunun ekspoze olması nedeniyle süperfisial temporal arter ve ven bazlı tek loblu lokal deri flebi uygun yöntem olarak seçilmiştir(4). Bir diğer alternatif olarak retroaurikular perforatör arter bazlı tek loblu deri flebi 150 derece rotasyona izin verebilen onarım şeklidir(5). V-Y ilerletme flepleri yine alternatifler arasında sayılabilir. Diğer tedavi alternatiflerinde, eğer ilgili bölgede kıkırdak doku ekspoze izlenmemesi halinde greft ile onarım planlanabilir.

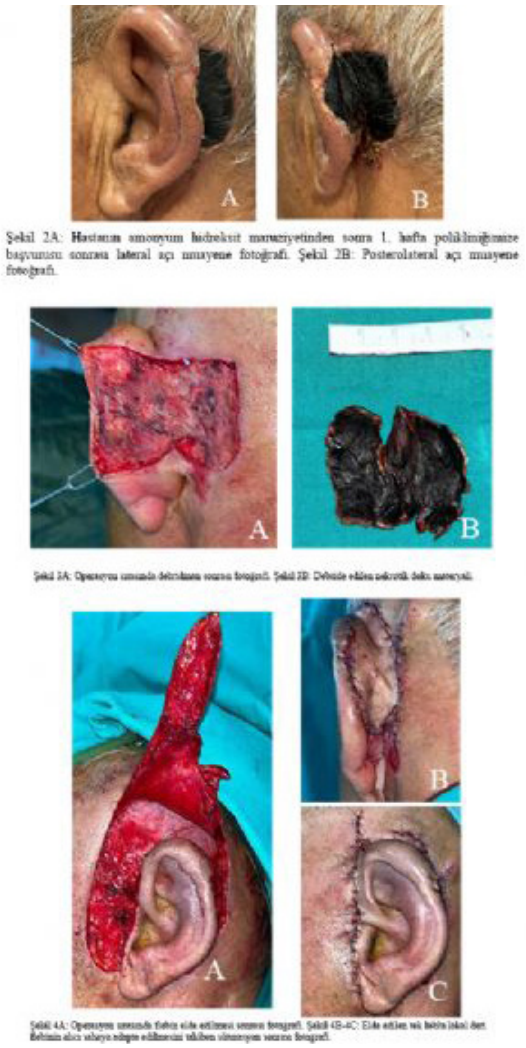
Koroziv maddelerle temas büyük oranda ihmal ile gerçekleşir. Fakat dermatolojik hastalıklarda ve akut yaralanmalarda kişilerin kendi iradesiyle uyguladıklarına rastlanmaktadır. Amonyum hidroksit ve diğer alkali koroziv maddeler asit maddelerin aksine kendi kendini sınırlandırmadan daha derin dokulara ilerler ve likefaksiyon nekrozuna neden olur. Bu nedenle herhangi nedenle olursa olsun koroziv maddeler ile temas öyküsü durumunda erken müdahale ve detaylı fizik muayene gerekmektedir.

Sonuç: Amonyum hidroksit, temizlik ürünleri, sentetik elyaflar, pamuk ve ipek temizliği gibi alanlarda kullanılması nedeni ile piyasada ulaşılması kolay bir çözeltidir.Alkali koroziv bir madde olmasından dolayı bilinçsiz kullanımı cilt ve mukozada derin likefaksiyon nekrozuna neden olmaktadır. Bu nedenle derin doku defektlerine neden olmakta ve greft ile onarım yetersiz kalabilmektedir(6).

1. Greemvood, John E., et al. "Alkalis and skin." Journal of Burn Çare & Research 37.2 (2016): 135-141.
2. Pinar, Yelda Atamaz, and Figen Govsa. "Anatomy of the superficial temporal artery and its branches: its importance for surgery." Surgical and Radiologic Anatomy 28.3 (2006): 248-253.
3. De Almeida, Otavio Machado, and Rolf Gemperli. "Reconstruction of a postauricular defect using a preauricular flap." Dermalologic surgery 36.7 (2010): 1191-1195.
4. Chim, Harvey, et al. "Principles of head and neck reconstruction: an algorithm to guide Hap selection." Seminars in plastic surgery. Vol. 24. No. 02. © Thieme Medical Publishers, 2010.
5. Zhang, Yuan Zheng, et al. "Reconstruction of the postauricular defects using retroauricular artery perforator-based island flaps: Anatomical study and clinical report." Medicine 95.37(2016).
6. Hallock, Geoffrey G„ and Steven F. Morris. "Skin grafts and local flaps." Plastic and reconstructive surgery 127.1 (2011): 5e-22e.

Anahtar Kelimeler: amonyak, preaurikular, lokal flep, nekroz, süperfisial temporal arter, aurikula

Operasyon görüntüleri



Operasyon öncesi ve operasyon sırasında flepin adapte edilmesi dahil süreçteki fotoğraf dökümü

P-009

Internal Mammarian Arter Perforatör Flep ile Anterior Laringeal Defekt Rekonstrüksiyonu

Burak Özkan, Süleyman Savran, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Larenks karsinomaları sonrasında bilateral boyun diseksiyonu, radyoterapi ve trakeostomi birçok hastaya uygulanmaktadır. Tümor rekürrensi, radyoterapiye bağlı ciltteki değişiklikler ve trakeostominin uzun süre kalması trakeoözefagial fistül gelişmesini tetiklemektedir1. Anterior boyun defekti, trakea ve özefagusun luminal bütünlüğüne korumaya yönelik lokal, myokütan ve serbest flepler sıklıkla tercih edilmektedir2. Tekrarlayan ameliyatlar, boyundaki damarların önceki ameliyat ve radyoterapiye bağlı hasar görmesi diğer flap opsiyonlarına yönlemini arttırmıştır.

Koshima ve Soeda'nın3 tanımlamasıyla perforatör flep uygulamasının yaygınlaşması, Yu ve arkadaşları4 tarafından ilk kez tanımlanan IMAP flebi trakeoözefagial fistül rekonstrüksiyon yaygınlaşan bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada, iki hastada IMAP flebi ile trakeoözefegeal fistül rekonstrüksiyonu anlatılacaktır.

Vaka Takdimi:

Vaka 1: 55 yaşında erkek hasta trakeoözefagial fistül ve 7x5 cm'lik boyun ön duvar açık yarası nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastanın özgeçmişinde 2019 yılında larenks skuamöz hücreli kanseri (SHK) nedeniyle hastaya total larenjektomi, bilateral boyun diseksiyonu ve adjuvan radyoterapi mevcuttu. 2020 yılında farengokutanöz ve trakeoözefagial fistül gelişmişti. Fistül yerinden alınan biyopsi sonucu malignite ekarte edildi. Pre-op yapılan bilgisayarlı tomografi anjiografisinde boyunda intakt alıcı damar bulunamadı. Bu sebeple İMAP Flep ile trakeoözefagial fistül tamiri planlandı. Pre-operatif el Doppler USG ile sağ taraf 3.intercostal boşlukta internal mammarian arter perforatörleri tespit edildi. 22x6 cm lik IMAP flebi planlandı. Flep subfasiyal seviyeden eleve edildi. Distali 180 derece döndürülerek trakeaya bakan luminal kısım tamiri yapıldı. Ciltaltında kalan cilt adası dezepitelize edildi. Flep gergin olmayacak şekilde adapte edildi (Resim 1). Sağ uyluk anterolateral taraftan 10x5 cm lik kısmı kalınlıkta deri grefti ile açıkta kalan defekt sahası kapatıldı. Dönor saha primer sütüre edildi. İki adet dren konuldu. Drenler 3. gün çekildi ve hasta taburcu edildi. Takiplerinde komplikasyon görülmedi.

Vaka 2: 62 yaşında kadın hasta larenks SHK nedeniyle opere, sonrasında trakeoözefagial fistül gelişme nedeniyle KBB ekibi tarafından tarafımıza danışıldı. Boyun ön tarafta 8x4 cm lik açık yaraya yönelik İMAP flap ile rekonstrüksiyon planlandı. El Doppler USG ile sol taraf 3. intercostal internal arter perforatör tespit edildi. 15x4 cm lik IMAP flapi subfasiyal seviyede eleve edildi. IMAP flebi distali 180 derece döndürülerek epitel kısmı ile luminal yüzey tamiri yapıldı. IMAP flebinin ciltaltında kalan epitel adası dezepitelize edildi. Flep gergin olmayacak şekilde defekt alana adapte edildi. Dezepitelize edilen deri, greft olarak flep distaline adapte edildi (Resim 2). Dönor saha primer sütüre edildi. 2 adet dren konuldu. Drenler 4. gün çekildi ve hasta taburcu edildi. Takiplerinde fistül rekürrensi görülmedi.

Tartışma: IMAP flebi ile ön boyun defekti ve trakeözefageal fistül onarımı deneyimimiz, bu flebin güvenli, defekte göre şekillendirebilen bir flep olduğunu göstermiştir. Geçirilmiş boyun diseksiyonu ve radyoterapi öyküsü olan hastalarda boyunda alıcı damar bulunması zorlaştırmaktadır. IMAP flebinin pediküllü yapısı nedeniyle trakeaözefegial fistül vakalarında uygun bir opsiyon haline getirmektedir.

Total larenjektomi sonrasında trakeostomi ihtiyacının artması, radyoterapi ve kemoterapi gereksinimi olması trakeoözefagial fistül gelişim riskini arttırmaktır5. Boyun ön taraf defektleri onarımında lokal, myokütan ve serbest flep opsiyonları mevcut olmasına rağmen daha öncesinde birden fazla geçirilmiş operasyonlar, radyoterapiye bağlı ciltte ve alıcı damar sahasında hasarlanmalar bu opsiyonları kısıtlamaktadır.

IMAP flebinin anatomisi Schmidt6 ve arkadaşları tarafında detaylı bir şekilde çalışılmıştır. Tek bir perforatör arteri üzerinde 13x7 den 20x13 cm'e kadar cilt flebinin güvenilir bir şekilde kaldırılabileceği gösterilmiştir. Genellikle ikinci intercostal perforatörün dominant olduğu ama birinci ve üçüncü perforatörlerin de kullanılabileceği belirlenmiştir2,6.

IMAP flebinin diğer avantajları ise kolayca eleve edilmesi, güvenirliği, sabit vaskülar anatomisinin olması, donör sahanın primer kapatılabilmesi ve alıcı damarın olmadığı vakalarda rahatlıkla kullanılabilmesidir7. Serbest flep opsiyonlarına kıyasla anastomozun ihtiyacının olmaması, ameliyat süresinin kısalığı ve hastanede yatış süresinin kısa olması IMAP flebinin serbest flep opsiyonlarına karşı üstün kılmaktadır7.

Referanslar:

1. Wakisaka N, Murono S, Kondo S, Furukawa M, Yoshizaki T. Post-operative pharyngocutaneous fistula after laryngectomy. Auris Nasus Larynx. 2008;35(2):203-208. doi:10.1016/j.anl.2007.06.002
2. Neligan PC, Gullane PJ, Vesely M, Murray D. The Internal Mammary Artery Perforator Flap: New Variation on an Old Theme: Plast Reconstr Surg. 2007;119(3):891-893. doi:10.1097/01.prs.0000255542.35404.af
3. Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg. 1989;42(6):645-648. doi:10.1016/0007-1226(89)90075-1
4. Yu P, Roblin P, Chevray P. Internal mammary artery perforator (IMAP) flap for tracheostoma reconstruction. Head Neck. 2006;28(8):723-729. doi:10.1002/hed.20386
5. Cavalot AL, Gervasio CF, Nazionale G, et al. Pharyngocutaneous Fistula as a Complication of Total Laryngectomy: Review of the Literature and Analysis of Case Records. Otolaryngol Neck Surg. 2000;123(5):587-592. doi:10.1067/mhn.2000.110617
6. Schmidt M, Aszmann OC, Beck H, Frey M. The anatomic basis of the internal mammary artery perforator flap: a cadaver study. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63(2):191-196. doi:10.1016/j.bjps.2008.09.019
7. Pirgousis P, Fernandes R. Use of the Internal Mammary Artery Perforator Flap for Repair of Pharyngocutaneous Fistulas in the Vessel-Depleted Neck. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69(4):1225-1228. doi:10.1016/j.joms.2010.04.021

Anahtar Kelimeler: imap flep, perforatör flep, baş boyun cerrahisi

Resim 1

İki vakanın IMAP flep ile rekonstrüksiyonunu gösteren kolaj

P-010

Çoklu Maksillomandibular Kistler Varlığında Ayırıcı Tanı: Gorlin-Goltz Sendromlu Bir Olgunun Sunumu

Elif Gündeş, Işıl İrem Turan, Bilgehan Bakırel, Erol Kozanoğlu

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

Giriş: Maksillomandibular kistler hastalarda sıklıkla karşılaşılan ve çoğu zaman da rastlantısal olarak saptanan yapılardır. Çoklu maksillomandibular çoklu kist varlığında özellikli sendromlar akla gelmelidir. Bu çalışmada, maksilla solunda ve mandibula tamamında kistler ile tarafımıza başvuran ve ileri incelemeler sonucunda Gorlin-Goltz Sendromu tanısı konan bir hasta sunulmuştur.

Hasta ve Yöntem: On dokuz yaşında kadın, Ocak 2022'de alt çene bölgesinde şişlik sebebiyle dış merkezde diş hekimine başvurmuştur. Hastaya çekilen panoramik grafide maksilla ve mandibulada çoklu kistler saptanması üzerine hasta Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahiye yönlendirilmiştir. Tarafımıza başvuran hastanın yapılan değerlendirmeleri sonucunda hastaya kist küretajı planlandı ve hasta ameliyat edildi.

Bulgular: Ameliyat sırasında steril olması beklenen kemik içi bölgeden alınan örnekte Streptokok üremesi oldu ve hastaya sözkonusu etkene duyarlı antibiyoterapi başlandı. Ameliyat sırasında kistlerden alınan patoloji örneklerinde skuamöz epitel ile döşeli kistik oluşum, kronik iltihaplı epitelyal kistik oluşum ve keratinöz madde içeren kistik oluşum saptandı. Genç yaşta çoklu maksillomandibular kistleri olan hastada ön tanıda Gorlin-Goltz Sendromu düşünüldü ve hasta Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine yönlendirildi. Yapılan tüm vücut dermoskopisinde sırt orta hatta punch biyopsi ile teyit edilen yüzeyel yayılan bazal hücreli karsinom saptandı. Hastanın deri tümörünün geliştiği yaş ve yerleşim yeri ve hastanın çoklu maksillomandibular kistlerinin varlığı sebebiyle hasta, Gorlin-Goltz Sendromu lehine değerlendirildi.

Sonuç: Maksillomandibular bölgede çoklu kistlerin mevcut olduğu genç hastalarda, olası deri lezyonlarının varlığı da araştırılmalıdır. Bu lezyonların birlikteliğinin saptandığı hastaların ayırıcı tanısında Gorlin-Goltz Sendromu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, Gorlin-Goltz Sendromu, küretaj, mandibula kisti, maksilla kisti

Preoperatif Panoramik Grafide İzlenen Çoklu Maksillomandibular Kistler

P-011

Total Alt Göz Kapağı Defektinde Rekonstrüksiyon Yönetimi

İlker Uyar[1], Özgür Turan[1], Batuhan Aksoy[1], Meltem Ayhan Oral[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Alt göz kapağı defektlerinin en sık nedeni tümörler ve travmalardır. Periorbital defektler içinde en sık alt göz kapağı defektleri görülür. Bunun sebebi alt göz kapağında malignite görülme sıklığının diğer periorbital bölgelere göre daha yüksek olmasıdır. Bazal hücreli karsinom (BCC), yassı hücreli karsinom (SCC), sebase hücreli karsinom ve malign melanomlar en sık göz kapağı malign tümörleridir. Alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda estetik görünümü ve fonksiyonu birlikte sağlamak önemlidir. Bu çalışmada alt göz kapağı defektinin Mustarde'nin yanak ilerletme flebi ve mukoperikondrial greft ile onarıldığı bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 64 yaşındaki kadın hasta, sol alt göz kapağında üç yıldır olan papillonoduler lezyon ile tarafımıza başvurdu. Sol alt göz kapağında bulunan kitleden alınan punch biyopsinin,BCC olarak raporlanması üzerine tarafımızca operasyon hazırlıklarına başlandı. İnvazyon derinliği ve orbital tutulum açısından manyetik rezonans görüntüleme istendi ve göz hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Hastaya aynı seansta total alt göz kapağı rezeksiyonu ve Mustarde'nin yanak ilerletme flebi + septal kondromukozal greft ile alt göz kapağı rekonstrüksiyonu uygulandı. Lateral orbital rimden kaldırılan strip seklindeki periost flebi tars desteği için kondromukozal grefte dikildi. 3.6x2.5x1.8 cm boyutundaki spesmen histopatolojik olarak nodüler tip BCC olarak tanı aldı. Tümörün tüm cerrahi sınırları negatifti. Hastanın kontrolleri boyunca bir problemle karşılaşılmadı. Hastanın 1 yıllık takiplerinde tümör nüksü gözlenmedi.

Tartışma: Alt göz kapağı rekonstuksiyonuna yaklaşım defektin boyutuna bağlı olarak yapılmaktadır. %25 ila %50 arasındaki defektler tam kalınlıkta deri greftleri ve lokal flepler ile onarılırken, %50 üzerindeki defektler Tenzel flebi, Mustarde flebi, alın flebi, Tripier flep, bridge flep, v-y ilerletme flebi, tarsokonjonktival flep ile onarılabilir. Alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda en iyi onarım yöntemi günümüzde halen tartışmalıdır. Alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan biri de posterior lamellar onarımının sağlanması ve ektropionun önlenmesidir. Bunun için palatal mukoperiosteal greftler, septal kondromukozal greftler ve konkal kartilajlar kullanılabilir. Bu vakada ektropiyonu önlemek için septal kondromukozal greft, lateral orbital rimden kaldırılan strip seklindeki periost flebine sütürler ile asıldı.

Sonuç: Alt göz kapağı defektleri, ciddi ektropiyon ve sonrasında körlükle sonuçlanabilecek bir çok sorunu meydana getirebileceği için rekonstrüksiyonu önemlidir. Total veya totale yakın defektlerde tarsal destek mutlaka sağlanmalıdır. Bu vakada da görüldüğü gibi posterior lamella rekonstrüksiyonunda mukoperikondrial greft kullanımı, tars dokusunun göz kapağında oluşturduğu şekil, sertlik ve tonusu sağlamakta ve ektropiyon oluşumunu engellemektedir. Alınan mukoperiokondriyal greftin donör alanında herhangi bir morbidite oluşmamaktadır. Anterior lamella için uygulanan Mustarde'nin yanak ilerletme flebi minimal donör alan morbiditesi oluşturmasından dolayı rekonstrüksiyonda sık tercih edilen flepler arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Alt göz kapağı, kondromukozal greft, mustarde flebi

Figür

P-012

Malar bölgeden skuamöz hücreli karsinom eksizyonu ve temporal kas flebi ile rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Ökkeş Çimen, Ömer Kokaçya, İbrahim Tabakan, Eyüphan Gencel, Osman Metin Yavuz

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

Giriş ve Amaç: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (SCC) epidermal keratinositlerden kaynaklanır ve tüm deri kanserlerinin yaklaşık olarak %20'sini oluşturur (1). Major etyolojik faktör ultraviyole (UV) ışınlarına maruz kalmaktır. Baş-boyun bölgesi kutanöz skuamöz hücreli karsinomları ise tüm kanserler içinde %5 civarında görülür ve sıklığı giderek artmaktadır. Baş-boyun bölgesi SCC'lerinin

tanısında ve evrelemesinde çeşitli prognostik faktörler tanımlanmıştır. Bunların arasında tümör derinliği, tümör boyutu ve invazyon bölgesi sayılabilir. Bu parametrelerdeki derece artışı mortalite ve metastaz ile yakından ilişkilidir (2). Bu çalışmada malar bölge yerleşimli SCC eksizyonu sonrası oluşan defektin temporal kas flebi ile onarımını yaptığımız bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta inşaat ustalığından emekli, uzun süre güneş maruziyeti ve 60 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcut. Bilinen ek hastalığı yok. 8 ay önce sol zigomatikomalar bölgede giderek büyüyen lezyon şikayetiyle KBB polikliğine başvuran hastadan alınan biyopsi sonucu SCC olarak raporlanmış. BT incelemesinde sol malar bölgede 5x4 cm boyutunda sol maxiller sinüs anterior duvara invazyon gösteren ülseratif kitlesel lezyon saptanmış ve sol servikal bölge Level 2'de metastatik LAP mevcuttu. Genel anestezi altında medialde sol nazolakrimal oluk, lateralde zigomatikotemporal ark, süperiorda alt palpebra tars ve inferiorda maxiller kemik anterior duvarı alt sınırını içerecek şekilde kemik yapı dahil geniş marjinden eksizyon yapıldı. Perop frozen sonucunda cerrahi sınırlar temiz olarak değerlendirildi. Sol süperfisial paratidektomi ve sol level 1-2-3-4 boyun disseksiyonu yapıldı. Oluşan 8x10 cm boyutundaki defekt sol temporal arter bazlı temporal kas flebi ile onarıldı. Flebin rotasyonunu kolaylaştırmak ve pedikül yaralanmasını önlemek için zigomatik ark çıkarıldı. Flep 13 cm uzunluğunda olacak şekilde hazırlanıp defekt alanına 110 derece rotasyonla döndürülerek sütüre edildi. Kas flebi üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılıp, donör alan primer sütürasyon ile onarıldı. Postoperatif erken dönem komplikasyon gözlenmedi. Hasta onkolojik takibe alındı.

Tartışma: Baş boyun bölgesi cilt kanserlerinin çoğunluğunu bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve malign melanom oluşturmaktadır ve primer tedavi olarak geniş marjinden cerrahi eksizyon gerektirmektedir. Malar bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda genellikle primer sütürasyon, deri grefti, lokal flepler ve bölgesel ya da uzak mikrovasküler serbest flepler yapılır(3). Özellikle büyük defektlerde serbest flepler kullanılabilmektedir. Fakat komorbitesi yüksek olan hastalarda cilt flepleri, fasyokutan flepler, servikofasial flepler, alın flepleri ve temporal kas flepleri gibi lokal flepler tercih edilmektedir. Defektin boyutu, derinliği, hasta yaşı, komorbit faktörler ve radyoterapi tedavisi de düşünülerek kas flebi tercih edildi. Bu lokalizasyona en yakın, temporal kas flebi mevcuttur. Temporal kas flebi 1895 yılından beri kullanılan eski bir fleptir. Yaklaşık 0,5-1,0 cm kalınlık ve 12-16 cm uzunluğunda hazırlanabilir. Pedikülünün tolere ettiği rotasyon derecesi 130 derecedir(5). Biz bu çalışmamızda flebi 110 derece rotasyon ile onarım sağladık ve flep üzerini kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapattık.

Sonuç: Kolaylıkla diseksiyon yapılabilir olması, donör alanın primer kapatılabilmesi, çok fazla anatomik varyasyonunun görülmemesi, flep vaskülaritesinin güvenilir olması, serbest flep tecrübesi olmayanlar tarafından yapılabilir olması, herhangi bir major arter ya da fonksiyonel kasa zarar verilmemesi, özellikle orbita lateral duvarı alınan vakalarda kolaylıkla rotate ettirilebilir olması, erken rehabilitasyon ve mobilizasyona izin vermesi gibi nedenlerden dolayı malar bölge rekonstrüksiyonunda temporal kas flebi tercih edilebilir.

Kaynaklar:

1. Acar A, Yaman B, Yanmaz A, YoldaĞ AH, Karaarslan I, Akalın T, et al. Ege Üniversitesi Hastanesinde görülen melanom dıŞı deri kanserlerinin epidemiyolojik ve demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi. 2020;59:97-108.
2. Lubov J, Labbe M, Sioufi K, Morand GB, Hier MP, Khanna M, et al. Prognostic factors of head and neck cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;50(1):54
3. Ge NN, McGuire JF, Dyson S, Chark D. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck II: surgical treatment and reconstruction. Am J Otolaryngol 2009;30(3): 181-92.
4. PADGETT JK, HENDRIX JD. Cutaneous malignancies and their management. Otolaryngol Clin North Am 34:523-553, 2001.
5. Koranda FC, McMahon MF, Jernstrom VR. The temporalis muscle flap for intraoral reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987;113(7):740-3.

Anahtar Kelimeler: defekt, flep, skuamöz hücreli karsinom, temporal kas

Olgu

P-013
Damakta Pleomorfik Adenom

Ahmet Koyuncu, Mehmet Dadacı, Moath Zohour, Orhan Gök, Pınar Gündüz Öztürk

Necmettin Erbakan Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: Tükürük bezi tümörleri, insandaki tüm neoplazmların %1-4'ünü oluştururken baş boyun bölgesinde meydana gelen tümörlerinin ise % 7'sinden azını oluşturmaktadır(1-2).Pleomorfik adenom, epitelyal ve meşenşimal hücrelerin diferansiyasyonundan oluşan miks tümor olup tükürük bezlerinde en sık görülen iyi huylu tümördür.Tümör sıklıkla parotis bezinde(%75) genellikle

yüzeyel lobunda, submandibular bezde (% 5-10) ve minor tükürük bezlerinde görülür.Minör tükrük bezleri içerisinde en sık sert damakta yerleşim gösterir.Pleomorfik adenom (PA) ağrısız, mobil ve yavaş büyüyen bir kitleyle karakterizedir. Yavaş büyümesine rağmen büyük boyutlara ulaşabilir. Tümörün tedavisi cerrahi eksizyondur.Yetersiz rezeksiyon lezyonun nüksüne neden olabilir.Tümör benign karakterli olsa da metastaz ve malign transformasyon gösterebilir(3). Lezyon geniş bir yaş aralığında görülebilmekle beraber en sık 5. ve 6. dekatlarda görülmektedir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sıktır(4).Bu posterde kliniğimizde karşılaştığımız damak yerleşimli pleomorfik adenom vakasına yaklaşımımızı aktarmak istedik.

Olgu Sunumu: 48 yaşında erkek hasta 28 yıl önce ortaya çıkan ve damakta büyüyen kitlesel lezyon ve son iki ayda konuşmada değişme, nefes almada güçlük, ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu.Hasta, bu kitlenin yavaş yavaş büyüdüğünü; öncesinde travma, cerrahi ya da enfeksiyon öyküsü olmadığını belirtti.Fizik muayenede, sert damak mukozası altına lokalize, fluktuasyon vermeyen, sert kıvamlı yer yer ülsere komponentleri olan kitle görüldü. (Resim 1).Lenfadenopati saptanmadı. MR raporu Sağ nazal kavite ve sağ maksiller sinüs tabanında heterojen kontrastlanan yaklaşık 3x2 cm boyutlu kitle ve damakta eroziv değişiklikle beraber oral kaviteye doğru uzanım gösteren yaklaşık 2x1.5 cm'lik boyutlu komponenti izlendi şeklindeydi.Tomografi görüntülemesinde sağ maksiler sinüs tabanında üst damakta destrüksiyona da sebep olarak oral kaviteye de lobulasyon şeklinde uzanımı olan kitlesel lezyon izlendi.(Resim 2)Hasta genel anestezi altında operasyona alındı.Sağ lateral rinotomi insizyonu ile girilerek cilt flepleri eleve edildi.Sağ gingivobukkal insizyon ile ağız içi insizyon uzatılarak tümöral dokuya ulaşıldı.Sağ alveolomaksiller buttressten itibaren testere ve osteotomi yardımıyla maksiller sinüs ön duvarında pencere oluşturuldu ve tümoral dokuya tam erişim sağlandı.Tümör, invaze olduğu görülen sağ taraf konkalar,nazal mukoza ve septumun bir kısmı ile beraber eksize edildi.Dingman ekartörü yardımı ile damaktaki komponent ortaya kondu ve tümöral kitle etraf yumuşak dokulardan ve sert damaktan tur yardımı ile eksize edildi.Oluşan defekt için nazolabial bölgeden revers facial (angüler) arter bazlı fasyokütan flep tasarlandı. (Resim 2).Flep 9x4cm'lik olacak şekilde kaslar üzerinden kaldırıldı.Flep sol alar kanar komşuluğunda tünelize edildi ve damağı kapatacak şekilde inseti yapıldı.Flep donör alanı ise posteroauricular bölgeden tasarlanan fasyokutan flep ile kapatıldı(Resim 3).Operasyon esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.Tümoral kitlenin patoloji raporu pleomorfik adenom şeklindeydi.

Tartışma: Pleomorfik adenom, yavaş büyüyen, asemptomatik, tek taraflı sert bir kitle olarak ortaya çıkar. Etkilenen tükürük bezi ne kadar küçükse, kötü huylu bir tümöre dönüşme ihtimali o kadar yüksektir.Minör tükürük bezlerinden kaynaklandığında genelde olgumuzda olduğu gibi yumuşak ve sert damakta prezente olur(6).Malign transformasyon ihtimali olan bir tümör olması ve nüks riskinin azaltılması amacıyla geniş cerrahi rezeksiyon ile tedavi edilir. BT,MRG gibi ileri görüntüleme yöntemleriyle, tümörün yeri, boyutu ve çevre yapılarla ilişkisi ortaya konarak operasyon planlanır.En sık karşılaşılan cerrahi komplikasyonlar kapsüler penetrasyon ve tümör rüptürüdür.Cerrahi esnasında bu komplikasyonlar gelişirse ya da geniş eksizyon sağlanamazsa ilk ameliyattan birkaç yıl sonra geride kalan tükürük bezi ya da etraftaki dokular içerisinde çoklu, nodüler kitleler şeklinde nüks izlenebilir.(5-6-7-8)Olgumuzda da, damakta yer alan pleomorfik adenom, maksillanın etkilenen kemik segmenti ile beraber eksize edilmiş ve oluşan defekt için aynı seansta rekonstrüksiyon planlanmıştır.

Damaktaki büyük defektler için serbest flepler ilk tercih olsa da olgumuzda olduğu gibi küçük-orta boy defektlerin varlığında ve ek komorbiditelerin varlığında diğer pediküllü flepler kullanılabilir. Bunlara submental flep gibi pediküllü ekstraoral lokorejyonel flepler, fasiyal arter muskulomukozal (FAMM) flep gibi kas-mukoza flepleri veya daha yakın zamanda tarif edilen derin lingual arter aksiyal flebi örnek verilebilir.Ayrıca, fasyal arter ve angular arter bazlı pediküllü flepler orta yüz defektlerinin onarımında minimal donör alan morbiditesi ve güvenilir vasküler dolaşımı sebebiyle tercih edilebilir seçeneklerdendir. Orta yüz defektlerinin onarımında fasiyal arter perforatör flepleri kullanılarak elde, edilen sonuçlar en az yerleşik lokal fleplerle elde edilenler kadar iyi olabilir.Ek olarak, daha fazla tasarım özgürlüğü sağlarlar ve kusuru kapatmak için kolayca >=180° döndürülebilirler.Çok sayıda avantajı olan çok fonksiyonel fleplerdir.Örneğin, defekt ile donör alan arasında sağlam bir kutanöz alan varsa herhangi bir şekil bozukluğu bırakmadan deri altı tünel yoluyla defekt bölgesine kolayca transfer edilebilirler.(9-10)

Olgumuzdaki hastada da defektin orta büyüklükte ve hastanın 12 yıldır tip 2 diyabet olması bizi pediküllü flep seçeneklerini düşünmeye itti.Buradan yola çıkarak bu hastadaki palatal defektin ters akımlı fasyal arter bazlı ada flebi ile rekonstrükte edilebileceğini düşündük.Tasarlanan flep, flebe kas dahil edilmeksizin fasyokutan flep şeklinde kadırılarak sol alar kanat inferiorundaki sağlam cilt altından tünelize edildi ve damak rekonstrüksiyonu sağlandı.

Sonuç: Pleomorfik adenom benign karakterde olsa dahi malign dönüşüm riski olan ve sık nükseden bir tümör olması sebebiyle geniş eksize edilmelidir.Sonuç olarak minör tükürük bezlerinin lokalizasyonu iyi bilinmeli ve bu bölgelerde meydana gelen şişlikler tümöral oluşumlar açısından dikkatli değerlendirilmelidir.Pleomorfik adenom damakta görülen kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir tümördür.(7-8)Ağız içi tümörlerin geniş eksizyonu sonrasında oluşan defektler için birçok flep tanımlanmış olmakla beraber, olgumuzda ters akımlı fasyal arter-anguler arter bazlı fasyokutan flebin ada flebi şeklinde cilt altından tünelize edilerek damak rekonstrüksiyonunda kullanılması bu flebin uygun bir alternatif olabileceğini göstermektedir.

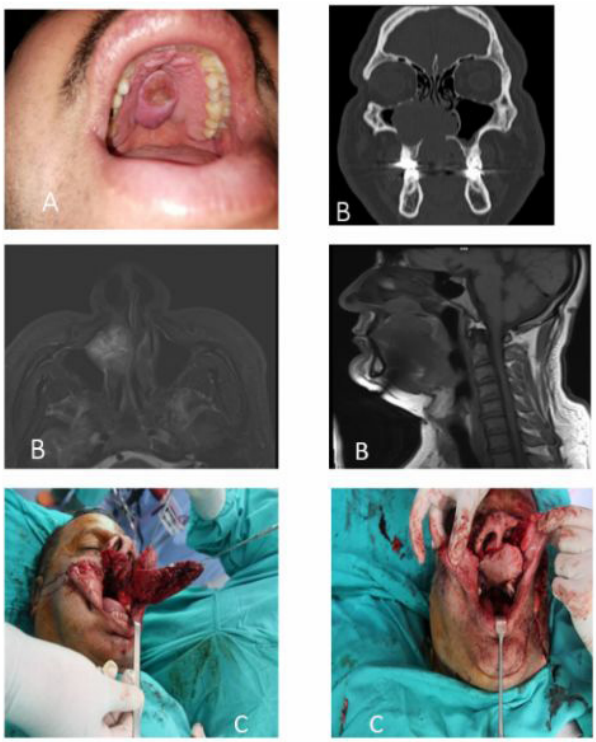
Kaynaklar:

1. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM:Intraora lminorsalivaryglandtumors: a retrospectivestudy of 62 cases in a Venezuelanpopulation. J Oral PatholMed 1996; 25: 1-4.
2. Brookstone MS, Huvos AG: Central salivaryglandtumors of themaxillaandmandibula: a clinicopathologicstudy of 11 caseswith an analysis of theliterature. J Oral MaxillofacSurg 1992; 50: 229-36
3. AltanA,Damlarİ,Üstdudakvedamaktalokalizepleomorfik adenom: İki olgu sunumuSelcukDentalJournal, 2014; 2: 71-76
4. Günhan Ö: Oral ve Maksillofasial Patoloji.Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2001: 116-17.
5. Spiro RH. Tükürük neoplazmaları: 2807 hasta ile 35 yıllık deneyime genel bakış.Baş Boyun Cerrahisi. 1986; 8:177–84.
6. Kopec T. Nowotworygruczołówślinowych. Kamicagruczołówślinowych. PrzewLek. 2002; 5:78-81.
7. Cawson RA, Odell EW, Porter S: Cawsonís Essentials of Oral Pathologyand Oral Medicine. 7th ed, Churchill Livingstone, London,2002: 264-5.
8. Kawahara A,Harada H, Kage M, Yokoyama T, Kojiro M. Tükürük bezinin pleomorfik adenomunda epitel bileşenlerinin karakterizasyonu. Açta Cytol.2002; 46:1095–100
9. Rahnama M, Orzedala-Koszel U, Czupkallo L, Lobacz M, 2013. Pleomorphic Adenoma Of ThePalate: A Case Report AndReview Of TheLiterature. ContempOncol (Pozn);17,103-106

10. Horta R., PhD, Barreiro D. The Facial Artery Perforator Flap as a New Option for Reconstruction of Intraoral Defects: Surgical Tips and Clinical Series The Journal of Craniofacial Surgery Volume 30,Number 5,July 2019

Anahtar Kelimeler: Fasiyal arter perforatör flep, Pleomorfik adenom, Sert damak, Tükürük bezi tümörü

Şekil A:. Kitlenin preop görüntüsü Şekil B: Hastanın MR ve BT görüntüleri Şekil C: Hastanın intraop görüntüleri



Şekil A:. Kitlenin preop görüntüsü Şekil B: Hastanın MR ve BT görüntüleri Şekil C: Hastanın intraop görüntüleri

P-014

Ağız İçi Kitle İle Başvuran Hastada Ayırıcı Tanıda Bir Hematolojik Hastalık: Ekstramedüller Plazmositom

Elif Gündeş, Hüseyin Can Yücel, Aytaç Alten, Erol Kozanoğlu, Bora Edim Akalın

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

Giriş: Ağız içi şişlik şikayeti ile başvuran olgularda klinik muayenede saptanan kitleler nadiren de olsa hematolojik bir hastalığın göstergesi olabilir. Bu çalışmada ağız içi kitle şikayeti ile başvuran hastanın tanısal ve tedavi süreçleri irdelenmiştir.

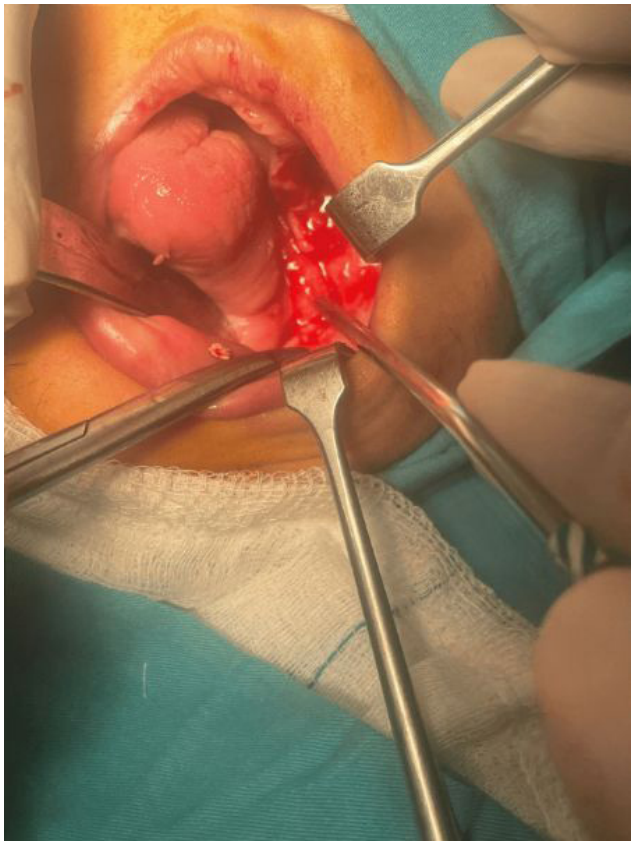
Gereç-Yöntem: Elli yaşında kadın hasta Aralık 2021'de ağız içindeki sol hemimaksilladaki kitle sebebiyle tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenede söz konusu kitlenin 2. molar diş hizasında olduğu, ekzofitik olduğu ve üzerinde ülserasyon olmadığı saptandı. Hastanın yapılan maksillofasyal BT görüntülemesinde maksilla solunda kemik medullası dışında kitle saptanması üzerine hastanın histopatolojik verifikasyonu için kitleye yönelik biyopsi planlandı ve hasta ameliyat edildi.

Bulgular: Ameliyat sırasında mevcut lezyonun etrafında yaklaşık 2 mm sağlam mukoza sınırı bırakılarak sol hemimaksilla lateralindeki kitle total ve enblok olarak rezeke edildi. Ameliyat sırasında frozen section değerlendirmesi gönderilen kitlenin patoloji sonucunda ''iltihabi granülasyon dokusu'' saptandı. Malignite görülmemesi üzerine ortaya çıkan doku eksikliği sol bukkal mukozadan kaldırılan mukoza flebi ile onarıldı. Nihai patoloji değerlendirmesi sonucu ise IgG-Kappa baskın plazma hücre popülasyonu olarak raporlanmıştır. Bunun üzerine hastanın klonal plazma hücre hastalığı açısından değerlendirilmesi için İç Hastalıkları Hematoloji polikliniğine konsültasyonu yapılmıştır. İlgili birimde ''Plazmositom'' tanısı konulan hastanın ileri tetkikleri yapıldı. Şubat 2022'de yapılan PET görüntülemesinde sistemik tutulum lehine bulgu izlenmeyen hasta İç Hastalıkları Hematoloji birimi tarafından takip programına alınmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Ağız içi kitlelerde ilgili anatomik bölgenin primer hastalıkları öncelikli olarak düşünülse de, sistemik metastazlar ve hematolojik hastalıkların da bu bölgede kitlelere sebep olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ağız içi kitle, IgG-kappa, ekstramedüller plazmositom

Peroperatif Görüntülenen İntraoral Kitle



P-015

Kalvaryum Defektine Rekonstrüksiyon Yaklaşımımız: Olgu Sunumu

İlker Uyar[1], Burak Çatalkaya[1], Aytunç Özsoy[1], Meltem Ayhan Oral[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Saçlı deri, kafatasını koruyan önemli bir fonksiyonel ve estetik yapıdır. Elastikiyetinin fazla olmaması sebebiyle kafa derisinin yumuşak doku kusurları rekonstrüksiyonu plastik cerrahlar için her zaman zorlayıcı olmuştur. Bu defektler genellikle travma, yanık ve tümör cerrahisine sekonder olarak ortaya çıkmaktadır(1). Hangi rekonstrüksiyon seçeneğini kullanacağımızı belirlerken ise defekt yeri ve boyutu, etiyolojisi, hasta yaşı ve demografik özellikleri, radyasyon ve kemoterapi öyküsü, skar, alopesi ve saç çizgisini bozmama gibi çeşitli unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır. Skalp rekonstrüksiyonunda lokal flepler, pediküllü flepler, doku genişleticiler ve serbest flepler kullanılabilecek tedavi modaliteleridir(2).

Bu çalışmamızda skalp vertekste tümör rezeksiyon sonrası oluşan büyük doku defektinin rekonstrüksiyonunda verici arter, ven pedikül boyu anastomoz için yeterli uzunlukta olmadığında ne yapılması gerektiğini literatür eşliğinde sunuyoruz. Aynı zamanda bu operasyon sonrası 17. ayda gelişen kranial abse operasyonu sonrası aynı flebin skalp rekonstrüksiyonu için tekrar kullanımını sunuyoruz.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta 6 yıldır saçlı deride olan kitle sebebiyle plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde yaklaşık 6 cm çapında, malign görünümde, ciltten kabarık, kötü kokulu, akıntılı kitle, lenf nodlarında tutulum olmadığı görüldü. Periost invazyonu yoktu. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom tanısı alan hastanın kitlesi için operasyon planlandı. Kitle 2 cm marjla subperioesteal plandan total eksize edildi.

Gönderilen frozen materyalleri, negatif gelmesi üzerine vertekseteki defekt alanı için serbest latissimus dorsi kas flebi planlandı. Defekte uygun kas inferior ve medial sınırlardan diseke edildi. Pedikül boyu fasial arter ve vene anastomoz için yeterli olmaması sebebiyle hastanın sol bacağından ven grefti alındı. Ven grefti yardımı ile anastomozlar yapıldı. Flep, adapte edildi. Hasta postoperatif 2.haftasında taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1.hafta, 1. 3 ve 6. Ay takipleri yapıldı. 12. Ay kontrolünde sağ parietal bölgede bazal hücreli karsinom saptanması nedeniyle hastaya tekrar operasyon önerildi. Ancak hasta operasyonu kabul etmedi.

Medikal tedavi için tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Takiplerine düzenli gelmeyen hastanın operasyondan 17 ay sonra genel durum bozukluğu nedeniyle acil servise başvurduğu öğrenildi. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından yoğun bakıma yatırılan hastaya kraniotomi planlandı. Tarafımıza kraniotomi sonrasında oluşacak defektin rekonstrüksiyonu için danışıldı. Eski free latissimus dorsi flebi posteriorunda 8x8 cm kranium ekspoze ve kranial kemiklerde yer yer ülserasyonların görüldüğü defekt mevcuttu. Tarafımızca operasyona katılım sağlandı. Free latissimus dorsi flebi kranium üzerinde granülasyon dokusu bırakılacak şekilde distalden pediküle doğru eleve edildi. Beyin ve sinir cerrahisi ekibi tarafından ülsere ve ekspoze kranial kemik sahası eksize edildi. Ülserasyon tabanındaki dura mater yeşil, pürülan görünümdeydi. Dura mater açıldığında abse materyali boşaldığı görüldü. Beyin ve sinir cerrahisi ekibi tarafından yapılan debridman ve dura onarımı sonrasında flep defekt alanına doğru posteriora adapte edildi. Anteriorda kalan donör saha kısmi kalınlıklı deri grefti ile rekonstrükte edildi.

Tartışma ve Sonuç: Kafa derisi defektlerinin ideal rekonstrüksiyonu, anatominin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına, cerrahi tekniklerin, donanımın tam olarak değerlendirilmesine, hasta faktörlerinin ve beklentilerinin ayrıntılı bir değerlendirmesine dayanır(3). Verteks bölgesinde oluşan büyük doku defektlerinde eğer periost korunamamışsa serbest flepler düşünülebilir. Latissimus dorsi serbest flebi bu flepler arasında ilk tercih edilenlerdendir(4). Alıcı damarlar ele alındığında temporal arter ve ven bizim vakamızda olduğu gibi her zaman anastomoza elverişli olmayabilir(5). Böyle durumlarda alternatif planlarımız her zaman hazır olmalıdır.

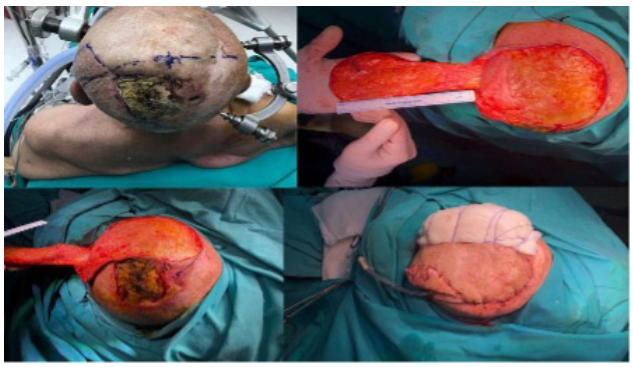
Bu çalışmada skalpte oluşan büyük doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda, flep pedikül boyu yetersizliği durumunda ven grefti ile latissimus dorsi serbest flep kullanımını inceledik. Çalışmamız aynı zamanda önceki seansta serbest doku nakli yapılan sahaya yakın bir sahada rekonstüksiyon için dokuya ihtiyacımız olduğunda, önceki seansta yapılan flebin de rekonstrüksiyonda kullanılabileceğini öne çıkarmaktadır. "Crane fenomeni" ile serbest flep altındaki kranium yüzeyinin granüle olması donör sahanın greftlenebilmesi ile sonuçlanmıştır. Rekonstrüksiyon için yeni bir flep planlanmaması hastada ek morbiditenin oluşmasını önlemiştir.

Kaynaklar:

1. Hoffmann JF: Management of scalp defects. Otolaryngologic Clinics of North America 34(3):571-582, 2001
2. Lin SJ, Hanasono MM, Skoracki RJ. Scalp and calvarial reconstruction. Semin Plast Surg. 2008
3. Cormack GC, Lamberty BG: The arterial anatomy of skin flaps, 2nd ed., Hong Kong: Churchill Livingstone,1994
4. Reconstructive approach to hostile cranioplasty: A review of the University of Chicagoexperience, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery,
5. Hussussian CJ, Reece GP. Microsurgical scalp reconstruction in the patient with cancer. Plast Reconstr Surg. 2002

Anahtar Kelimeler: Kalvaryum, latissimus dorsi, skalp

Figür



P-016

Pektoral flebin kaybı nedenli oluşan geniş defektin rekonstrüksiyonunda kurtarıcı flep olarak Anterolateral uyluk flebinin kullanımı

Mohammed Seyam, Mehmet Bayram, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif, Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Parotis bezi tümörü rezeksizyonu sonrası rekonstrüktif seçenekler arasında primer kapatma, lokal flepler, yakın flepler ve serbest flepler yer almaktadır. İleri yaş hastalarda serbest doku aktarımı nispeten zorlu bir seçenek olsa da tercih edilmek zorunda kalınabilmektedir. Bu çalışmada, dış merkezde parotidektomi ve kulak amputasyonunun uygulandığı ve sonrasında rekonstrüksiyonda kullanılan pektoral flebin total nekrozu oluşan ve bu sebeple danışılan hastada kurtarıcı flep olarak ALT(anterolateral uyluk) serbest flebinin kullanımının uygulandığı vaka örneği sunulmaktadır.

Vaka: Bir sene önce sağ kulak altında şişlik şikayeti nedeni ile opere olan hasta aurikulotemporal bölgedeki nekrotik yara nedeniyle kliniğimize başvurdu, Ek kormorbidite olarak koroner kalp hastalığı bilinen 92 yaşında kadın hasta tarafımızca değerlendirildi. Hastanın hikayesinde kitlesinden alınan tru cut biyopsisinin asinik hücreli karsinom ile sonuçlanmış olduğu öğrenildi. Hastaya parotidektomi,boyun disseksiyonu ve sağ pektoral kas deri flebi ile rekonstrüksiyon yapldığı öğrenildi. Hastanın ameliyat sonrası takipleri sırasında flepte total nekroz gelimesi nedeni ile tarafmıza başvurdu, Hastaya debridman ve Anterolateral uyluk flebi (ALT) serbest flep planlandı. Sağ uyluktan 15x10 cm boyutlu ALT kaldırıldı ve sağ süperior tiroid arteri ile anterior juguler vene anastomoz edilmek suretiyle defekt onarıldı. Bir gün yoğun bakım ünitesi takibi sonrası toplamda 6. günde hasta ayaktan takip altına alındı. Ameliyat sonrası herhangi bir iyileşme problemiyle karşılaşılmadı ve birinci yılında herhangi bir nüks izlenmedi.

Tartışma- Sonuç: Parotis bezi kanserleri baş ve boyun bölgesinin en sık rastlanan kanserlerinden biridir. Kitle eksizyonu sonrası ortaya çıkan defektlerin onarılması bir sorundur. Plastik cerrahi dışı branşların sıklıkla kullandığı ve mikrocerrahi tecrübe gerektirmeyen pektoral kas flebi bölgenin rekonstrükisyonunda çok sık kullanılır. Özellikle fiziksel olarak düşkün olarak tabir edilebilecek ileri yaş hastalarda vasküler problemlerin artıyor olması ve ek komorbiditeler sebebiyle serbest flep tercihinden mümkün olduğunca kaçınılmaktadır. Aurikulotemporal bölge geniş defektlerinin rekonstrüksiyonunda pediküllü olarak taşınabilecek flep seçeneklerinin başında pektoral ve latissimus dorsi (LD) kas flepleri gelmektedir. Bu vaka örneğinde olduğu gibi pektoral kas flebinin kaybı durumunda LD ve serbest flep gibi diğer seçenekler değerlendirilmek zorundadır. Mikrocerrahi tecrübenin ve ekibin mevcut olduğu merkezlerde, kas fleplerinin kullanımının sebep olacağı fonksiyonel kaybın bertaraf edilmesi ve ameliyat sonrası nekahat döneminin kısa tutulabilmesi amacıyla, ALT serbest flebiyle rekonstrüksiyon tercihinin ileri yaşlı hastalarda dahi uygulanmasının mümkün olduğu gösterilmiştir.

Kaynaklar:

Department of Otolaryngology/Head and Neck Surgery at Oregon Health & Science University, 3181 SW Sam Jackson Park Road, PV01, Portland, OR 97239, USA

Anahtar Kelimeler: Anterolateral uyluk flebi, Parotidektomi, Pektoral flep

Preop-Postop

P-017

Sarsılmış bebek sendromu sonucu gelişen cilt defekti: olgu sunumu

Mehmet Ali Ersoy, Damla Gencel, Ömer Kokaçya, Eyüphan Gencel

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

Giriş: Sarsılmış bebek sendromu (SBS), bebekte kafa içi, retinal kanama ve beyin hasarı, hatta ölümle sonuçlanabilen ebeveynin bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Kaza dışı kafa travmasının alt grubu ve en sık görülen çeşidi olan SBS, bebeklerdeki fiziksel istismarın yıkıcı ve ölümcül formunu oluşturmaktadır. Daha önceden tamamen sağlıklı bir çocuk hastaneye beslenme bozukluğu, kusma, solunum sıkıntısı, nöbet, huzursuzluk, uykuya eğilim, bilinç düzeyinde değişiklik ile gelebilir. Sarsılmış bebek sendromunun bulguları özgül olmadığı için ayırıcı tanıda birçok hastalık düşünülmelidir. Tanıyı koymada fizik muayene ve öykü ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn ve bakıcı bildirimlerinde travma öyküsü yoktur ya da hafif bir travma öyküsü vardır.

Olgu: 38 günlük erkek hasta huzursuzluk, ağlama şikayetleriyle hastanemiz çocuk acil servisine getirildi. Öyküsünde düşme, sarsma tariflenmeyen olgunun miadında C/S ile 2445 gram doğduğu öğrenildi. Yenidoğan yatış öyküsü olmayan, öncesinde bilinen bir rahatsızlığı olmayan hastanın soygeçmişinde anne ve baba arasında akrabalık olmadığı ifade edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde takipneik, taşikardik, siyanotik olduğu ve sol preaurikuler bölgeden başlayıp sol servikal bölgeye uzanan ekimozu olduğu görüldü. Kan şekeri:25 gelen hastaya dekstroz puşelendi. Takiplerinde saturasyon:80 KTA:60 ın altında olan hasta entübe edilerek 11 dk CPR yapıldı. KTA 100'ün üzerine çıkan hasta takiben Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Çekilen beyin BT'de suboksipital alanda ödemli görünüm mevcut olup beyin

parankiminde akut patolojik dansite izlenmedi. Yapılan göz dibi muayenesinde papil ödemi ve retinada kanama bulgusu saptanmadı. Hastanın takipleri esnasında tekrar çekilen beyin BT'de subdural mesafede yeni gelişen en geniş yerinde 7.5 mm kalınlığa ulaşan subdural efüzyon ile uyumlu alan izlendi. Takiplerinde sol preauriküler bölgedeki ekimotik lezyon genişleyerek submandibular bölge ve servikal bölgeye uzanan 3x2cm lik nekrotik lezyona dönüştü. Ayrıca takiperinde suboksipital bölgede 2x2 cm'lik nekroze lezyon gelişti. Genel durumu kötü olan hasta pansuman ile takip edilerek yatışının 19. gününde genel durumunun operasyona uygun hale gelmesi üzerine her iki lezyona yönelik debridman yapıldı. Lezyonlar 10 gün boyunca takip edildi. Nekrozun ilerlemediği görülerek granüle olan defektler STSG ile onarıldı. Debride edilen spesmenlerin histopatolojik incelemesi sonucu süpüratif nekrotizan inflamasyon, yağ nekrozu olarak sonuçlandı. Pansumanla takip edilen hastanın greftlerinin adapte olduğu görüldü. Acil servise başvurusundan itibaren 50 gün yoğun bakım ünitesinde 13 gün serviste takip edilen hasta genel durumunun düzelmesi üzerine taburcu edildi.

Tartışma: Sunulan olguda; ağlama, huzursuzluk, boyunda ekimoz şikayetiyle başvurusu sonrasında subdural efüzyon saptanması ve diğer olgulardan farklı olarak travma öyküsünün olmaması, öykü derinleştirildiğinde annenin refleks olarak sarstığının öğrenilmesi üzerine "sarsılmış bebek sendromu" tanısı kondu. Ağlama krizleri sonucunda ebeveynlerin bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan ve bebekte kafa içi kanama, göz dibi kanaması ve beyin hasarı, hatta ölümle sonuçlanabilen bir durum olan SBS'de sabit kalan boynun hızlı ve tekrarlayan fleksiyon, ekstansiyon ve rotasyon hareketleri ile oluşur. Beyin zedelenmesinin derecesi, sarsmanın şiddeti ve uygulanan güce, fırlatmanın varlığına ve tedaviye ulaşma zamanına bağlıdır. SBS bulguları özgül olmadığından ayırıcı tanıda sepsis, menenjit, meningoensefalit, metabolik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, viral hastalıklar, ani bebek ölümü sendromu, doğuştan kalp hastalıkları, kanama bozuklukları gibi birçok hastalık düşünülmelidir. Sunulan olguda klasik semptomların dışında preaurikuler bölgede, boyunda ve suboksipital bölgede hızlı ilerleyen nekroze cilt defektinin saptanması olguyu diğerlerinden ayırmaktadır. Olgumuzda cerrahi debridman ve deri grefti le onarım yapılmış olup takiplerinde greftin adapte olduğu ve nekrozun ilerlemediği görülmüştür.

Sonuç: Sonuç olarak özellikle 3 yaşından küçük, travma öyküsü olmadan subdural hematom/efüzyon, boyunda,skalpte ekimoz/nekroz ile karşımıza gelen olgularda ayırıcı tanıda sarsılmış bebek sendromu mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: ekimoz, greft, nekroz

Olgu

P-018

Frontal Sinüs Anterior Tabulanın Skuamöz Hücreli Karsinom İnvazyonu; Olgu sunumu

Cem Aydın, Çağla Çiçek, Mert Can Rador, Ali Kıvanç Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom (scc) derideki keratinositlerden gelişen; genellikle baş, boyun ve el dorsumu gibi vücutta ultraviyole ışınlara uzun süre maruz kalan alanlarda görülür. Scc invazyon ve metastaz potansiyeli yüksek bir cilt kanseri türüdür. Bölgesel lenf nodu metastazları daha erken ve sistemik metastazların başlamasından önce görülür. Gövde ve ekstremite lezyonlarının metastaz riski %2 ile %5 arasında değişirken, yüz ve el dorsumunda bulunan lezyonlarda bu oran %10 ile %20 arasındadır. Metastazlar, eğer meydana geleceklerse, ilk iki yıl içinde oluşurlar. Akciğer, kemik ve beyin uzak metastaz için tipik yerlerdir.(1) Biz bu olguda, yüz cildinde scc tanısı konulan preoperatif görüntülemelerde kemik tutulumu saptanmayıp peroperatif frontal sinüs anterior tabula kemik invazyonu izlenen hastadan bahsedeceğiz.

Olgu: 33 yaşında bilinen ek hastalığı, malignite öyküsü olmayan erkek hasta yaklaşık 2 senedir sol kaş üzerinde yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol kaş superolateralinde yaklaşık 5x5 cm ebatında üzeri hemorajik krutlu, yer yer nekrotik alanların olduğu kenarları keskin sınırlı eritemli, fikse lezyonu mevcut olan olan; baş boyun ve parotis muayenesinde lenfadenopati palpe edilmeyen hastadan scc ve bazal hücreli karsinom(bcc) ön tanılarıyla insizyonel biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu az diferansiye scc olarak değerlendirildi. Bu nedenle operasyon planan hastanın operasyon öncesi çekilen kontrastsız baş boyun tomografi raporunda sol periorbital ve frontal bölgede doku bütünlüğünün bozulduğu, laserasyonun eşlik ettiği yumuşak doku dansitesinde kitle saptanıp komşu kemikte belirgin destrüksiyon saptanmadığı belirtildi. Parotis ve servikal lenf nodlarında patoloji saptanmadı. Tarafımızca hastaya kitle eksizyonu ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Patoloji sonucunun taban cerrahi sınıra bitişik, perifer cerrahi sınırları intakt, perinöral invazyon ve ülserasyonun bulunduğu az diferansiye scc olarak raporlanması üzerine hastaya reeksizyon planlandı. Rezeksiyon sırasında tomografi raporunda mevcut olmayan frontal kemik üzerinde makroskopik tümör invazyon alanları izlendi. Bunun üzerine hasta perioperatif olarak beyin sinir cerrahisi bölümüne konsulte edildi. Beyin sinir cerrahisi ekibi vakaya peroperatif dahil olarak frontal kemik anterior tabulada bulunan tümöral alanın kemik ile birlikte rezeksiyonunu ve oluşan kemik defektinin metilmetakrilat ile onarımını gerçekleştirdi. Ardından tarafımızca yumuşak doku defekti onarımı için sağ radial ön kol flebi planlandı. Defekte uygun boyutta flep elevasyonu sonrası alıcı damar olarak hazırlanan sol süperfisyal temporal arter ve eşlik eden vene anastomoz yapıldı. Patoloji sonucunda rezeke edilen kortikal ve trabeküler kemik dokusunda az diferansiye scc saptandı. Lateral cerrahi sınırlarda tümöral doku izlenmedi. Postoperatif dönemde flepte venöz yetersizlik bulguları gelişmesi sonrası flep kaybı yaşandı. Bunun üzerine flep debride edilerek oluşan skalp defekti rotasyon flebi ile rekonstrükte edildi. Takiplerinde 3. Ay kontrolünde hastanın sol malar alanda skuamöz hücreli karsinom nüksü izlendi. Nüks kitle rezeke edikerek kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi.

Tartışma ve Sonuç: Cilt skuamöz hücreli karsinomları sık görülmekle birlikte kemik invazyonu çok daha nadirdir. İlerlemiş tümör boyutlarında ve kötü diferansiye tiplerinde invazyon olasılığı artmaktadır. Olgumuzda görüntüleme yöntemlerinde erken dönem kemik invazyonlarında atlanabilen ancak bizim vakamızda olduğu gibi operasyon esnasında karşılaşabileceğimiz kemik invazyonlarında beyin sinir cerrahisi kliniği ile birlikte multidisipliner yaklaşımın önemin ve cerrahi sınırlar uygun şekilde rezekziyon yapılmasına rağmen erken dönem lokal nükslerin sık olarak görülebileceğini vurgulamak istedik.(2)(3)

Kaynaklar

1. Burton KA, Ashack KA, Khachemoune A. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: A Review of High-Risk and Metastatic Disease. Am J Clin Dermatol. 2016 Oct;17(5):491-508. doi: 10.1007/s40257-016-0207-3. PMID: 27358187.
2. Kadakia S, Ducic Y, Marra D, Chan D, Saman M, Sawhney R, Mourad M. Cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp in the immunocompromised patient: review of 53 cases. Oral Maxillofac Surg. 2016 Jun;20(2):171-5. doi: 10.1007/s10006-016-0545-6. Epub 2016 Jan 16. PMID: 26780196.
3. Oliveira N, Kandathil LJ, Tchernev G. Advanced squamous cell carcinoma with massive cranial invasion: walking around without a forehead. Dermatol Online J. 2022 Mar 15;28(2). doi: 10.5070/D328257404. PMID: 35670689.

Anahtar Kelimeler: SCC, KEMİK İNVAZYONU, FRONTAL SİNÜS

Frontal sinüs anterior tabula

P-019
Komplike Olmuş Kalvarial Defekti Olan Hastanın Yönetimi

Abdullah Kızmaz, Burak Özkan, Suleyman Savran, Batuhan Gözübüyük, Çağrı A. Uysal, Abbas Albayati

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

Giriş: Osteomiyelit veya tümör bağlı kraniektomi sonrası kalvaryal kemik ve yumuşak dokularda defekter gelişebilir. Defekt oluşma sebepleri; tekrarlayan ameliyatlara bağlı kemik kaybı, kemiğin osteomyeliti veya konulan alloplastik materyale reaksiyon gelişmesidir. Kemik ve yumuşak dokunun eş zamanlı kaybı, nörokranyumun ekspozisyonuna neden olur ve mortal bir tablo oluşturabilir ve rekonstrüksiyonu aciliyet gerektirir. Bu vaka sunumunda anevrizma nedeniyle opere olduktan sonra komplike olan ve yumuşak doku örtüsünün temini için sayısız başarısız ameliyat geçiren hastanın yönetimi sunulacaktır.

Vaka: 74 yaşında kadın hasta kliniğimize başında iyileşmeyen yara ve çöküntü nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde;2 yıl önce dış merkezde anevrizma kanamasına müdahale için cerrahi operasyon geçirdiği öğrenildi.. Operasyon sonrasında, kemikte osteomyelit gelişmesi üzerine, birkaç kez kemik debridmanı yapılmış. Sonrasında yerleştirilen alloplastik materyalin ekspozisyonu ile skalpte yumuşak doku eksikliği gelişmiş. Yumuşak doku defektinin kapatılmasına yönelik hastaya tüp interpolasyon flepleri, tagliacozzi flebi ve destekleyici olarak hiperbarik oksijen tedavisinden netice alınamamış. Fizik muayenesinde frontoparietal bölgede 8x10 cm lik kemik desteği olmayan dura üzerine fikse skatrisyel deplase yara tespit edildi. Hastaya beyin cerrahisi ile ortak alloplastik kalvarial ve serbest latissimus dorsi kas deri flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Serbest flep postoperatif 2. günde venöz yetmezliğe girdi ve total kaybedildi. Nekroze kas tabanın granüle olması beklenerek kurtlanmasına kadar debride edilmesi. Hastaya oksipital bölgedeki sağlıklı cildin altına gelecek şekilde 15x8x7.9 cm lik 700 cc rectanguler doku genişletici yerleştirildi. İki ayda doku genişletici ile şişirildi.Doku genişletici çıkarıldı. Oluşturulan flap defekt alanına adapte edildi.Herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Sonuç: Nörokranyumda oluşan defektlerim kapatılmasında deri greftleri, lokal flepler, serbest flepler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerle defekt kapatılmadığında kalan scalp dokusu kullanılabilir.Doku genişleticisi scalp dokusunda minimum dönor saha morbiditesi, yeterli kontur ve kalınlık, saçlı deri ile estetik kaygıların giderilmesi gibi avantajları mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Scalp, doku genişleticisi, flap

Resim 1

Scalpte kapanmayan yarada doku genişleticisi kullanarak onarımı. Erken ve geç dönem görüntüleri.

P-021
Setuksimab İlişkili Sikatrisyel Ektropiyon

İlknur Akbulut, Gökhan Doğan, Kemal Fındıkçıoğlu

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

Giriş: Setuksimab, epidermal büyüme faktörü reseptörünü (EGFR) hedefleyen bir monoklonal antikordur ve metastatik kolorektal kanserde kullanılmaktadır. RAS mutasyonlu metastatik kolorektal kanserli hastalarda genel sağkalımı iyileştirdiği gösterilmiştir.

EGFR inhibitörlerinin yaygın yan etkileri arasında kızarıklık, akneiform dermatit, kaşıntı ve döküntü gibi olumsuz cilt reaksiyonları yer alır. Oküler ve perioküler yan etkiler daha az yaygındır; bununla birlikte kuru göz sendromu, blefarit, trikomegali ve göz kapağı döküntüsü bildirilmiştir. EGFR ile ilişkili ektropiyon vakaları daha önce literatürde bildirilmiştir. Setuksimab'ın neden olduğu bir sikatrisyel ektropiyon vakasını sunuyoruz.

Olgu: 67 yaşında erkek hastada metastatik kolon kanseri nedeniyle 6 kür setuksimab içeren kemoterapi rejimi sonrası ektropiyon gelişmesi üzerine onkoloji bölümünden kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca yapılan değerlendirmede hastada gelişen ektropiyon kemoterapötik yan etkisi olarak değerlendirildi. Hasta son kemoterapi dozu verilip tarafımıza konsülte edildiği için şikayetin gerileyeceği düşünülüp hastaya tarafımızca lubrikan göz damlalarıyla konservatif takip önerildi. 6 hafta sonraki değerlendirmesinde ektropiyonun gerilediği görüldü.

Tartışma: Sikatrisyel ektropiyon, deri ve orbikülaristen oluşan ön lamellanın kısalması nedeniyle oluşur. Ön lamelin skarlaşması veya kısalması, kapak kenarının dışa doğru dönmesine neden olur. Sikatrisyel ektropiona yol açan ön lameller kısalmanın çeşitli nedenleri vardır. İyatrojenik

nedenler, enfeksiyonlar, kimyasal, termal hasarlar, farmakolojik ajanlar, otoimmün hastalıklar, cilt hastalıkları sikatrisyel ektropiyon nedeni olabilmektedir.

Sikatrisyel ektropiyon ve göz kapağı dermatiti gibi oküler adneksiyal yan etkiler floropirimidin ve dosetaksel kullanımı ile de bildirilmiştir. Setuksimab kullanımında sikatrisyel ektropion madarozis ile birlikte de görülebilmektedir.

Polikliniğimize başvuran hastada akut gelişen ektropiyonun literatürde setuksimab kullanımı ile bildirilen bir yan etki olması sebebiyle tedavi kesilmesi sonrası gerileyeceği düşünüldü. Oral doksisiklin ve topikal oftalmik steroid veya antibiyotikli merhem kullanımının EGFR inhibitörünün neden olduğu sikatrisyel ektropiyonu tedavi etmek için denendiği bilinse de bu uygulamaların klinik sonuçları belirsizliğini koruduğu için hastaya önerilmedi. Ektropiyon dışında oküler veya perioküler bir yan etki gözlemlemediğimiz hasta için erken cerrahi müdahale düşünülmedi ve 2 haftalık periyotlarla hasta poliklinikte değerlendirildi. Lubrikan göz damlasıyla takibi içeren 6 haftalık takibimiz süresince hasta ek başka ilaç kullanmadı. Bu dönemde şikayetinin gerilediği görüldü.

Sonuç: Özetle, bu vaka, anti-EGFR ilaçlarla ilişkili sikatrisyel ektropiyon tedavisinde ilaçların yan etkilerinin dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesine bir örnek teşkil etmektedir. Bu durumun bu hastalarda çoğu zaman geri dönüşümlü olduğu bilinmeli ve bu hastalarda cerrahi müdahale için acele edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: sikatrisyel ektropion, setuksimab, egfr inhibitörü

Hastanın ilk poliklinik başvurusu(solda), 6 hafta sonraki görünümü (sağda)

P-022
İntraorbital Primer İntraosseöz Menengiom Hastasında Orbita Rekonstruksiyonu: Olgu Sunumu

Mehmet Akkurt, Çağla Çiçek, Gaye Taylan Filinte, Anıl Mert Güleryüz

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Menengiomlar, intrakranial neoplazmaların %20 sini oluşturur(1). Menengiomların %1den azı prime intraosseöz olmakla birlikte bu olguların da yalnızca %1 oranında intraorbital oldukları bildirilmiştir(2). Literaturde primer intraosseöz meningiom tanısının nasıl konacağı yeterli degildir ve genelde pre-operatif primer kemik tümörleri ile karıştırılırlar(3). Olgumuzda primer intraorbital menengiom tanı ve tedavi süreci anlatılmıştır.

Olgu Sunumu: Hastanemiz Beyin Cerrahisi polikliniğine 40 yaşında kadın hasta sol gözde egzoftalmus şikayeti ile başvurdu. Detaylı anamnez sonrası şikayetinin 2 senedir varolduğu ve progresyon gösterdiği öğrenildi. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme(MR) tetkikleri sonrasında sol intraorbital fibröz displazi düşünülen hasta per-operatif katılım açısından tarafımıza danışıldı. Hastanın fizik muayenesinde 4 yana bakışta kısıtlılık ve diplopi izlenmedi; görme muayenesi ise doğal izlendi. Genel anestezi altında opere edilen hastadan kitle ile birlikte orbital lateral duvarının tamamı; inferior ve süperior duvarların ise lezyon tarafından etkilenmiş kısımları çıkarılarak spesmenler patolojiye gönderildi. Orbita lateral duvarı titanium mesh ile; diğer kemik yapılar metilmetakrilat. 3 adet mini plak ve 9 adet mini vida kullanılarak kranioplasti yapıldı. 1 adet hemovac dren yerleştirildi ve post-operatif 1. Günde çekildi. Post-operatif 2 gun orbita ödemi nedeniyle prednol kullanıldı; 3. Günde gerileme saptandı ve prednol sonlandırıldı. 6 aylık takipte hastanın egzoftalmus şikayetinin gerilediği ve ek bir şikayeti olmadığı saptandı.

Tartışma: Menengiomlar genellikle dura ilişkili, yavaş büyüyen iyi huylu tümörlerdir. En çok orta ve daha ileri yaş yetişkinlerde görülmekle birlikte, çocuklarda da rastlanabilir(4). Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre belirgin fazlalık gösterir(5). Tanıda BT ve MR kullanılmakla birlikte kesin tanısı ancak kitlenin histopatolojik olarak incelenmesi sonrası konulabilir. Primer orbita meningiomaları kırmızı granuler veya noduler kitleler halindedir. Büyüklükleri birkaç mmden göz küresinin hacmini 2 kat artıracak kadar değişkenlik gösterebilir(6). Bu çalışmada yalnızca egzoftalmus şikayeti ile hastaneye başvuran bir hastanın ekstradural menengiom tanısına varan süreçler ve tedavi süreci anlatılmıştır.

Kaynaklar

1. Almeida GM, Azevedo JRO, Ficho AV, Plese JB: Meningioma intraosseos. Arquivos de

Neuro- psiquiatria 33:268-271,1975

2. Lee HY, Prager J, Halm Y, Ramsey RC: Intraosseous meningioma: CT and MR appearance. J Comput Assist Tomogr 16:1000-1001, 1992
3. Crawford TS, Kleinschmidt-OeMasters BK, Lillehei KO: Primary intraosseous meningioma. J Neurosurg 83:912-915, 1995
4. Commins DL, Atkinson RD, Burnett ME: Review of meningioma histopathology. Neurosurg Focus 23(4):E3-9, 2007
5. Kienecker,E.W., Artmann,P.H., Shaa6an,M.: Diagnostical and Clinical Appearence of the Sphenoidal Ridge. Advances in Neurosurgery 2, Ed.: Klug, Brock, Klinger, Spoerri. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1975, pp. 68-74.
6. Russell,D.S., Rubinstein,L.J.: Patbology of Tumours of the Nervous System. Edward Arnold (Publishers) Ltd. Landon, 1971, Third Edition, pp.49-64.

Anahtar Kelimeler: Menengiom, Orbita rekonstruksiyonu, Plastik Cerrahi

P-023

Temporopariyetal fasya flebi ile kraniyofasiyal rekonstrüksiyon

Tarkan Kozan, Göktekin Tenekeci, Atakan Meriç Kahraman, Toprak Geçgel

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

Giriş: Baş-boyun kanserleri nedeni ile opere edilen hastalarda rezeksiyon sonrasında kalan defekti kapatmak için bir çok serbest flep veya pediküllü flep seçeneği vardır. Hastanın genel durumu, defektin özellikleri ve hangi bölgede bulunduğu tercih edilen onarım biçimi etkilemektedir. Temporopariyetal fasya flebi baş ve boyun bölgesindeki defektlerin rekonstrüksiyonu için kullanılan çok yönlü,kullanışlı bir pediküllü fasiyokütan flep çeşididir.

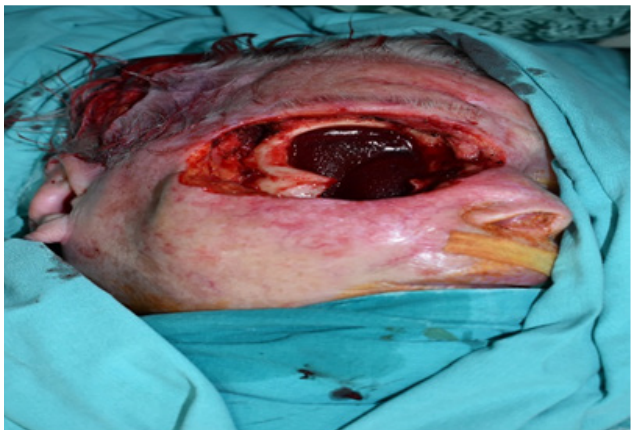
Olgu: Çalışmamızda öncesinde yüzde farklı zamanlarda çeşitli bölgelerde yapılan insizyonel biyopsiler sonucu multipl SCC tanılı lezyonlar nedeniyle çoklu operasyonlar geçiren,son olarak burun sağ yan duvar ve sağ alt göz kapağında tarafımızca yapılan insizyonel biyopsi sonucu SCC tanılı lezyonları için tümör invaze cildin geniş eksizyonu,maksiller sinüsün ön yüzünün alınması ve sağ boyun diseksiyonu, sağ göz total enükleasyonu işlemleri yapılan ve buna bağlı olarak sağ burun yan duvardan sağ lateral kantusa kadar uzanan geniş kemik, yumuşak doku ve cilt defekti bulunan 80 yaşındaki kadın hastayı ele aldık.Hastaya yapılan tümör invaze cildin geniş eksizyonu,maksiller sinüsün ön yüzünün alınması ve sağ boyun diseksiyonu işlemi sonrasında sağ burun yan duvardan sağ lateral kantusa kadar uzanan geniş kemik,yumuşak doku ve cilt defektini onarmak için öncelikle sağ orbita ile temporal bölge arası cilt altı planda tünelize edildi, ardıından sağ temporal bölgeden süperfisyal temporal arter bazlı temporoparietal fasiya ve temporal kas flebi tasarlandı,tünelden önce kas flebi geçirilerek orbital kaviteyi doldurması sağlandı ardından temporal fasya flebi kas flebinin üzerine serildikten sonra kalan defekt alanları lokal fasiyokütan flepler ile daraltılıp alınan kısmi kalınlıkta deri greftleri ile fasya flebi üzeri kapatılarak rekonstrüksiyon sağlandı.

Tartışma ve Sonuç: Temporopariyetal fasya flebi superfisiyal temporal arter bazlı ince yapısı,esnekliği,kuvvetli vasküleritesi,geniş bir rotasyon arkına sahip olması,minimal donör saha morbiditesi,üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti yerleştirilerek rekonstrüksiyon sağlanabilmesi,gerektiğinde temporalis kası ya da üzerini örten skalp dokusuyla kombine bir şekilde eleve edilerek saçlı deri defektleri gibi daha kompleks rekonstrüktif işlemlerde de kullanılabilmesi,postoperatif radyoterapi sonrası stabilitesini kaybetmemesi,düşük riskli bir operasyon tekniğine sahip olması, serbest flep için genel durumu yeterince iyi olmayan, komorbid hastalarda kullanımının uygun oluşu, daha önce farklı fleplerle onarım yapılmış ancak başarısız olmuş rekonstrüksiyon vakalarında bir kurtarma seçeneği olarak tercih edilebilmesi gibi avantajları olan skalp,aurikula,fasiyal yumuşak doku,orbita,oral kavite,nazofarinks gibi kraniyofasiyal defektlerin rekonstrüksiyonunda hem primer rekonstrüksiyonda hem de bir kurtarma seçeneği olarak başarısız olmuş önceki rekonstrüksiyonlara alternatif olarak oldukça sık tercih edilen bir fleptir.

Bununla beraber aurikulotemporal bölgede his kaybı görülebilmesi,skar alopesi gelişebilmesi gibi dezavantajlar da mevcuttur. Kraniyofasiyal defektlerinin rekonstrüksiyonun da her ne kadar serbest flep kullanımı gün geçtikçe artsa da operasyon kolaylığı, sürenin kısa oluşu, komorbiditesi olan hastalarda güvenle kullanılabilmesi gibi bir çok avantajı nedeni ile seçilmiş vakalarda temporopariyetal fasya flebinin kullanımı oldukça mantıklı bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. Hem primer rekonstrüksiyonda hem de öncesinde rekonstrüksiyon yapılıp başarısızlıkla sonuçlanan vakalarda bir kurtarma prosedürü olarak kullanımının akılda bulundurulmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: temporoparietal fasiya flebi, baş boyun kanserleri, kraniyofasiyal rekonstrüksiyon

İntraop



P-024

Orbita Taban Fraktürlerinde Amfizeme Bağlı Pitoz

Kandemir Cengaver, Çağla Çiçek, Şüheda Çıldır, Mertcan Rador, Gaye Filinte

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Orbital travma öyküsü olan hastalarda pitoz sıklıkla levatör aponevrozun tarsusa insersiyon bölgesinden dehisansı, 3. kranial sinirin total veya parsiyel hasarı, Müller kasına giden sempatik liflerin hasarı veya orbitada hava birikimi/amfizem sonucu oluşur(1). Orbital amfizem, göz çevresindeki yumuşak dokuda hava hapsolması sonucu orbital bölgede belirgin şişlik, morarma ve üst göz kapağında pitoza neden olan; ayrıca hapsolan havanın miktarına bağlı olarak görüş kaybına kadar ilerleyebilen bir durumdur. Genelde periosteal yırtılma ile giden orbital medial veya taban fraktürü olan hastaların kuvvetli sümkürme, hapşırma ve öksürmesi sonucu meydana gelir(2). Orbital amfizem yakın takip edilmelidir ve genellikle konservatif olarak tedavi edilir. Fakat orbital kompartman sendromuna neden olan belirgin amfizem girişimsel tedavi gerektirir(3). Literatürde orbital duvar fraktürü sonrası gelişen orbital amfizem ile ilgili kapsamlı çalışmaya rastlanmamış olup, bu araştırma ile kliniğimize başvuran 31 ve 11 yaşlarındaki iki vaka sunularak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Olgu 1: Darp sonrası sağ orbital medial duvar fraktürü gelişen hastanın acil serviste yapılan muayenesinde vertikal distopisi, sağ üst göz kapağında pitozu ve buna bağlı olarak yukarıya bakış açısında minimal kısıtlılık olduğu görüldü. Muayenede diplopi saptanmadı. Göz hareketlerinin her yöne doğal olduğu ve levatör kas fonksiyonunun doğal olduğu görüldü. Görme keskinliğinde azalma saptanmadı. Palpasyonda orbital rimlerde step saptanmadı. BT

görüntüleme değerlendirmesinde sağ orbital medial duvarda fraktür ve orbital boşlukta belirgin hava birikimi saptandı. Cerrahi endikasyonu olmayan hastanın pitoz, distopi ve göz hareketlerinin değerlendirmesi bakımından gün aşırı takibe alınması planlandı. Hastanın takiplerinde göz hareketlerinin tüm kontrollerde doğal olduğu görüldü. Pitozun 6. günde, distopinin 6. günde tamamen normale döndüğü görüldü. 10. günde yapılan BT görüntüleme kontrolünde orbital boşluktaki havanın tamamen rezorbe olduğu görüldü.

Aşağıda 1. ve 2. görüntüde hastanın ilk başvurusundaki BT görüntüleri, 3. ve 4. görüntüde hastanın 10. gündeki BT görüntüleri mevcuttur. 5. görüntüde hastanın ilk başvurudaki sağ üst göz kapağındaki pitoz ve sağ gözdeki distopi gösterilmiştir. 6. görüntüde hastanın 10. günde bulgularının tamamen gerilediği gösterilmiştir.

Olgu 2: Çarpma sonrası sol orbital medial duvar fraktürü gelişen hastanın acil serviste yapılan muayenesinde sol üst göz kapağında belirgin pitozu ve buna bağlı yukarıya bakış açısında minimal kısıtlılık olduğu görüldü. Muayenede diplopi ve distopi saptanmadı. Göz hareketlerinin her yöne doğal olduğu ve levatör kas fonksiyonunun doğal olduğu görüldü. Görme keskinliğinde azalma saptanmadı. Palpasyonda orbital rimlerde step saptanmadı. BT görüntüleme değerlendirmesinde sol orbital medial duvarda fraktür ve orbital boşlukta hava birikimi saptandı. Cerrahi endikasyonu olmayan hastanın pitoz, distopi ve göz hareketlerinin değerlendirilmesi bakımından gün aşırı takibe alınması planlandı. Hastanın takiplerinde göz hareketlerinin tüm kontrollerde doğal olduğu görüldü. Pitozun 4. günde tamamen normale döndüğü görüldü.

Aşağıda 7. ve 8. görüntüde hastanın ilk başvurusundaki BT görüntüleri mevcuttur. 9. görüntüde hastanın ilk başvurudaki sol üst göz kapağındaki pitoz gösterilmiştir.

Sonuç: Orbital amfizem periosteal yırtılma gelişen orbita medial duvar ve taban kırıkları sonucu ortaya çıkar. Genelde benign bir durum olarak kabul edilse de görme kaybına neden olabilen orbital kompartman sendromuna neden olabileceği bilinmektedir(4). Daha sıklıkla orbita taban fraktürü sonrası, daha nadiren de orbita medial duvar kırıkları sonrası ortaya çıkar(5). Buna rağmen kliğimizde değerlendirilen ve bu çalışmaya dahil edilen iki vakada da orbital amfizemin medial duvar kırığı sonrası geliştiği gözlenmiştir. Ayrıca literatürde orbita duvar kırığı olmaksızın şiddetli sümkürme ile oluşan yüksek sinüs içi barotravma sonucu geliştiği düşünülen birkaç orbital amfizem vakası mevcuttur (6). Benharbit ve ark. tarafından yapılan orbital duvar kırığı olan hastalarda gelişen orbital amfizem olgu serisi çalışmasına dahil edilen hastalarında, orbital amfizemin kendiliğinden 2-3 hafta içerisinde tamamen düzeldiği gösterilmiştir(7). Buna benzer şekilde bu çalışmaya dahil edilen iki vakada da amfizemin 10 gün içerisinde tamamen düzeldiği görülmüştür. Shah ve ark. tarafından yapılan çalışmada da orbital amfizem gelişen hastaların cerrahi girişim gerekmeksizin; çoğu zaman antibiyotik tedavisi, nazal dekonjestan kullanımı ve burun içi basıncı artırıcı hareketlerden kaçınılması gibi konservatif tedaviler ile takibinin yeterli olduğu vurgulanmıştır(8). Benzer şekilde bu çalışmada da vakalar konservatif olarak tedavi edilmiş ve bulgularda tam düzelme olduğu görülmüştür. Buna rağmen orbital amfizemin bazen komplike hale gelerek intraorbital kitle etkisi ile santral retinal artere baskı uygulayarak optik sinir iskemisine neden olabileceği bilinmektedir (9). Bu hastalarda genellikle görme kaybı, pitoz ve oftalmopleji gelişebileceği vurgulanmıştır (10). Bu yüzden orbita taban ve/veya medial duvar kırığı olan hastalarda orbital amfizemin gelişebileceği akılda tutulmalı; hastalar bu konuda bilinçlendirilmeli ve yakın takipler ile göz muayenesi yapılmalıdır.

1. Hunts JH, Patrinely JR, Holds JB, Anderson RL (May 1994). "Orbitalemphysema. Stagingandacutemanagement". Ophthalmology. 101 (5): 960–966. doi:10.1016/S0161-6420(94)31230-9. PMID 8190488,
2. Harmer SG, Ethunandan M, Zaki GA, Brennan PA (March 2007). "Suddentransientcompleteloss of visioncausedbynoseblowingafter a fracture of theorbitalfloor". The British Journal of Oral &MaxillofacialSurgery. 45 (2): 154–155. doi:10.1016/j.bjoms.2005.06.008. PMID 16,
3. Lee SL, Mills DM, Meyer DR, Silver SM (November 2006)."Orbital emphysema". Ophthalmology. 113 (11):2113.e1–2113.e2. doi:10.1016/j.ophtha.2006.06.013. PMID 17074576,
4. Gauguet JM, Lindquist PA, Shaffer K. Orbitalemphysemafollowingocculartraumaandsneezing. Radiol Case Rep 2008;3:124 10.2484/rcr.v3i1.124,
5. Suzuki H, Furukawa M, Takahashi E, et al.. Barotraumaticblowoutfracture of theorbit. AurisNasusLarynx 2001;28:257e9–259. 10.1016/S0385-8146(00)00122-X,
6. Oluwole M, White P. Orbitalfloorfracturefollowingnoseblowing.EarNoseThroatJ1996;75:169e70,7.Benharbit M, Karim A, Lazreq M, et al.. Emergencytreatment of post-traumaticorbitalemphysema: A casereport. J FrOphthalmol 2003;26:957–9,
8. Shah N. Spontaneoussubcutaneousorbitalemphysemafollowingforcefulnoseblowing: treatmentoptions. Indian J Ophthalmol 2007;55:395 10.4103/0301-4738.33834,
9. Linberg JV. Orbital emphysema complicated by acute central retinal artery occlusion: case report and treatment. Ann Ophthalmol 1982;14:747–9,
10. Reeves DL, LucarelliMJ, Rose JG. Severe subcutaneousemphysemafollowingorbital blowoutfracture. OphthalmicPlastReconstrSurg 2005;21:465–7. 10.1097/01.iop.0000187909.37677.50

Anahtar Kelimeler: kırık, orbita, pitoz

P-025

Maksillofasiyal bölgede yorgun mermi yaralanması: olgu sunumu

Eyüphan Gencel, Ökkeş Çimen, Osman Metin Yavuz

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

Giriş ve Amaç: Yere göre dik veya dike yakın açı ile yapılan atış sonrası mermi ve atış özellikleri, silahın namlu çapı gibi faktörlerin etkisiyle belli bir mesafe ve hızdan sonra mermi çekirdeği kinetik enerjisini kaybedip yerçekiminin etkisiyle tekrar hız kazanarak düşüşe geçer. Serbest düşme hareketi yapan bu mermi "yorgun mermi" olarak tarif edilir. Orta Doğu, Kuzey Hindistan'ın Güney Asya bölgesi, Pakistan, Afganistan ve bazı Latin Amerika bölgelerinde yeni yıl kutlamalarında, düğünlerde, festivallerde, politik gösterilerde, spor aktivitelerinde özellikle futbol maçları sonrasında havaya ateş etme kültürel olarak uygulanmakta ve sevinç belirtisi olarak görülmektedir(1). Literatürde, nadir görülmesine rağmen hedef gözetilmeksizin havaya yapılan bu atışlar sonucunda yere düşen mermiler nedeniyle ciddi sakatlıklar ve hatta ölümler olduğu bildirilmiştir(2). Bu çalışmada, yorgun mermi ile meydana gelen yaralanma olgusunun tartışılması ve bu konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 12 yaşında kız hasta, evinin önünde sokakta oynarken yüz bölgesinde ateşli silah yaralanması sonrası ilk müdahalesi dış merkezde yapılıp hastanemize sevk edilmiştir. Hasta acil serviste değerlendirildiğinde bilinci açık, oryante, koopere idi. Sağ üst dudak süperiorda

giriş deliği mevcut olup çıkış yeri bulunmamaktaydı. Yapılan muayenede ağız açıklığı ve oklüzyon doğal olarak değerlendirildi. Maksilla anteriorda alveoler segment mobildi. Bilgisayarlı tomografi değerlendirmesinde maksilla orta hatta palatum duruma uzanan parçalı fraktür ve ağız tabanında yabancı cisim görüldü. Hasta tarafımızca operasyona alındı. Endotrakeal genel anestezi altında maksilla üst bukkogingival insizyonla girilerek eksplore edildi. Maksilla anteriorda alveolar segmentin tamamen parçalı olduğu, sert damak orta hatta kadar uzanan kemik defekti görüldü. Kemik segmentler debride edildi, mermi çekirdeği bulunamadı. Bilgisayarlı tomografide kesitler yeniden değerlendirildi ve eksplorasyon sırasında dil sol yarımında yaklaşık 1 cm kesi olduğu görüldü. Kesi takip edildiğinde dil tabanına uzanan poş görüldü ve yaklaşık 4 cm ilerleyen poş içinde mermi çekirdeği bulunarak ekstrakte edildi. Kanama kontrolü sonrası dil sütüre edildi. Maksilla alveolar segmentte sert damak oral mukozada nekroze ve yanık dokular debride edildi. Oral mukoza ve bukkogingival sulkus sütüre edildi. Ağız içi yıkama ile operasyon sonlandırıldı.

Tartışma: Bazı kültürlerde kutlama esnasında havaya ateş edilmesi gelenek halini almıştır. Bununla birlikte kutlama için yapılmamış olsa bile havada uzun bir seyir sonrası hedeflenmeyen yaralanmalara neden olan atışların da bu kapsamda değerlendirilmesi uygun olacaktır. Yorgun mermiye bağlı yaralanmalar, tıbbi, adli ve sosyal yönleri bakımından diğer ateşli silah yaralanma olaylarından daha farklıdır. Bu tip yaralanmalarda çoğunlukla yaralı ve yakınında bulunan kişiler silah sesi duymazlar, kişideki bilinç kaybını veya yere düşmesini başka sebeplere bağlarlar bu durum ilk basamakta yanlış tanı konulmasına neden olabilir.(3). Olgumuzda alınan öyküden anlaşıldığı kadarıyla evinin önünde sokakta oynarken yüzüne isabet eden ateşli silah yaralanması sonrası bilinci kaybolan hastanın yakınları tarafından olayın nasıl olduğu ilk anda bilinmemektedir.

Hedef gözeterek yapılan atışlarda, tetiği çeken kişi atışın sosyal ve adli sorumluluğunu hisseder. Ancak havaya doğru yapılan atışlarda kişi, merminin yere düşeceğini ve masum birinin yaralanabileceğini düşünmemektedir. Bu nedenle serbest düşme sonucu oluşan ateşli silah yaralanmalarıyla mücadele etmenin en önemli bileşenini "eğitim" oluşturmaktadır.

Sonuç: Bireysel silahlanmanın kontrolsüz bir şekilde artması, her türlü kutlama ve gösterilerde kontrolsüz ateşli silah kullanımı sonucu morbidite ve mortaliteye neden olabilecek halkı tehdit eden ciddi yaralanmalar görülmektedir. Bu tür yaralanmaların önüne geçebilmek için halkı bu konuda bilinçlendirecek önlemlerin alınması, toplum farkındalığının artırılması, bireysel silahlanmanın kontrol altına alınması ve yaşam alanlarında kontrolsüz yapılan atışlara yönelik cezai yaptırımların uygulanması gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının, kutlama ve gösteri meydanlarından getirilen özellikle bilinci kapalı, sebebi bilinmeyen ani yaralamalı hastalarda yorgun mermi sonucu yaralama olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:

1-The Forensic Outreach TeamThe Falling Bullet: Myths, Legends and Terminal Velocity. http://forensicoutreach.com/ 20.11.2019.

2- Küçük E, Gümüş E, Türkmen VE. A rare cause of foot drop: Tired bullet. World J Emerg Med 2018; 9: 294-6.

3) Öğünç Gİ, Özer MT, Çoşkun K, Eryılmaz M, Uzar Aİ. Serbest düşme hareketi yapan mermi çekirdeklerinin yaralama potansiyelleri. Ulus Travma Acil Cerr Derg 2013; 19: 392-7.

Anahtar Kelimeler: ateşli silah, defekt, mermi, travma

olgu

P-028
Sıçan Arterlerinde Adrenalin ve Papaverinin Damar Duvarına Etkisi

İlker Çiçek, Mehmet Bayramiçli

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

Amaç: Mikrovasküler cerrahi pratiğinde çok önemli olmasına karşın damarların media tabakasındaki kasların konfigürasyonu konusunda literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı damar çevresindeki damarların aktivitesi üzerinde birbirine ters etkili iki ajanın 'papaverin' ve 'adrenalin' in bu damarlar üzerinde yarattığı boyutsal değişikliklerin incelenmesi ile damar duvarını oluşturan kasların gerçek konfigürasyonunun dolaylı yoldan anlaşılması ve klinik pratikte bu konfigürasyonun öneminin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 15 adet sıçanın iliak arter, abdominal aorta ve karotis arteri çıkarıldı. Damar aksına paralel olacak şekilde kesilerek dikdörtgen şekilli spesimenler elde edildi. Elde edilen spesimenlerin ortadan bölünerek bir yarımına adrenalin uygulandı, diğer yarımına papaverin uygulandı. işlem öncesi ve uygulama sonrasında örnekler fotoğraflanarak spesimenlerin alan, boy, en, oblik uzunlukların ölçüm sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma bulgularında spesimenlere adrenalinin uygulanmasının ardından işlem öncesi ölçümlerle karşılaştırıldığında iliak arter, abdominal aorta ve karotis arterin alan ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$), boy ($p<0.001$, $p=0.015$, $p<0.001$), en ($p<0.001$, $p=0.012$, $p<0.001$) ve oblik ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$), ölçümlerinde istatiksel olarak anlamlı küçülme gerçekleştiği, papaverin uygulanmasının ardından ise iliak arter, abdominal aorta ve karotis arterin alan ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$), boy ($p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$), en ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$) ve oblik ($p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.007$), ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde büyüme gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Adrenalin ve papaverinin spesimenler alanlarında yaptıkları küçülme ve büyüme etkilerinin yalnızca enine bir daralmanın değil hem en hem de boy üzerindeki

etkilerinden kaynaklandığı görülmüştür. Bu durumun damar duvarındaki kasların yalnızca sirküler konfigürasyonları ile açıklanamayacağı, birbirlerini çaprazlayan ya da damar aksına paralel konfigürasyon gösteren birden fazla kas tabakası bulunması gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adrenalin, papaverin, vazodilatasyon, vazokonstrüksiyon

P-029

Yanık skarı üzerinde gelişen malign melanom: olgu sunumu

Rafet Özbey, Müge Kaya

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Plastik Cerrahi

Giriş: Malign Melanom(MM) insidansı artmakta olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Deri kanserlerinin %5'inden azını oluştursa da deri kanserlerine bağlı ölümlerin %75'inden fazlasından sorumlu olmasıyla mortalitesi en yüksek deri kanseridir. Öyle ki yaklaşık olarak her saatte 1 kişi MM'den ölmektedir. Aynı zamanda erkeklerde beşinci, kadınlarda yedinci en sık rastlanan malignitedir.

Kronik inflamasyon ve yanık zemininde gelişim riski fazla olan deri malignitesi Skuamöz Hücreli Karsinom'dur. MM gelişiminde kişisel ve çevresel bir çok risk faktörü tanımlanmış olsa da bu zeminde MM gelişmesi oldukça nadirdir.

Bu olgu sunumunda yanık skarı üzerinde gelişen MM ve klinik/cerrahi yönetiminin anlatılması amaçlanmıştır.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta, son 1 yıldır var olan; sol kol 1/3 distali anteromedial yüzde, 10 yaşındayken meydana gelen yanık skarı üzerinde gelişen kitle sebebiyle tarafımıza başvurdu.

Hastanın özgeçmişinde herhangi bir kronik ya da inflamatuar hastalık bulunmamaktaydı. Uzun yıllar tarım işçisi olması sebebiyle uzun süre güneş maruziyeti mevcuttu. Lezyondan alınan punch biyopsi sonucu MM ile uyumlu bulundu.

Bir sonraki basamakta tümörün yayılımını değerlendirmek için yapılan kontrastlı MR incelemesinde; sol kol distalinin medial yüzünde kutanöz-subkutanöz malign yumuşak doku kitlesi bulunmakta ve bu lezyon kolun medial yüzü boyunca kranio-kaudal yaklaşık 12 cm uzunluğundaki segment boyunca kutanöz uzanım göstermekteydi. İnceleme dahilindeki sol göğüs duvarında cilt yağlı dokuda metastatik lezyon ve sol aksillada farklı boyutlarda yakın komşulukta yerleşimli muhtemel metastatik çok sayıda patolojik lenfadenopati dikkati çekmekteydi.

Yapılan FDG-PET çalışmasında; sol kolda humerus ¼ distal kısım seviyesinde cildi tutan mediale yerleşik 2,4 cm'lik yer kaplayan primer tümör alanıyla uyumlu lezyonda metabolizma artışı izlenmekteydi. Sol axiller bölgede 3 adet lenf nodu hipermetabolik ve metastaz açısından orta-yüksek olasılıklı olarak izlenmekteydi.

Hastanın kliniği, biyopsi ve görüntüleme yöntemleri sonucunda cerrahi operasyon planı yapıldı. Hasta operasyona alındı. Sol kol 1/3 distalinin anteromedial yüzünde bulunan 5x7 cm'lik kitle (Resim 1) 2cm'lik geniş cerrahi marj bırakılarak eksize edildi (Resim 2a,2b). Hastadan çıkarılan doku materyaline işaret süturleri koyularak intra-op Frozen biyopsiye gönderildi. Frozen biyopsi sonucu beklenen hastanın level 2 aksiller lenf diseksiyonu yapıldı.(Resim 3)

Frozen'dan alınan sonuçlara göre cerrahi sınırların intakt olduğu belirtildi. Hastanın defekt alanı sol uyluktan alınan kısmi kalınlıktaki cilt grefti ile kapatıldı. Alınan materyallerin tümü incelenmek üzere Patoloji'ye gönderilmesiyle mikroskobik histopatolojik (Resim 4a,4b) ve S100 immunohistokimyasal görüntüleri (Resim 5a,5b) elde edildi.

Tartışma: Yanık sonrası gelişen skarların %2'sinin malign değişime uğradığı tahmin edilmektedir (5). Yaralanmadan kanser teşhisine kadar geçen ortalama süre 23 ile 27 yıl arasında değişmektedir (6,7). Yanık skarı zemininde karsinomlarının risk faktörlerini ve mekanizmalarını açıklamak için çok sayıda hipotez vardır. Özellikle sekonder iyileşen yanık skarlarının normal cilt bileşenlerine sahip olmaması malignite gelişimi açısından önemli bir predispozandır. Ayrıca kronik skarlarda meydana gelen otoliz ve heterolizden kaynaklanan sitotoksinler de bu malign değişimi tetikleyebilir.

Skuamöz hücreli karsinom, yanık skarlarında en sık görülen malignitedir (8). Daha az sayıda olmakla birlikte Bazal Hücreli Karsinom, Malign Fibröz Histositom ve MM gibi diğer kanser türleri de bildirilmektedir.

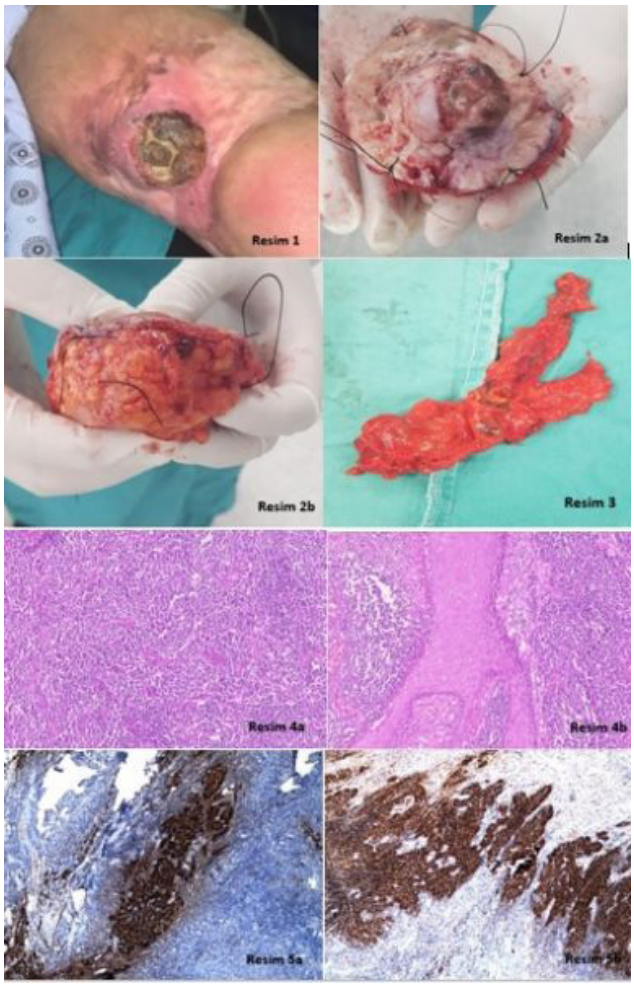
Yanık izi üzerinde gelişen ilk MM olgusu 1965 yılında Giblin ve ekibi (tarafından tanımlanmıştır (2). O zamandan beri, az sayıda yanık izleri üzerinde gelişen MM olgusu bildirilmiştir.

Kowal-Vern ve Criswell (3) yanık izleri üzerinde 23 MM vakasını analiz etmişler ve ilk tanıdan önce ortalama 7 aylık ülseratif lezyon süresi bildirmişlerdir. Çalışmalarında da belirtildiği üzere yanık skarı üzerinde gelişen ana kanser Skuamöz Hücreli Karsinom olmasına rağmen, MM gibi diğer kanserler de yanık hastalarının morbidite ve mortalitesine katkıda bulunmuştur. Derin yanıkların eksizyonu ve greftlenmesi ve iyileşmeyen ülsere yanık izlerinin yakın takibi, yanık skarı üzerinden kanser gelişiminin önlenmesi ve erken tespiti için esastır.

Bizim olgumuzda da görüldüğü üzere kronik yanık izleri daha az gelişen kanser olsa dahi MM olasılığı açısından dikkatle izlenmelidir. Daha önceki yanıkların latensi süresi uzun olsa veya akut lezyon başlangıcı hızlı olsa dahi şüpheli lezyonlar doku biyopsisi ile incelenmeli ve bir an önce tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: malign melanom, yanık skarı, cilt tümörleri

Resim 1-5



Resim 1: Sol kol 1/3 distalinin anteromediyal yüzünde bulunan 5x7 cm'lik kitle Resim 2: a) Sol koldan eksize edilen doku, süperiordan görünüm b) Sol koldan eksize edilen doku, derinlik görünümü Resim 3: Sol aksiller lenf nodu diseksiyonu eksizyon materyali Resim 4a,4b: Eksize edilen kitlenin mikroskobik histopatolojik görüntüleri Resim 5a,5b: Eksize edilen kitlenin S-100 boyama immunohistokimya görünümü

P-030

Solid Organ Transplant Alıcı Hastalarında Bazal Hücreli Karsinom ve Skuamöz Hücreli Karsinom ile ilgili Klinik Tecrübelerimiz

Özlenen Özkan, Vedat Can İşler, Mehmet Tapan, Ömer Özkan

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

Giriş: Kanser türleri arasında görülme sıklığı açısından 1. Sırada deri kanserleri yer almaktadır. Bazal hücreli karsinom ise en sık görülen malign deri tümörü olup, 2. Sırada ise Skuamöz hücreli karsinom yer almaktadır.

Baş boyun bölgesinde en sık saptanan deri tümöleri BCC ve SCC olup; risk faktörleri arasında, açık ten ve göz rengi,kızıl veya sarı saç rengi, UV ışınlara maruziyet, coğrafi konum, güneş yanıkları, arsenik maruziyeti, sigara ve immünsupresyon yer almaktadır.

İmmünsupresif tedavi altında olan solid organ transplant hastalarında da en çok görülen malignite %40 ile deri kanserleridir. Deri kanserleri arasında en sık görülen tipleri ise Skuamöz hücreli karsinom, Bazal hücreli karsinom ve Kaposi sarkomu olup; transplant hastalarının %50'si hayatlarının bir döneminde bu deri kanserlerine yakalanmaktadır.

Amaç: Bu çalışmamızda solid organ transplant hastalarında görülen Bazal Hücreli Karsinom ve Skuamöz Hücreli Karsinom tanılı lezyonlara klinik yaklaşımımızla ilgili tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık.

Hastalar ve Metodoloji: 2018-2022 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde cerrahi tedavisi tamamlanmış olan 43 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplamda 25 hasta Erkek, 18 Hasta Kadın, yaş aralığı 44-82 arası değişmekte olup yaş ortalaması 59.4 olarak tespit edilmiştir. Hastaların operasyon sonrası 20-1710 gün takip edildi. Elde edilen veriler literatürle kıyaslanmıştır.

Sonuçlar: Toplam 24 BCC tanılı lezyona sahip hasta, 19 SCC tanılı lezyona sahip hasta kliniğimizde opere edilmiştir. SCC hastalarının 4'ünde lenf nodu diseksiyonu kararı alınmıştır.Lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların 2sinde metastaz tespit edilmiştir. Opere edilen 19 hastanın 3'ünde operasyon sonrası dönemde nüks ile uyumlu lezyon saptanmıştır.

Tartışma: Bazal hücreli karsinom cerrahi tedavisinde eksizyon marjinleri karsinomun alt tipine bağlı olarak değişmekle birlikte düşük riskli lezyonların (<2 cm genişlik, nodüler ve süperfisiyel tip) cerrahi tedavisinde 3-4 mm temiz marjin elde edilmesi, yüksek riskli lezyonların (>2 cm, infiltratif ve mikronodüler alt tip) tedavisinde > 5 mm marjin ve primer morfeaform alt tipler için 13-15 mm temiz cerrahi marjin elde edilmesi kılavuzlar tarafından önerilmektedir. Düşük riskli lezyonların tedavisinde cerrahiye alternatif olarak kriyoterapi, 5-FU, Imikimod tedavi seçenekleri olarak kullanılmaktadır.

Skuamöz hücreli karsinomun tedavisinde ise düşük riskli lezyonların tedavisinde NCCN kılavuzuna göre 4-6 mm'lik temiz cerrahi marjin yeterli görülürken, yüksek riskli lezyonların tedavisinde >6 mm'lik temiz cerrahi marjin elde edilmesi önerilmektedir. Bazal hücreli karsinomdan farklı olarak hastalarda potansiyel metastaz sahalarına yönelik yapılan fizik muayenede palpabl lenf nodu saptanması veya görüntüleme yöntemlerinde metastaz şüpesi taşıyan lenf nodu bulunması durumunda, ilgili sahada lenf nodu diseksiyonu da hastanın cerrahi tedavisinde yer almaktadır.

Kliniğimizde BCC tanılı lezyonların cerrahi tedavisinde lezyon alt tipine bağlı olarak en az 5 mm, SCC tanılı lezyonların cerrahi tedavisinde en az 1 cm cerrahi sınır elde etmeyi hedeflemekteyiz. SCC tanılı hastaların cerrahi tedavisi tamamlandıktan sonra hastalar rutin olarak adjuvan kemo/radyoterapi gereksinimi açısından Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerince değerlendirilmekte ve olası yeni lezyonların erken tespiti açısından Dermatoloji bölümünce takip edilmektedir.

Sonuç: Yapılan bu çalışma sonrasında elde edilen veriler literatürle uyumlu olup, daha düşük nüks oranlarının elde edilmesinin altında kliniğimizde literatüre kıyasla daha geniş gerçekleştirilen cerrahi eksizyon kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, deri kanseri, skuamöz hücreli karsinom, solid organ transplantı

P-031

Aksesuar Adduktor Longus: İnguinal Diseksiyonda nadir ama bilinmesi gereken bir varyasyon

Mehmet Emre Yeğin, Hamit Hakan Bekir, Ege Topaloğlu, Tahir Gürler

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

Giriş: Anatomik varyasyonlar cerrahi sırasında ameliyatın gidişatını etkileyebilir, cerrahı yanıltabilir ve postoperatif takipte beklenebilecek komplikasyon profilini değiştirebilir. Bu yazıda inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılan bir hastada karşılaşılan nadir bir anomali olan aksesuar adduktor longus kası ve hasta sonuçları sunulmaktadır.

Olgu: Vajende malign melanom nedeniyle geniş eksizyon ve sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) yapılan 73 yaş kadın hasta, SLNB sonucunda gönderilen sağ inguinal lenf nodunda malign melanom metastazı saptanması üzerine hastaya sağ inguinal lenf nodu diseksiyonu planlandı. Deri insizyonundan sonra lateral deri flebi Sartorius kasına kadar kaldırıldı. Medial deri flebi kaldırılmaya başlandı, ancak adduktor longus kasının bulunması gereken yerde benzer uzanımda çift başlı ve çift gövdeli bir kas yapısı ile karşılaşıldı. (Şekil) Cerrahi alana oryante olmak amacıyla daha mediale gidilerek grasilis kası ortaya kondu. Diseksiyona devam edildi. Grasilis kasının medialinde yerleşim göstermiş olan bu kasın aksesuar adduktor longus kası olduğu anlaşıldı. Kas fasyadan diseke edildi ve lateral tarafında femoral nörovasküler yapılar identifiye edildi. Lenf nodu diseksiyonu tamamlandı. Bir adet dren yerleştirilerek saha kapatıldı. Beşinci günün sonunda hemovak dreni çekilen hasta taburcu edildi.

Hastanın postoperatif 1. haftasındaki kontrolünde, sağ inguinal bölgedeki medial deri flebinde ekimotik alanlar gelişmeye başlamış olup postoperatif 11. günde ekimotik alanların yerlerini nekroza bıraktığı ve yaklaşık 5 cm'lik dehissans geliştiği görülmüştür. Postoperatif 2. haftada nekrotik alanlar ameliyathane şartlarında debride edildi. Medial deri flebi tekrar tamamen kaldırıldı. Dolaşımının iyi olduğu ve yeterli doku sağladığı görülerek defekt, loja bir adet hemovak dren yerleştirilerek primer onarıldı. Yara yeri revizyonu sonrası herhangi bir yara iyileşmesi problemi ile karşılaşılmadı. Hemovak dren postoperatif 2.haftada çekildi ve sütürler 3.haftada alındı.

Tartışma: Adduktor longus kası pubisin tuberculum pubicumundan, femur orta 1/3 ünde linea aspera'ya kadar uzanır ve seyri sırasında adduktor brevis ve adduktor magnus kaslarının üzerini örter, distalde lifleri adduktor kanala uzanır. Spinal kordun L2-L4 seviyelerinden çıkan obturator sinirin ön divizyonuyla innerve olup temel olarak uyluk adduksiyonundan sorumlu olmanın yanı sıra kalça fleksiyonu, internal ve eksternal rotasyon hareketlerinde rol oynamaktadır. Adduktor longus kası femoral alanda medial yerleşimli en yüzeyel kas olması dolayısıyla femoral üçgeni medialde sınırlar ve inguinal diseksiyonda medial sınırı oluşturur. Yüzeyel yerleşimi nedeniyle özellikle sporcularda, kasık yaralanmalarında en sık yaralanan kastır. Birçok cerrahi branşın operasyon bölgesini tanımlamakta olduğu için anatomisinin ve varyasyonlarının bilinmesi klinik önem arz etmektedir. Ancak literatür tarandığında adduktor longus kasının aksesuar başları varyasyonu ile ilgili sınırlı çalışma olduğu bu çalışmaların da çoğunlukla kadavra çalışmalarından ibaret olduğu görülmektedir. Perop karşılaşılan aksesuar adduktor longus kasına ait bir olgu sunumu ise literatürde bulunmamıştır.

Aksesuar kaslar çoğunlukla asemptomatiktir. Daha az sıklıkta aksesuar kasın kitle etkisine bağlı palpe edilebilen şişlik olarak, nörovasküler yapılara bası sonucu kompresyon nöropatisi benzeri bulgular ya da egzersiz esnasında yetersiz kan akımına bağlı gelişen bölgesel iskemi nedeniyle ağrı görülebilir. Alt ve üst ekstremitedeki aksesuar kaslar çoğu zaman başka bir endikasyon nedeni ile yapılan radyolojik görüntülemelerde rastlantısal olarak tespit edilmektedir.

Alt ekstremiteye yapılan görüntülemelerde sık karşılaşılan aksesuar kaslar tensor fasciae suralis, aksesuar soleus, aksesuar semimembranosus, Peroneus tertius, aksesuar Popliteus, Peroneus quartus, aksesuar Gastroknemius, Flexor digitorum accessorius longus, Peroneocalcaneus internus olup aksesuar Adduktor longus nadir karşılaşılan bir varyasyondur. Bizim olgumuzda hastanın sentinel lenf nodu biyopsisi öncesi rejyonel lenf nodu metastazı taraması için yapılan inguinal bölge ultrasonografisinde bu ihtimal ön planda düşünülmediği için, anatomik varyasyon taraması yapılmamış ve saptanmamıştır. Bizim vakamızda bu varyasyonun, komplikasyon gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. Cerrahi sahaya oryantasyonu bozduğu için bu anatomik varyasyon diseksiyon alanının genişlemesine sebep olmuştur. Bu nedenle özellikle medial deri flebinin dolaşımının bozulmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Yine de, postoperatif dönemde, kaldırılan medial flebin dolaşımının delay fenomeni benzeri şekilde reorganize olacağı ve defekt onarımına yeterli doku sağlayabileceği de görülmüştür. Yine de postoperatif komplikasyon yaşanması adjuvan tedavileri geciktireceği için, hastalığın seyrini değiştirecektir.

Aksesuar kas varlığından şüphelenildiğinde tanıya yardımcı olması için görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Direkt grafiler, Bilgisayarlı Tomografi ya da daha duyarlı teknikler olan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrasonografi (USG) yardımcı olabilir. Özellikle T1 ağırlıklı görüntülümeler ile MRG en duyarlı teknik olarak kullanılabilir. Aksesuar kas varlığına bağlı şikayet ve bulguları olan hastalarda bu teknikleri yardımcı olarak kullanmak mantıklı olabilir. Ancak hiçbir bulgusu olmayan hastalarda, operasyon öncesi aksesuar kas varlığının tanımlanabilmesi için görüntüleme yapılmasının ne kadar gerekli olduğu araştırılmalıdır. Aslında, zaten preop USG taraması yapıldığı göz önünde bulundurulursa, bu esnada çevre dokuda benzer anatomik varyasyonların varlığını araştırmak üzere radyoloji hekimleriyle korele olunabilir.

Sonuç olarak, aksesuar kaslar ve anatomik varyasyonlar, cerrahi esnasında sık karşılaşılan hadiseler değildir. Ancak ilgili operasyon bölgelerinin mümkün olabildiğince değişik varyasyonlarına vakıf olmak cerrahın alan hakimiyetini arttırır ve komplikasyon riskini en aza indirger. Biz bu yazımızda inguinal diseksiyon yapılan bir hastada karşılaştığımız aksesuar adduktor longus kası ve buna bağlı geliştiği düşünülen operasyon sonrası komplikasyonlarımıza dair deneyimimizi paylaşmak istedik. Amacımız daha önce kadavra çalışmalarında bildirilmiş olan bu kas varyasyonun, operasyon esnasında karşımıza çıkabileceği ve cerrahi ekibin oryantasyonunu etkileyebileceğini hatırlatmaktır. Ayrıca, postoperatif tedavi seçeneklerinin de başlanmasını geciktiren bu tür komplikasyonların hastalık seyrini değiştirebileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnguinal diseksiyon, Malign Melanom, Varyasyon

Şekil: Perop tanımlanan aksesuar addüktor longus kası.

S: Sartorius, G: Gracilis, Yıldız: Çift başlı aksesuar addüktor longus kası.

P-032

Deri Malignitelerinde Popliteal Diseksiyon Yapılan Klinik Vakalarımız

Bilge Kağan Aysal, Poyraz Düzgün, Mahir Gökbulut, Harun Erbek, Ayça Ergan Şahin

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Cilt maligniteleri çok sık karşılaşılmasına rağmen erken tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde morbidite ve mortalite oranlarında anlamlı düşüş gerçekleştirilebilen kanser tiplerindendir. En sık karşılaşılan cilt kanseri tipleri bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve malign melanom olmakla birlikte her bir cilt malignitesinin kendine has özellikleri ve tanı-tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Tümör tipi, çevre ve uzak dokulara yayılımı operatif kararlara yön vermektedir. En sık karşılaşılan BCC'de lenfatik yayılım çok nadir olarak izlendiğinden lenf nodu diseksiyonu rutin tedavi algoritmalarında yer almamaktadır. Buna karşılık SCC ve malign melanomlarda lenfatik yayılım sıklıkla izlendiğinden, birçok farklı merkezde uygulanan tetkik ve tedavi algoritmaları da göz önüne alınarak tümörün anatomik olarak drene olduğu lenfatik istasyonların diseksiyonu ve eksizyonu ile nüks ve yayılım oranlarını azaltmak mümkün olmaktadır.

Cilt maligniteleri için sıklıkla uygulanan anatomik lenf nodu diseksiyon bölgeleri arasında servikal, aksiller, inguinal lenf nodu diseksiyonları sayılabilir. Cilt tümörlerinin sayılan anatomik bölgelere yayılımı da düşünüldüğünde bu bölgeler arasında popliteal lenf nodlarının diseksiyonu öteki bölgelere göre daha az sayıda uygulanmaktadır. Bu açıdan anatomik bilgi ve cerrahi tekniğin iyi anlaşılması önem kazanmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde yapılmış olan 3 adet popliteal lenf nodu diseksiyonu yapılmış olan vakalarımızdaki klinik tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık.

En sık karşılaşılan cilt tümör tipleri olan SCC ve malign melanomda değişken tanı ve tedavi algoritmaları sonucunda diğer anatomik bölgelere kıyasla daha az sıklıkta olsa da popliteal lenf nodu diseksiyonu gerekebilmektedir. Sentinel lenf nodu biyopsisi için lenfosintigrafi diğer anatomik bölgelerde olduğu gibi popliteal lenfatik drenajı da gösterebilmektedir. Sentinel lenf nodu yaklaşımı açısından farklı klinik yaklaşımlar ve algoritmalar mevcut olsa da popliteal lenf nodu diseksiyonu yapılan vakalarda anatomi ve teknik bilgi önemli olmaktadır. Lenf nodu sayısının diğer anatomik bölgelere göre az olması ve bölge anatomisinin nispeten kolay olmasına rağmen uygulama sayısının azlığı nedeni ile klinik tecrübenin teorik bilgi ile desteklenmesi gerekmektedir.

Özellikle popliteal damar sinir paketinin derin yerleşimli olması ve genikulat damarlar sebebiyle askıya alınamaması, tibial sinir ve common peroneal sinir gibi önemli sinirlerin sahada olması ve oldukça az sayıda uygulanıyor olması popliteal lenf nodu diseksiyonlarının her vaka zorlayıcı olmasını açıklamaktadır. Uygun preoperatif plan, yeterli cerrahi görüş alanının sağlanabilmesi ve titiz ve dikkatli diseksiyon başarılı bir popliteal lenf nodu diseksiyonunun başarısı için temel faktörler olmaktadır.

Yapmış olduğumuz popliteal lenf nodu diseksiyonlarının ve diseksiyon tekniğinin bu sözlü bildiri yoluyla meslektaşlarımız ile paylaşılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Popliteal diseksiyon, deri kanseri, skuamoz hücreli kanser, malign melanom

Popliteal diseksiyon vakaları

Olgu	Yaş / Cinsiyet	Tümör Tipi	Popliteal diseksiyon nedeni	Lenf nodu Patoloji sonucu
1#	65 / Erkek	Malign Melanom	PET malign karakterde tutulum	2/9 adet lenf nodu metastaz+
2#	39 / Erkek	SCC	PET malign karakterde tutulum	9 adet lenf nodu tumor-
3#	60 / Kadın	Malign Melanom	PET malign karakterde tutulum	1/11 adet lenf nodu metastaz+

P-033

Cilt Kanserlerinin Değerlendirilmesi: 7 Yıllık Arşiv Taraması

Gaye Toplu[1], Dinçer Altınel[2], Merdan Serin[3], Melehat Kahraman[3]

[1]Özel Hekim

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Cilt kanseri günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu çalışmada, merkezimizde teşhis edilen cilt kanseri hastalarının raporlarını değerlendirerek bölgedeki cilt kanseri prevalansını belirledik.

Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2020 tarihleri arasında tek merkezde biyopsi ile tanı konan malign deri kanseri hastaları 7 yıl süreyle retrospektif olarak incelendi. Bu raporların yılı, hastaların yaşı, cinsiyeti, tümör tipleri, tümör lokalizasyonu, cerrahi tedavileri ve nüksleri incelendi.

Bulgular: Toplam 852 hasta retrospektif olarak analiz edildi. 497 erkek, 355 kadındı. Ortalama yaş 67.0 (9 yaş - 98 yıl). 627 hasta bazal hücreli karsinom, 133 skuamöz hücreli karsinom ve 25 malign melanom olarak değerlendirildi. Tümörlerin %84,8'i (n=774) baş boyun bölgesinde (en sık burun bölgesinde) yerleşmişti. Tüm hastalarımıza uygun cerrahi tedaviler (geniş eksizyon sonrası primer cerrahi onarım, flep ve greftli cerrahi onarımlar) uygulandı ve hastalar en az 1 yıl süreyle takip edildi. 852 hastanın 71'inde cerrahi eksizyon sonrası nüks görüldü ve reeksizyon uygulandı.

Sonuç: Bu çalışmada; bölgemizdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer bir malign deri tümörü insidansı olduğunu bulduk. Lokalizasyon, cerrahi tedavi ve takip sonuçları da benzerdi. Bu çalışma cilt kanserlerinin özellikleri, davranışları, koruyucu önlemleri, tanı ve tedavisine ışık tutabilir.

Anahtar Kelimeler: cilt kanseri, epidemiyoloji, plastik cerrahi

Lezyonların Histopatolojik Subtip Sayılarının Dağılımı

Histopatolojik Tip	Sayı (n)	Oran (%)
Bazal Hücreli Karsinom	627	73.6%
Skuamoz Hücreli Karsinom	133	15.6%
İn Situ SCC	30	3.5%
Malign Melanom	25	2.9%
Bazoskuamoz Karsinom	10	1.2%
Lenfoma	8	0.9%
Trikoblastik Karsinom	4	0.5%
Ekrin Porokarsinoma	4	0.5%
Sebasöz Karsinoma	3	0.4%
Dermatofibrosarkoma Protuberans	3	0.4%
Atipik Spitz Tümör	2	0.2%
Verrüköz Karsinom	2	0.2%
İn Situ Sebasöz Karsinom	1	0.1%
İğsi Hücreli Mezenkimal Tümör	1	0.1%
Mikrositik Adneksiyal Tümör	1	0.1%
Berrak Hücreli Kanser Metastazı	1	0.1%
Karsinoma İnfiltrasyonu (Akciğer Kanseri)	1	0.1%
Mikozis Fungoides	1	0.1%
Karsinosarkom (Metaplastik Karsinoma)	1	0.1%

SCC: Skuamoz Hücreli Karsinom

P-034

Kutanöz malign melanomda Breslow kalınlığı ve prognoz arasındaki ilişki

Fatih Akkaya, Necdet Urhan, Murat Livaoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Çalışmamızın amacı gerek coğrafik gerekse fiziki anlamda ülkemizin diğer bölgelerinden daha farklı bir görünüme sahip olan Doğu Karadeniz bölgesinin malign melanom hasta profilinin araştırılması ve bu hastaların sağkalım sürelerinin Breslow kalınlığı ile olan ilişkisinin ortaya konulmasıdır.

Çalışmamız klinik bir çalışma olup, retrospektif kohort çalışmasıdır. 2007-2018 yılları arasında KTÜ Farabi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda malign melanom ICD tanısı almış olan 122 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Malign melanom ICD tanısı almış ancak kutanöz malign melanom olmayan uveal melanom, primeri bilinmeyen metastatik melanom ve mukozal melanomlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca malign melanoma in situ vakaları ve eksik verilere sahip olan vakalarda çalışmaya dahil edilmemiştir. Sağkalım hesaplamalarında 5 yıllık takibi yapılmış 81 hasta değerlendirilmiş ve istatistiksel analiz SPSS programı ile yapılmıştır.

Çalışmamızdaki 122 hastanın ortalama tanı yaşı 65,7±15,5 olarak saptanmıştır. Malign melanom tanısı konulan kitlelerin en sık lokalizasyonu alt ekstremite (n=58, %47,5) olarak saptanmıştır. En sık tespit edilen subtip nodüler malign melanom(n=50, %41,0) olmuştur. Takiplerde 81 hastanın 45'i (%55,6) ölmüş, 36'sı (%44,4) ise yaşıyor olarak tespit edilmiştir. Tanı sonrası 1.yıl sonunda hastaların %88'i, 2.yıl sonunda %75'i, 5.yıl sonunda ise %48'i hala yaşamaktaydı. 5 yıl sonunda Breslow kalınlığı <=4 mm olan hastaların %57'si halen yaşamaktayken, >4 mm olan hastaların ise %39'u halen yaşamaktaydı.

Anahtar Kelimeler: Breslow, melanom, prognoz

Güneşlenme süreleri

Ülkemizdeki güneşlenme süreleri bölgesel olarak farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların kutanöz malign melanom subtiplerinde ve prognozunda değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir.

P-035

Üst dudak, mukoza ve ciltte SCC eksizyonu sonrası oluşan defektin iki cilt adalı ALT flep ile rekonstrüksiyonu; Olgu Sunumu

Mahsun Çınar, Burkay Akduman, Gökhan Sert, Ali Sadioğlu, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Baş boyun bölgesinde dudak ve mukozada malign deri tümörleri arasında en sık SCC görülmektedir. Etiyolojide tütün kullanımı ve UV maruziyeti önem arz etmektedir. Hasta yönetiminde erken evrede tespit ve cerrahi tedavi standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Cerrahi tedavide primer onarım, lokal ve bölgesel flepler ile onarımın mümkün olmadığı durumlarda serbest flepler ile defekt onarımı uygulanmaktadır. Çeşitli flepler mevcut olması yanı sıra, lateral cirkumfleks femoral arterin muskulokutanöz ve septokütan perforatörlerine dayanan, anterolateral uyluk (ALT) flebi ilk kez tanımlandığından

beri artan bir popülariteye sahiptir. Daha önce literatürde iki cilt adalı ALT flep ile defekt rekonstrüksiyonu yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Bu noktada çalışmamızda, oral mukoza ve cilt defektlerinin birlikte olduğu defektlere yönelik iki perforatörlü, iki cilt adalı ALT flep ile rekonstrüksiyonun, olgu örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 66 yaşında erkek hastada 2 senedir mevcut olan, üst dudak filtrum sol lateralinden başlayarak sol oral komissura uzanan, oral kavite içerisinde bukkal mukozaya uzanan 8x10 cm ülsere ve kurutlu cilt lezyonu nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Yapılan fizik muayenelerinde sağ level 2'de palpable lenf nodu saptanmış olup diğer bölgelerde palpable lenf nodu saptanmamıştır. Boyun ultrasonu sonucunda ek patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Cerrahi Teknik ve Takip: Hastaya ilk aşamada insizyonel biyopsi yapılmış olup sonucu SCC olarak raporlanmıştır. Hastaya 10 mm marjin ile kitlenin rezeksiyonu, frozen ile cerrahi sınırların kontrolü, ALT flep ile dudak, mukoza ve cilt defeti onarımı planlanmıştır. Lezyon 10 mm marjinle eksize edilmiştir, eksizyon sırasında parotis kanalına invazyon izlenmiş, invaze kısım eksize edilmiştir. Eksizyon sonrası frozen değerlendirmesinin negatif gelmesinin ardından defektlere yönelik 16x8 cm boyutlarındaki iki perforatörlü ALT flep 10x8 cm ve 6x8 cm iki ayrı cilt adasına ayrıldıktan sonra; 6x8 cm boyutundaki flep mukoza kısmına, 10x8 cm boyutundaki flep ise cilt tarafına adapte edilmiştir. Aynı seansta sağ uyluktan alınan 12x6 cm fasya lata grefti 6x6 cm iki parçaya bölündükten sonra; 1 greft defekt alanında oral komissurun sağlanması amacıyla iki ucu açıkta bulunan orbicularis oris kasına süture edildikten sonra, diğer fasya grefti ring seklinde zigomatik askı için zigomaya süture edilmiştir. İşleme ALT flebinin ana pedikülünün fasiyal arter ve vene anastomozu ile devam edilmiştir. Anastomoz sonrası dolasım tabii izlenmiştir. ALT flebinin donör alanında 6x8 cm lik doku defektine yönelik ise sol inguinal bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır.

Hasta operasyon sonrası 14. gün taburcu edilmiştir. Flep distalinde minimal nekroz gelişmiş olup pansuman ile takip edilmiştir. Spesmenlerin patoloji sonuçları; cerrahi sınırlar negatif, iyi diferansiye SCC olarak raporlanmıştır. Operasyon sonrası takiplerde flep distalinden akıntı gelmiş olup flep distalinde süperiorda defekt alanı görülmüştür. Hastaya flep revizyonu ve boyun diseksiyonu planlanlanmıştır. Hasta boyun diseksiyonunu kabul etmemiştir. Post op 2.ayda hasta opere edilmiştir. Flebin elevasyonu sonrası süperiordaki defekt onarımı takibinde sol kommisuroplasti uygulanmıştır. Operasyon sonrası komplikasyon olmamıştır. Hasta operasyon sonrası 6.gün taburcu edilmiştir. Hastanın takipleri tarafımızca ve medikal onkoloji tarafınca devam etmektedir.

Tartışma: Üst dudak, oral mukoza ve cilt rekonstrüksiyonu cerrahisinde lezyonun yerleşim alanına göre primer onarım, karapandzic flebi, abbe flebi gibi lokal flepler, bölgesel flepler yada serbest flepler gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Cerrahi tedavide primer onarım, lokal ve bölgesel flepler ile onarımın mümkün olmadığı durumlarda serbest flepler ile defekt onarımı uygulanmaktadır. Koshima ve arkadaşları, baş ve boyun defektlerinde rekonstrüksiyon için ALT flep kullanımını ilk tanımlayan kişilerdir. O zamandan beri ALT flebi baş ve boyun rekonstrüksiyonu için sıklıkla kullanılan bir serbest fleptir. Literatürde farklı iki cilt adalı ALT fleplerinin kullanımı bildirilmiştir. Baş ve boyun yumuşak doku defektlerinde sıklıkla kullanılan flepler ALT flebi ve Radial ön kol flebidir. Hem ALT flebi hem de radial ön kol flebi, baş ve boyun yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu için güvenilirdir. ALT flebinde radial ön kol flebine göre daha az donör saha morbiditesi vardır. Ayrıca majör pedikül sakrifikasyonu yoktur. Aynı zamanda ALT flebi daha geniş defektler için kullanıma daha uygundur. Bu sebeplerle çalışmamızda Radial ön kol flebi yerine ALT flebi tercih edilmiştir. Çalışmamızda dudak, mukoza ve cildi içeren geniş defektlerde, ALT flebinin iki ayrı cilt adalı olarak kullanılmasının güvenilir, fonksiyonel ve estetik sonuçlarının tatmin edici olduğu ortaya konulmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamız ile dudak, mukoza ve cilt defektlerinin birlikte olduğu defektlere yönelik iki perforatörlü, iki cilt adalı ALT flep ile rekonstrüksiyonun fonksiyonel ve estetik sonuçlarının etkin olduğu, geniş defektlerde güvenle kullanılabileceği olgu örneği ile ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: SCC, Mukoza, Dudak, ALT, Rekonstrüksiyon

Vaka operasyon öncesi ve sonrası fotoğraflar

1. fotoğraf pre-op görüntü, 2. fotoğraf intra op mukoza defekti ALT flebi ikiye ayrıldıktan sonra 6x8 cm deri adası ile onarımı sonrası, 10x8 cm deri adası henüz cilde ve dudağa adapte edilmemiş olarak görünmekte. 3.fotoğraf post op 5.ay flep revizyonu sonrası görüntü.

P-036
Tırnak Yatağından Kaynaklanan Hidroadenokarsinom Olgusu

Ömer Faruk Akpınar, Hüseyin Can Yücel, Hayri Ömer Berköz

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

Giriş-Amaç: Nadir görülen cilt tümörlerinin yaklaşımında net bir konsensus bulunmamaktadır. Kabul edilmiş tedavi algoritması bulunmadığından uygulanan tedavinin yeterliliği konusunda şüpheler oluşmaktadır. Yeterli tedavi uygulayamama endişesi zaman zaman gereksiz radikal tedavi basamaklarını ön plana çıkarmaktadır. Bu olguda nadir görülen deri eki tümörü olan hidroadenokarsinom vakasına yaklaşım şemamızı sunacağız.

Olgu: 57 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 6 aydır var olan sol el birinci parmağında ağrı ve tırnağında şekil bozukluğu olması sebebiyle dış merkeze başvuruyor.

Dış merkezde başvurduğu hekim transungual yaklaşım ile tırnak yatağındaki lezyona yönelik eksizyonel biopsi uyguluyor. Eksizyonel biopsi sonucu SCC olarak raporlanan hasta tarafımıza ileri tetkik ve tedavi açısından yönlendiriliyor.

Bulgular: Tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde tırnakta şekil bozukluğu dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Dış merkezden eksizyonel biopsi parafin blokları fakültemiz patoloji abd'ında incelenmek üzere istendi.

Patoloji incelenmesi sonucunda tümöral oluşumun Hidroadenokarsinom ile uyumlu olduğu raporlandı.

Lenf bezi yayılımı açısından uygulanan Aksiller USG'de patolojik görünümlü lenf nodu saptanmadı.

Sonuçlar: Bu bulgular eşliğinde hastaya 3 cm güvenli cerrahi sınır olacak şekilde D1 MP eklem seviyesi distalinden Amputasyon ve Aksillaya yönelik Sentinel Lenf Bezi Örneklemesi uygulandı.

Patoloji sonucunda kemik dokuya kadar invazyon gösteren Hidroadenokarsinom ve Aksilladan örneklenen bir adet Sentinel lenf bezinde Hidroadenokarsinom metastazı olduğu saptandı. Bunun üzerine 2. operasyonda sol aksillaya yönelik Aksiller Küraj uygulandı. Patoloji sonucunda Aksiller Küraj materyalinde 34 adet metastaz görülmeyen, 1 adet metastaz görülen lenf bezi saptandığı bildirildi. Cerrahi tedavisi tamamlanan hasta adjuvan tedavi açısından Onkoloji ABD'a yönlendirildi.

Tartışma: Olgumuzda fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile saptanamayan metastatik aksiller lenf bezlerini uyguladığımız Sentinel Lenf Bezi örneklemesi katkısı ile eksize etmiş olduk.

Sentinel Lenf Bezi örnekleme alt yapısı olmayan merkezlerde benzer olgularda lenf bezi yayılımına yönelik ilk operasyon sırasında direkt olarak Aksiller Küraj uygulamak lenf bezi metastatik tutulumu olmayan hastalarda gereksiz radikal bir tedavi olabilir.

Alt yapıya sahip her merkez her tip deri tümöründe (BCC hariç) Sentinel Lenf Nodu Örnekleme tekniğini fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucu lenf bezi yayılımı saptanmamış olgularda kullanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Deri tümörü, Hidroadenokarsinom, Sentinel lenf nodu, Tırnak yatağı

Sol El D1 Tırnak Yatağında Hidroadenokarsinom

P-037

Frontal Bölgede Dev Kutanöz Boynuz: Nadir Bir Olgu

İlker Uyar, Tunahan Berk Başol, Emrah Patat, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Kutanöz boynuz, ciltte görülen bir lezyon türüdür. Cildin üst tabakasını oluşturan bir protein olan keratinden yapılmıştır(1). Lezyon bir koni veya boynuz gibi görünebilir ve boyut olarak değişebilir. Bu lezyonlar yaşlı popülasyonda daha sık görülmektedir. Birçok kutanöz boynuz benigndir ancak prekanseröz veya kanseröz de olabilirler.

Bu olgu sunumunda amaç, kutanöz boynuzların prekanseröz ve kanseröz olabileceğini öne çıkarmak ve özellikle ileri yaş gruplarında neden erken tanı ve tedavi gerektiğini açıklamaktır.

Olgu Sunumu: Acil servise genel durum bozukluğu nedeniyle başvuran 99 yaşında kadın hasta cilt lezyonları nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hasta değerlendirildiğinde sağ supraorbital bölgede tabanı yaklaşık 4x4 cm boyutlarında, uzunluğu ise 15 cm'yi bulan dev kutanöz boynuz olduğu görüldü. Ayrıca hastanın sağ yüz yarımı başta olmak üzere tüm yüz genelinde çeşitli lezyonların ve sağ malar bölgede gelişmeye başlayan daha küçük bir kutanöz boynuz izlendi. Septik şok nedeniyle yoğun bakıma yatırılan hasta yatışının yedinci gününde kardiyak arrest nedeniyle exitus oldu

Tartışma ve Sonuç: Kutanöz boynuzlar premalign ve malign olabilmeleri nedeniyle erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Geç kalınmış olgularda malign transformasyon riski yüksektir. Kutanöz boynuz zemininde en sık gelişen malign tümör skuamoz hücreli kanserdir(1). Bu nedenle lezyonların malignleşmesi halinde cerrahi ve tedavi protokolü karmaşıklaşmaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda lezyonların ihmal edilmemesi gerekmektedir.

1. Neil F Fernandes 1, Smeeta Sinha, W Clark Lambert, Robert A Schwartz:

Cutaneous horn: a potentially malignant entity 2009

Anahtar Kelimeler: Deri boynuzu, kutanöz horn, premalign lezyon

Figür

P-038

Baş Boyun Cerrahisinde Kurtarıcı Arterial Kaynak; Transvers Servikal Arter

Yahya Melih Işık, Gökhan Sert

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Cilt kanserleri en sık karşılaşılan malignitelerin başında gelmektedir.risk faktörleri maruziyeti sebebi ile en sık cilt malignitesi izlenen yerlerden biri baş boyun bölgesidir. Baş boyun bölgesi cilt malignitelerinde en sık elde görülen patolojik tanılardan biri ise Skuamoz hücreli karsinom oluşturmaktadır. Skuamoz hücreli karsinomun yüzde en sık görüldüğü nokta ise alt dudak çevresini oluşturmaktadır. Malignite eksizyonları esnasında oluşan geniş defektler lokal fasial flepler ile onarılamadığı durumlarda serbest flepler tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Flepler doku uyumu ve vaskulerite açısından iyi sonuçlar verebilse de cerrahi zorluğu ve vaskuler tromboz, vaskuler yetmezlik flep cerrahisi olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Flep trombozu, flep kaybına ve dolayısı ile flep nekrozuna sebep olmaktadır. Bu durumda oluşan defekt bir başka flep ile onarılabilse de mevcut vaskuler anastomoz trombozu alıcı vaskuler yatağı olumsuz etkilemekte ayrıca geçirilmiş cerrahşye bağlı ilgili bölgede ileri derecede skar ve fibrosis görülebilmektedir. Bu da alıcı vaskuler yatağı ve ilgili bölge eksplorasyonunu oldukça zorlaştırmaktadır. Yeni vaskuler anastomoz bölgesi istenen bu gibi durumlarda alternatif damar yatağı oluşturması için kurtarıcı bir alternatif olarak transvers servikal arter öne çıkmaktadır.

Vaka: 49 yaş erkek hasta 2 yıldır alt dudak sağ yarımı seviyesinde cilt lezyonu mevcut 2 yıl ardından ilk başvurusunda lezyonun alt dudağın yaklaşık %80ini kapladığı görüldü ayrıca mukozal invazyon izlendi. Planlanan insziyonel biyopsi sonucu skuamoz hücreli karsinom izlemiştir. Fizik muaynesinde submental ve bilateral submandibular birkaç adet milimetrik lenf nodu palpe edilmesi üzerine istenen boyun ultrasonografisinde Bilateral submandibular bölgede büyüğü sağda 23x9 mm,solda 24x8mm birkaç adet lenf nodu ve submental 10x5mm lenfadenopati tespit edilmiştir.Mandibula destruksiyonu ve invazyonu olup olmadığı değerlendirmek amaçlı istenen bilgisayarlı tomografi tetkikinde kemik invazyonu ve destruksiyonu saptanmamıştır.

Tedavi planı ardından lezyon büyüklüğü sebebi ile lezyon 1.5 santim marjinle alt dudak ufak bir kısmı hariç total tam kat eksize edildi. Eksizyon ardından oluşan defekt rekonstruksiyonu için super thin olarak planlanan anterolateral uyluk flebi ile alıcı olarak süperior tiroidal arter ve fasial ven ile donör olarak lateral sirkumflex femoral arter ve ven anastomozu ile alt dudak rekonstruksiyonu gerçekletirildi. Palpabl lenf nodlarına yönelik ise bilateral supraomohyoid(level 1-2-3) boyun diseksiyonu gerçekleştirildi. 2 adet sağ level 2A, 3 adet sağ level 2B, 1 adet sol level 1A, 7 adet sol level 2, 16 adet sol level 3 lenf nodları eksize edildi.

Lezyon eksizyonuna ait patolojı tüm cerrahi sınırları intakt, lenf nodları reaktif ve lezyon patolojık tanısı iyi diferansiye SCC izlendi. Takibinde 1. ayda flep nekrozu gelişmesi üzerine nekrotik flep debridmanını takiben sağ radial ön kol flebi ile alt dudak rekonstruksiyonu planlandı. Radial ön kol flebi için radial arter,Sefalik ven ve Palmaris Longus tendonu flebe dahil edildi. Daha önce boyun diseksiyonu uygulanan bölgenin ileri derecede fibrotik ve fasial arteri oklude izlendi.

Subklavian arter dallarından truncus tiroservicalis uç dalı olan transvers servikal arter belirlenerek anastomoz için hazırlandı. Önceki anastomozda fasial ven kullanılması sebebi ile oblitere fasial arter ve ven kullanılamadı. Vena jugularis externa ve transvers servikal arter alıcı olarak hazırlanması ardından anastomoz için donör olan radial arter ve sefalik vene anastomoze edildi.

Fasial arter ve vene eksplorasyonunun bölge geçirilmiş cerrahisine sekonder fiborsise sekonder zor ve eksplorasyonunda obliterasyon saptanabilen önceki cerrahi öyküsü olan vakalarda, serbest flep cerrahisi gibi vasküler anastomoz uygulanarak ilgili bolge arterial ve venöz yapıların anastomoze edilerek cerrahiye sekonder hasarlandığı yada tromboze olduğu anastomoz uygulanamayan durumlarda trasvers servikal arter anastomozu kurtarıcı bir mihenktaşı olarak işlev görmektedir.

Omohyoid kas inferior karnı altında transvers servikal arter klavikula yaklaşık 3-5 cm superiorunda 2 uç dala ayrılarak superfisial transvers servikal arter ve derin dalı olan dorsal scapular arter dallarını vererek devam etmektedir. Anatomik olarak ilgili bölgeden uzak oluşu sebebi ile baş boyun rekonstruksiyonlarında servikal bölgeden tünelize edilerek kullanılabilmektedir.Baş boyun malignite cerrahisi açısından kullanışlı ve güvenli bir alternatif olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: transvers servikal arter, flep, nekroz, baş boyun malignite

hasta resim

hasta resim

P-039

Nadir görülen bir olgu; cildin primer müsinöz karsinomu

Yunus Emre Gökçe, Yavuz Demir,
Atakan Meriç Kahraman, Zeynel Tulgar

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

Giriş: Müsinöz karsinom müsin adı verilen mukus hücrelerinden oluşan tümörlere denir ve sıklıkla meme kanseri olarak görülür. Cildin primer müsinöz karsinomu ise oldukça nadirdir ve yüksek rekürrens ile seyreden bir ter bezi tümörüdür. Bu tümör ilk defa 1952 yılında Lennox tarafından tanımlanmıştır. Sıklıkla erkeklerde ve 50 ile 70 yaş aralığındaki hastalarda görülmektedir. Klinik olarak ise yavaş büyüyen, ağrısız ve nodüler lezyonlar olarak görülmektedir. Bu sunuda kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan cildin primer müsinöz karsinomu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 67 yaşında erkek hastada 2 yıldır sol orbita lateralinde yer alan lezyon nedeniyle dış merkezde opere edilmiş ve patoloji sonucu müsinöz karsinom olarak rapor edilmiştir. Sonrasında aynı bölgede gelişen şişlik nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Hastanemizde metastaz ve primer odak açısından yapılan BT ve PET-CT görüntülemelerde primer lezyon haricinde metastatik veya herhangi bir başka odak saptanmadı. Hastanemizde yapılan onkoloji konseyi sonrası çıkan operasyon kararı üzerine hasta tekrar opere edilerek lezyon geniş cerrahi sınırla total olarak eksize edildi. Oluşan defekt lokal flepler ile onarıldı. Yapılan histopatolojik inceleme sonucu müsinöz karsinom olarak rapor edildi ve cerrahi sınırların intakt olduğu görüldü. Postoperatif takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadı. Hasta onkoloji kliniğine de takip ve tedavi amaçlı yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Cildin müsinöz karsinomu yavaş büyüyen ve rekürrens ihtimali yüksek olan bir tümördür. Tedavisinde geniş cerrahi sınır ile eksizyonu yapılmalıdır. Ciltteki lezyonun metastatik lezyon olma ihtimali nedeniyle metastaz açısından da mutlaka değerlendirilmelidir. Bu vakamızda da nadir görülen bir cilt tümörü olan müsinöz karsinom olgusunu ele aldık. Esas olarak ter bezinden köken alan müsinöz karsinom primer olarak ciltte de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: müsinöz, karsinom, cilt

Preop, Eksizyon materyali,Postop

P-040

Nüks anjiomiksom için rekonstrüksiyonu zor bir yerleşim; klitoris

Agit Sulhan, Büşra Güçlü, Zeki Çelik, Perçin Karakol

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Anjiomiksom; belirgin miksoid matriks ve çok sayıda ince duvarlı kan damarının varlığıyla karakterize, farklı bir yumuşak doku tümörüdür. Klinik olarak sıklıkla yavaş büyüyen polipoid veya papülonodüler deri lezyonları olarak ortaya çıkar ve kadınlarda erkeklere göre 6 kat daha sık olarak izlenmektedir. Kadınlarda özellikle 35-40 yaşlarında görülmesine karşın literatürde 11 ve 70 yaşın üzerinde bildirilmiş olgular da bulunmaktadır. Anjiomiksoma nadir olarak erkeklerde özellikle inguinoskrotal bölgede de izlenebilmektedir. Bu tümör temel olarak pelvis, perine ve vulvovaginal bölgedeki derin yumuşak dokudan kaynaklanan mezenkimal neoplazidir. Genel olarak uzak metastaz eğilimi düşük, ancak tedavi sonrası lokal rekürrens oranı yüksek olan lokal infiltratif bir neoplazidir. Nadir de olsa uzak organ metastazı ile mortal seyredebilir. En önemli tedavi şekli geniş lokal eksizyondur. Hastaların tamamında lokal rekürrens oranı cerrahiden birkaç yıl sonraki dönemde %30-40 olarak bildirilmektedir. Bu çalışma, üçüncü kez lokal nüks sonrası tarafımıza yönlendirilen vulvar yerleşimli anjiomiksoma olgusunu ele almaktadır.

Olgu ve Bulgular: 30 yaş cinsel aktif kadın hasta, yaklaşık 3 sene önce vulva minoralar üzerinde kaşıntı ve ele gelen kitle ile bir kadın doğum kliniğine başvurmuş olup, üç kez benzer şekilde genital stromal tümör ile uyumlu bulunup lokal nüks olasılığına karşılık vulva minora ve klitorisin subtotal çıkarılmış olduğu hasta lezyonun yenilemesi üzerine tarafımıza refere edildi. Hastanın fizik muayenesinde; klioristen başlayarak bilateral labium minörlere uzanan yaklaşık 3x1 cm boyutlarında, polipoid, normopigmente, sınırları düzenli, palpasyonla sert, ağrısız kitle mevcuttu. İnguinal USG ve fizik muayenesi doğaldı. Hasta, gerekli bilgilendirilmeler yapılıp onamları alınarak opere edildi.

Materyal-Metod: Kitle sağlam cilt marjından 0.2 cm ile klitoral hood ve labium minoralara kadar total eksize edildi. Labium minoralara multiple z-plasti uygulandı ve kısalan minoralar nedeniyle posteriorda introitusta web şeklinde oluşan bariyere K-M plasti yapılarak rahatlatıldı. Klitoris post operatif dönemde erektil izlendi. Ek bir müdahale düşünülmedi. Postoperatif erken ya da geç dönemde komplikasyon yaşanmadı ve hasta post operatif 3. günde taburcu edildi. Hastanın poliklinik takiplerinde patoloji sonucu subepitelyal alanda gevşek stromada iğsi-stellat morfolojili hiposellüler hücre profilerasyonu ve bazı prolifere alanlarda kalın duvarlı damarlar izlenerek anjiomiksoma ile uyumlu bulundu. Hasta 2 aylık rutin takibe alındı. Operasyondan sonra 6 aylık dönemde hastada nüks bulgusuna rastlanmadı.

Tartışma: Genelde plastik cerrahi kliniklerine başvurusu nadir olan bu olgunun, kadın olması, 30-50 yaş aralığında olması, patoloji sonucunda prolifere iğsi-stellat hücrelerin bulunması literatürü desteklemektedir. Anjiomiksomaya yaklaşımda yine literatürün desteklediği en uygun tedavi lokal eksizyondur. Ancak bazı literatür taramalarında GnRH agonist tedavisi ile başarılı sonuçlar alınmıştır ve tümör dokusunda belirgin bir azalma olduğu gösterilmiştir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte tanısı genellikle iyi bir patolojik inceleme ve immünhistokimyasal boyama sonrası konulmaktadır. Yanlış tanı en önemli problemdir ve

bu oran literatürde %82 olarak bildirilmektedir. Bartholin kisti, labial ya da vajinal kistler, polipler, Gardner kanal kistleri ve yumuşak doku tümörleri preoperatif klinik tanı sınıflamasında karıştırılan benign patolojilerdir. Genital bölgede ortaya çıkan deri anjiyomiksomu olgularında, yerel saldırgan gidişli agresif anjiyomiksom ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Agresif anjiyomiksomlar genellikle daha büyük boyutlara ulaşır ve daha derin yerleşme eğilimi gösterir. Kalın duvarlı damarlar ve damarlar çevresinde uzanan, desmin pozitif myoid hücreler ile damar yapısı farklılık gösterir.

Sonuç: Belirgin miksoid matriks ve çok sayıda ince duvarlı kan damarının varlığıyla karakterize, bir tümör olan anjiomiksoma özellikle 35-40 yaş arasında kadınlarda görülmektedir. Lokal eksizyon tüm dünyada en sık cerrahi tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Sık nüksler nedeniyle, clastik cerrahi kliniklerine başvuru genelde rekonstrüksiyon gereksinimi nedeni iledir. Bu amaçla Z plastiler, mukoza flepleri, K-M plastiler ve bazı nöral flepler kullanılabilir. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniklerinde nadir başvuran bu tarz olgularda hastanın doğru bilgilendirilmesi, anatomik bütünlüğün sağlanması, kozmetik kaygıların azaltılması ve cinsel fonksiyona bariyer durum varsa giderilmesi önemlilik arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: anjiomiksom, genital rekonstrüksiyon, genital stromal tümör

P-042

Lateral kantal yerleşimli bazoskuamöz karsinom

Erdi Kaya, Şakir Ünal, Vahip Karpınar, Toprak Geçgel

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

Giriş: Bazoskuamöz hücreli karsinom bazal hücreli karsinomun daha agresif bir alt tipidir. Bazal hücreli kansere göre skuamöz neoplastik değişimler de içerir. Ek olarak derinin yaygın görülen diğer malign tümörlerine kıyasla yüksek rekürrens oranı gösterir. Uzak organ metastazı ihtimali de mevcuttur.

Olgu: Çalışmamızda sol lateral kantal bölgede kitle şikayeti ile gelen 62 yaşında erkek hastayı ele aldık. Hastadan alınan biyopsi sonucu BSC ile uyumlu gelmesi üzerine kitle yayılımı Orbital MR ve PET-CT görüntülemeleri ile değerlendirildi. Ayrıca uzak metastaz açısından PET CT ile değerlendirildi. Uzak metastaz ve orbita içine invazyonu saptanmadı. Hasta preoperatif yapılan tetkiklerin ve operasyon hazırlıklarının ardından operasyona alındı. Lateral kantus hizasında yerleşimli tümör alt ve üst göz kapağını içerecek şekilde uygun cerrahi sınır bırakılarak eksize edildi. İntraoperatif gönderilen frozen örnekleri tümör negatif olarak bildirildi. Oluşan tarsal defekt için planlanan fleplere periost dahil edildi. Cilt defekti de üst göz kapağı cildinden tasarlanan fleplerin Y şeklinde tasarlanması ile onarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Bazoskuamöz hücreli karsinom cildin nadir görülen agresif seyirli tümörlerindendir. Geniş cerrahi eksizyon yapılmalıdır. Metastaz açısından da değerlendirilmelidir. Tars ve kantus ise göz kapağı bütünlüğü ve fonksiyonu açısından en önemli yapılardandır. Özellikli yapılar olması nedeni ile rekonstrüksiyonu ayrıca nitelikli ve önemlidir. Lateral kantus hizasındaki tümör vakalarında oluşan tarsal defekt ve lateral kantus bütünlüğünün bozulması nedeni ile periostun dahil edildiği mukozal flepler bu bölgenin onarımında bir seçenek olarak düşünülebilir. Periostun sağladığı mukavemet ile geride kalan tarsal doku bütünlüğünü devam ettirebilir. Çalışmamızda nadir görülen bir cilt tümörü olan ve diğer alt tiplere göre sık rekürrens gösteren bazoskuamöz hücreli karsinomu ele aldık. Bazoskuamöz hücreli karsinom vakalarında tümörün geniş eksizyon ve temiz cerrahi sınırlarla çıkarılmasının ve postoperatif kontrollerde yüksek rekürrens oranını da göz önünde bulundurarak düzenli takibin önemi büyüktür. Bu vakada olduğu gibi lateral kantal bölge tutulumunda periostun dahil edildiği lokal mukozal fleplerin rekonstrüksiyon seçeneği olarak akılda bulundurulmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: bazoskuamöz karsinom, üst göz kapağı, lateral kantus

İntraop

P-043

Göğüs Ön Duvarı Defektlerinde İnterkostal Arter Perforatör Flebi ile Onarım

İlker Uyar, Kadir Yit, Özgür Turan, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Göğüs duvarı, solunum mekaniği ve göğüs içi organların korunması açısından önemli ve kompleks bir göreve sahiptir. Göğüs ön duvar defektleri günümüzde artan malignite, cerrahi, radyoterapi ve enfeksiyon gibi sebeplerle oluşabilmektedir. Ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabilmesi nedeniyle bu defektlerin rekonstrüksiyonu önem arz etmektedir. Defekt onarımının yanı sıra uygun solunum mekaniğinin korunması, yeterli doku desteğinin sağlanması ve göğüs kontürünün korunması gibi birçok faktörün sağlanmaya çalışılması plastik cerrahlar için zorlayıcı olabilmektedir.

Bu çalışmada malignite eksizyonunas ekonder sternal defekti olan hastada interkostal perforatör arter flebiyle rekonstrüksiyon sağlanan bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta Temmuz 2021 tarihinde göğüs ön duvarında kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Mevcut lezyona yapılan punch biyopsi sonucunda patoloji raporu skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Hastanın yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde sternum superiorunda orta hat ve orta hattın sağında ciltten protrüde görünümde 41x13 mm boyutlarında kitle izlendi. Lezyonun cilt altı yağlı dokuya doğru minimal

uzanımı mevcut olup daha derin dokulara, kemik ve kaslara uzanımı saptanmadı. Genel anestezi altında, uygun cerrahi boyanma ve örtünmeyi takiben hastanın mevcut göğüs ön duvar orta hattaki kitlesi 2 cm cerrahi marjla total eksize edildi. Göğüs ön duvardaki defektin onarımı interkostal arter perforatörlerinden beslenen ada şeklindeki flebin 90 derece transpozisyonuyla sağlandı ve hemovac dren yerleştirildi. Süturasyon ve pansumanı takiben operasyona son verildi. İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif takiplerde bir problem saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Plastik cerrahi pratiğinde maligniteler, radyoterapi, cerrahi ve enfeksiyonlara bağlı olarak artan göğüs ön duvarı defektlerinin onarımı kritik önem taşımaktadır. Göğüs duvarı rekonstrüksiyonunun temel amaçları arasında solunumsal paradoksal hareketi engellemek ya da en aza indirmek, pulmoner mekaniğe yardımcı olmak, göğüs iç organlarını korumak ve normal göğüs konturunu korumak yer alır. Ayrıca başarılı rekonstrüktif operasyonların ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonları, hastanede kalış süresini, operasyona bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Göğüs duvarı deformitelerinde interkostal arter flebiyle onarım yeterli doku desteği sağlaması, göğüs kontürünü koruması ve solunum mekaniğini olumsuz etkilememesi nedeniyle göz önünde bulundurulması gereken bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Kaynaklar:

1. Sanna S, Brandolini J, Pardolesi A, Argnani D, Mengozzi M, Dell'Amore A, et al. Materials and techniques in chest wall reconstruction: a review. J Vis Surg 2017; 3: 95
2. Jurkiewicz MJ, Bostwick J 111, Hester TR, Bishop JB, Craver J. Infected median sternotomy wound: successful treatment by muscle flaps. Ann Surg 1980;191:738-44

Anahtar Kelimeler: Göğüs ön duvarı, interkostal arter, perforatör flep

Figür

P-044

Yüzeyel Dudak Defektlerinin Vermillion İlerletme Flebiyle Rekonstrüksiyonu

Yusuf Erbayat, Nuh Evin

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

Giriş: Dudaklar duyguların ifadesi, fonasyon ve çiğneme gibi çeşitli karmaşık işlevlerde rol oynayan dinamik ve estetik bir ünitedir. Dudak defekti rekonstrüksiyonları, estetik olarak tatmin edici bir sonuç amaçlanıp aynı zamanda dudak fonksiyonlarını koruma ihtiyacı nedeniyle zorlu operasyonlardır [1,2]. Bu çalışmada üst ve alt dudakta tümöral kitle eksizyonu nedenli oluşan yüzeyel defektlerin vermillion ilerletme flebiyle onarım sonuçları sunulmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: 2018-2021 yılları arasında üst ve alt dudakta kitle şikayetiyle başvuran 11 hasta çalışmaya dahil edildi. Vermilon sınırlarını aşan ve malign melonom tanılı kitleler çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastalarda lokal anestezi altında kitle eksizyonu sonrası açığa çıkan defektler tek taraflı ya da bilateral vermillion ilerletme flepleriyle rekonstrükte edildi. Tüm hastalar yaş, cinsiyet, etyoloji, ek hastalıklar, defektin boyutu ve lokalizasyonu, cerrahi süreleri ve komplikasyonlar açısından incelendi. Tüm hastalarda cerrahi sonrası 12. ayda dudak simetrisi ve estetik hasta memnuniyeti vizüel analog skala ile değerlendirildi. Hastalar ortalama 18.1 ay takip edildi.

Bulgular: 7 hasta kadın, 4 hasta erkekti. Hastaların yaşlar otalaması 38.3 yıldı. Hastaların etiyolojisinde premalign (n=7) ve malign tümöral kitleler (n=4) sorumluydu. Cerrahi sonrası komplikasyon görülmedi. Tüm hastalarda dudak simetrisi korundu, duyu ve oral kompetans problemi gözlenmedi. Tüm hastalar estetik ve fonksiyonel olarak memnundu.

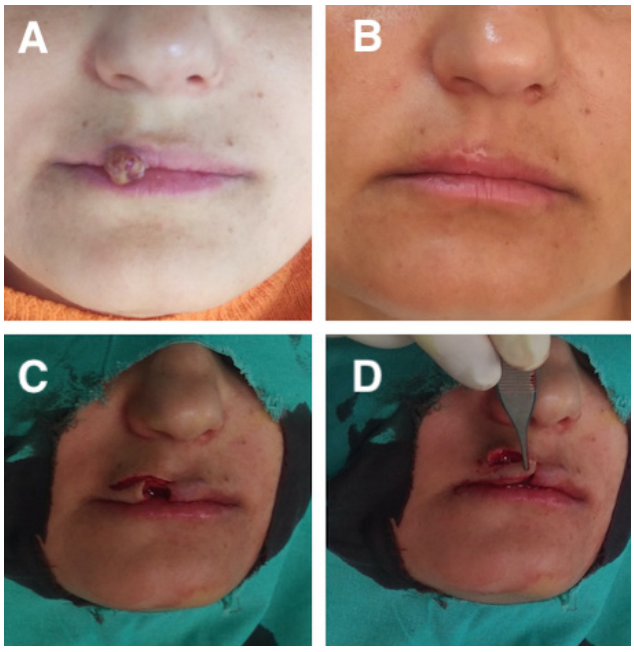
Tartışma: Tümör eksizyonu sonrası dudakta oluşan doku defektlerinin uygun onarılmaması durumunda motor, estetik ve sensöral fonksiyonlarında bozulma gözlenmekte olup, bu defektlerin mukokutanöz bileşkenin ve dudak simetrisinin korunarak onarılması önemlidir. Literatürde çeşitli teknikler tanımlanmış olup, bu prosedürlerin tümü özenli cerrahi planlama gerektirmektedir [2,3]. Vermillion ilerletme flepleri. labial arter kaynaklı güçlü vaskülerizasyonu olan myokütanöz fleplerdir. Labial bölge volümü ve mobilizasyonu sayesinde doku gerimi oluşturmadan dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda güvenilir bir seçenektir [4]. Bu çalışmada üst ve alt dudak yüzeyel defektleri vermillion ilerletme flepleriyle basit, minimal travmatik teknikle ve tek aşamalı olarak başarılı bir şekilde rekonstrükte edilmiştir.

Referanslar:

1. G. Verna, et al. Inclusion of a skin strip into Goldstein's myomucosal flap for labial reconstruction. J Plast Reconstr Aesthetic Surg, 59 (2006)
2. G.S. Alvarez, et al. A new technique for reconstruction of lower-lip and labial commissure defects: a proposal for the association of Abbe–Estlander and vermilion myomucosal flap techniques. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 115 (6) (2013)
3. J.D. Kretlow, et al. Facial soft tissue trauma. Semin Plast Surg, 24 (2010)
4. R. Sahai, et al. Managing lip large papilloma extirpation defect by arterialized advancement vermilion flap Int Surg J, 7 (7) (2020 Jul)

Anahtar Kelimeler: vermillion, dudak, defekt, flep, ilerletme, rekonstrüksiyon

Vermillion İlerletme Flebi



A) Kitlenin Preoperatif Görüntüsü B) Postoperatif 12. Ay C) Defektin Boyutu ve Hazırlanmış Flep D) Hazırlanan Flebin İlerletilmesi

P-046

İnguinal Lenfadenopati İle Saptanan Merkel Hücreli Karsinom Olgu Sunumu

Merve Terzi, Hasan Basri Çağlı, Safa Eren Atalmış, Fatih Berk Ateşşahin, Haluk Vayvada

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Merkel hücreli karsinom ilk olarak 1972 yılında Cyril Token tarafından trabeküler karsinom olarak tanımlanan derinin primer kutanöz nöroendokrin karsinomudur. 1978 yılında Tang ve Toker tarafından yapılan çalışmada tümörün histolojik özelliklerinin Merkel Hücreleri ile benzer olduğu ve Merkel Hücresinden köken almış olabileceği ilk olarak ortaya atılmıştır. Merkel hücreli karsinom primer olarak karşımıza gelebileceği gibi metastatik hastalık olarak da sıklıkla karşımıza çıkabilir. Merkel Hücreli karsinom olarak adlandırılsa da kökeni hala tartışmalıdır. Bu çalışmada inguinal lenfadenopati nedenli eksizyon yapılan patoloji sonucu Merkel hücreli karsinom metastazı olarak raporlanan hastanın olgu sunumu ele alınmaktadır.

Olgu Sunumu: 62 yaşında hasta yaklaşık 1,5 yıl önce sağ gluteal bölge inferiorunda nodüler lezyon fark etmiş. Lezyon boyutları stabil olan hasta yaklaşık 7 ay sonra dış merkez genel cerrahi bölümne başvurmuş. Yapılan muayenede sağ inguinalde lenfadenopati saptanmış fakat eşlik eden sistiti mevcut olan hasta için ek girişim düşünülmemiş. Sistit tedavisi tamamlanmasına rağmen lenf nodu boyutlarında regresyon olmaması üzerine hasta tekrar genel cerrahiye başvurmuş. Yapılan görüntülemelerde 3 cm çapına ulaşan patolojik lenf nodu saptanan hastaya genel cerrahi tarafından eksizyon yapılmış. Patoloji sonucu yüksek dereceli nöroendokrin karsinom metastazı olarak raporlanması üzerine PET çekilmiş. Pet sonucunda sağ gluteal bölge inferiorunda hipermetabolik nodül saptanması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Tarafımızca hasta interne edilerek preoperatif hazırlıkların tamamlanması ardından sağ gluteal bölgeki ciltaltı nodüler kitle 4 cm sınır konularak tabanda kas fasyası da dahil edilerek eksize edildi. Peroperatif frozen materyali gönderildi ve temiz sınır sağlandı. Oluşan defekt uyluktan V-Y ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Ardından hastaya sağ inguinal diseksiyon yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif patoloji sonucu sağ gluteal bölgedeki lezyon Merkel hücreli karsinom, sınırlar sağlam iken inguinal diseksiyon materyalinde metastaz saptanmadı. Hastanın takiplerinde diseksiyon sütür hatlarında nekroz olması üzerine hasta tekrar opere edilerek debridman, defekt onarımı gerçekleştirildi. Servis izleminde sorun izlenmeyen hasta taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. Hastanın onkoloji ve radyasyon onkoloji takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Merkel hücreli karsinomda lokal rekürrensi, bölgesel ve uzak metastaz sıklıkla görülür. Vakamızda olduğu gibi, nodüler ciltaltı kitle ile semptom verebilir ve tümörün yerleşimi, ağrısız olması, progresyon göstermemesi gibi nedenle gözden kaçarak metastaz ile tarafımıza gelebilir. NCCN güncel kılavuza göre risk faktörü olmayan hastalarda eksizyon marjini 1-2 cm iken, risk faktörü mevcut olan hastalarda eksizyon marjini bireysel olmasından, klinik nod pozitif hastalarından cerrahi, radyoterapi ve sistemik tedavi açısından değerlendirilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Ciltalı nodüler kitle ile tarafımıza başvuran hastalarda gerekli

fizik muayene, görüntülemeler kullanılmalıdır. Atlandığı takdirde metastatik hastalarda yaşam süresi düşük olması nedenli mutlaka akılda tutulması gereken bir ön tanıdır.

Anahtar Kelimeler: inguinal Lenfadenopati, merkel hücreli karsinom, v-y ilerletme flebi

P-047

Konjenital Melanositik Nevüs Zemininde Geç Dönemde Gelişen İleri Evre Malign Melanom Olgusu

Emre Özer, Uğur Anıl Bingöl

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

Konjenital melanositik nevüsler (KMN) genellikle doğumda mevcut olan iyi huylu lezyonlardır. Bu lezyonlar dermis ve epidermiste bulunan melanositlerin anormal çoğalması sonucunda geliştikleri düşünülmektedir. Yenidoğanların %1 ini etkileyen, 5. ve 24. gestasyon haftaları arasında oluşmaya başlayan bu lezyonlar doğumda da mevcut olabileceği gibi yaşamın ilk yıllarında da ortaya çıkabilir(1). Çoğu yazar hayatın ilk iki yılı içerinde görülen her nevüsü konjenital olarak sınıflamaktadır ancak geç başlangıçlı olan bazı konjenital nevüslerin yetersiz melanin sentezlemesi ve küçük boyutları yüzünden hayatın ilk aylarında klinik olarak fark edilemediklerini ifade etmişlerdir(2) Konjenital nevüsler için dünyada en çok kullanılan sınıflama lezyonun en geniş çapı baz alınarak yapılan sınıflamadır. 1,4 cm veya daha dar çaplı olanlar küçük, 1,5 ile 19,0 cm arasındaki çapa sahip olanlar orta, 20 cm ve üzerinde olanlar büyük veya dev konjenital nevüs olarak sınıflandırılmaktadır(3). KMN'ler üzerinde malign melanom gelişme insidansı boyutu ile orantılı olarak artmaktadır. Bu oran küçük ve

orta KMN'ler için %2.6 ile 4,9 arasında iken büyük (dev) KMN'ler için %6 ile 20 arasındadır(4). Büyük/dev KMN zemininden gelişen malign melanom olguları hayatın ilk 5 yılında ortaya çıkarken küçük ve orta KMN'lerden gelişen melanomlar puberte sonrası dönemde ortaya çıkmaktadır(5). Biz burada 74 yaşında geç dönemde, KMN zemininden gelişen ileri evre malign melanom olgusunu tartışacağız.

Olgu Sunumu: 74 yaşında erkek hasta sol supraskapuler bölgede, yaklaşık 8 cm çapında düzensiz sınırlı heterojen pigmente görünümde üzerinde noduloülseratif lezyonları olan kanamalı kitle şikâyeti ile kliniğimize başvurdu (Resim 1) Hasta, bu bölgede aynı boyutlara sahip doğuştan gelen bir nevüsünün olduğunu, son 3-4 ay içerisinde üzerinde yeni nodüler lezyonların ortaya çıktığını ve bu lezyonların dokunmakla kanadığını belirtti. Dermatoloji tarafından yapılan muayene sonrasında konjenital melanositik nevüs zemininde gelişen malign melanom ön tanısıyla hastaya operasyon kararı verildi. Geniş cerrahi eksizyon takibinde defekt kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Eksizyonel biyopsi materyalinin patolojik incelemesinde subkutan dokuya invaze (Clark evre 4) 4,5 mm invazyon derinliğine sahip (Breslow evre 4) malign melanom ile uyumlu geldi. Hastanın PET-CT incelmesinde herhangi metastatik lezyona rastlanmadı.

Tartışma: Konjenital melanositik nevüsler çocukluk çağında malign melanoma transforme olabileceği gibi ileriki yaşlarda da bu riski devam ettirmektedir. Sadece melanom riski ile değil kozmetik açıdan da hastalara çoğu zaman rahatsızlık vermektedir. Dev konjenital nevüslerin erken eksizyonu yüksek komplikasyon ve estetik kusur yaratacağı için yıllık dermatoloji takibi önerilmektedir(2). Dermoskopi bu takipler esnasında malign değişiklikleri ortaya koymada çoğu zaman yeterli olsa da kesin tanı konulamayan klinik şüphenin yüksek olduğu lezyonlar biyopsi ile doğrulanmalıdır. Özellikle büyük melanositik nevüslerden gelişen melanom olguları derin dermal-epidermal bileşkeden sıklıkla geliştiği için tespit edilmesi daha zordur.

Literatürde konjenital melanositik nevüslere uygulanan güncel tedavi yaklaşımları arasında, yalnızca gözlem, dermoabrazyon, kimyasal peeling, lazer, total eksizyon yer almaktadır(1). Bu yöntemler arasında sadece negatif cerrahi sınırlarla yapılmış olan total eksizyonlar melanom riskini elimine etmektedir. Kozmetik amaçlı yüzeyel yapılan tedavilerle melanom riskinin devam ettiği bilinmeli ve hasta tedavi sonrasında takipten çıkarılmamalıdır.

1. Shah J, Feintisch AM, Granick MS. Congenital Melanocytic Nevi. Eplasty. 2016;16:ic4.
2. Caccavale S, Calabrese G, Mattiello E, Broganelli P, Ramondetta A, Pieretti G, et al. Cutaneous Melanoma Arising in Congenital Melanocytic Nevus: A Retrospective Observational Study. Dermatology. 2021;237(3):473-8.
3. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. J Am Acad Dermatol. 1979;1(2):123-30.
4. Belysheva TS, Vishnevskaya YV, Nasedkina TV, Emelyanova MA, Abramov IS, Orlova KV, et al. Melanoma arising in a Giant congenital melanocytic nevus: two case reports. Diagn Pathol. 2019;14(1):21.
5. Kumari M, Singh M, Punhani P. Malignant melanoma in a child with giant congenital melanocytic nevus and satellite flekers: A rare entity. Diagn Cytopathol. 2020;48(6):564-6.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Melanositik Nevüs, Malign Melanom, Deri Kanserleri

Resim 1

Sol Supraklaviküler Bölgede Nodüler Görünümde Yaklaşık 8x6 Boyutlarında Koyu Renkli Kitle

P-048
Dev Nörofibrom Olgu Sunumu

Özge Eren, Hasan Basri Çağlı, Merve Terzi, Abdurrahman Ercan Coşkun, Haluk Vayvada

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş: Nörofibromlar benign periferik sinir kılıfı tümörleridir ve üç önemli alt tipi bilinmektedir. Bunlar lokalize kutanöz nörofibromlar, pleksiform nörofibromlar ve diffüz nörofibromlardır. Lokolize kütanöz norofibromlar nodüler ya da polipoid gelişme paterni gösterirler. Tek, sporadik lezyonlar ya da NF1 kapsamında multiple lezyonlar olarak görülebilirler. Pleksiform nörofibromlar sinir ya da sinir pleksususu sınırında diffüz olarak büyürler. Bu tarz lezyonların cerrahi olarak çıkarılması bu nedenle güçtür. NF1 için patognomiktirler ve diğer benign sinir kılıfı tümörlerinin aksine malign transformasyon riski taşırlar. Diffüz nörofibromlar ise büyük, biçimsiz cilt altı kitle(dermiş ve subkutiste) formu alabilen infiltratif lezyonlardır. Bunlarda sıklıkla NF1 ile birliktelik gösterir

Nörofibromatosiz ilk olarak Von Reclinghausen tarafından 1882'de nörodermal displazi olarak tanımlamıştır. NF 3000 doğumda 1 görülen kalıtsal, otozomal dominant bir hastalıktır. NF1 ve NF2 olmak üzere 2 alt tipi vardır. Vakaların %90 ı NF1 olmak üzere NF1 en sık görülen formudur. NF1 17. kromozomun uzun kolunda 17q kodlanan tümör baskılayıcı nörofibromin mutasyonlarının neden olduğu otozomal dominant bir hastalıktır. NF1 vakalarının %50 sinde mutasyon sporadiktir ve kalıtsal değildir, bu yönden insanlarda en sık sporadik mutasyon gösteren hastalıklardan biridir.

NF genellikle ilk olarak bebeklerde veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkar. Ayırt edici özellikler, ciltte açık kahverengi lekelerin yanı sıra gövde veya ekstremitelerde soliter veya çoklu hemisferik veya pediküllü nörofibromların varlığını içerir. Bazı hastalarda komplike Lisch nodülleri (iris hamartomları), iskelet lezyonları ve merkezi sinir sistemi anormallikleri, öğrenme güçlükleri, arteriyel darlıkla birlikte damar anormallikleri, pigmente cilt lezyonları(aksiller çiller ve cafe au lait lekeleri görülür. Bizim çalışmamızda

primer olarak çoklu nörofibrom belirtileri ve ciltte açık kahverengi lekeler olan hastayı gluteal bölgesinde bulunan dev nörofibromuna yönelik cerrahi yaklaşımımız açısından inceledik.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta 6 yıl önce gluteal bölgesindeki dev nörofibromu nedeniyle tarafımıza başvurdu. Prenatal öyküsünde özellik olmayan 35 yaşında sağlıklı, teratojen maruziyeti olmayan annenin 2. gebeliğinden 2. canlı olarak miadında C/S ile 5500gr doğan; 2013 yılında gluteal bölgesindeki lezyonun boyutlarının progrese olması, sol ayak bileğindeki lezyon ve sırtında lipom nedenli dış merkez çocuk cerrahi başvurusu olan sırttan ve ayak bileğinden, eksize edilen materyallerin patoloji sonuçlarının diffüz nörofibrom olarak raporlanan hasta 14 yaşında NF-1 tanısı almış. 2014 yılından 2016 yılına kadar olan süreçte kalçadaki lezyonunun boyutları progrese olan hastanın sağ gluteal bölgesindeki kitlesine yönelik dış merkezde parsiyel eksizyon yapılmış. Postoperatif dönemde sağ gluteal bölgesinde hemopürülan akıntı gelişen hasta lokal yara bakımı ile ayaktan takip edilmiş. Akıntısı sonlanan hastanın bilateral gluteal bölgelerindeki lezyonlar 2016 yılından 2020 yılına kadar dev boyutlara gelmiş. 21 yaş kadın hasta hasta gluteal bölgedeki nörofibromun boyutununun devasa boyuta ulaşması nedeniyle zaman zaman ülserlerin oluşup gerilemesi, yürümede güçlük, defakasyon sırasında güçlük çekmesi ve kötü estetik görünüm nedenleriyle tarafımıza başvurdu.

Tarafımızca değerlendirilen hastanın flanklardan başlayıp bilateral gluteal, suprapubik ve sağda uyluk anteromedial proksimal 1/3lü kısmına solda uyluk anterior 1/3 lük kısmına uzanım gösteren hiperpigmente dev nörofibrom saptandı. Bu dev nörofibrom üzerinde özellikle torakal ve lomber bölgede belirgin olmak üzere çok sayıda hiperpigmente nevüs saptandı. Nörofibroma bağlı intergluteal sulcusun inferiora yer değiştirdiği ve oblik uzanım gösterdiği görüldü. Bu dev nörofibrom zemininde önceki lipom? eksizyonuna sekonder torakal bölgeden başlayıp intergluteal sulcusa uzanım gösteren yaklaşık 33 cmlik vertikal seyirli tren yayı deformitesi gösteren insizyon skarı izlendi. Sağ uyluk lateralinden başlayıp intergluteal sulkusa uzanım gösteren önceki operasyona sekonder yaklaşık 70 cmlik insziyon skarı izlendi. Sol gluteal bölgedeki nörofibrom zemininde lateralde biri yaklaşık 2x2, diğeri 4x4 cmlik ciltaltı kitle saptandı. Bilateral alt akstremite motor ve duyu muayenesinde belirgin defisit saptanmadı. Sol ayak bileği medial malleolden başlayıp anterior yüzden kalkaneal bölgeye uzanım gösteren yaklaşık 8*15 cm boyutlarında nörofibrom saptandı. Bu nörofibrom zemininde önceki operasyona sekonder tren yayı deformitesi gösteren horizontal uzanımlı insizyon skarı izlendi. Ayak motor ve duyu muayenesinde belirgin defisit saptanmadı. 03/10/2019 tarihinde DEÜTF te yapılan Kalça MR'ı gluteal bölgede dev pleksiform nörofibrom ile uyumlu bulgular olarak raporlandı.

Tarafımızca hastaya 3 seansta debulking cerrahiler uygulandı. Tarafımızca 13.01.2020 tarihinde sol gluteal bölgeden parsiyel eksizyon yapıldı. Takiplerinde sorun izlenmeyen hastaya 14.10.2020 tarihinde sağ gluteal bölgeden cilt ve cilt altı dokuları içeren parsiyel eksizyon yapıldı. Takiplerde sol gluteal bölgenin inferiorunda sıvazlamakla kanlı komponenti olan pürülan akıntı getiren 2x2 cmlik fistül ağzı saptanması üzerine 30/09/2021 tarihinde tarafımızca yapılan 3. operasyonda parsiyel eksizyon uygulanarak opere edildi. Operasyon sırasında lakunalar arasından yoğun kanama odakları olduğu görüldü. Ameliyatlar sırasında yaygın olan, monopolar ve bipolar ile durdurulamayan kanama odakları nedenli çoklu klips kullanımı yapıldı. Lakunaların ileri derecede geniş olması nedenli klipsle de kanama kontrolü sağlanamadı. Lakunaları içerecek şekilde ciltten sütürlerle lakunalar oklude edilmeye çalışıldı. Perop olarak ES verilerek operasyonlar sonlandırıldı.

Tartışma: NF cerrahi tedavisi, ağrı veya işlev bozukluğu ile sonuçlanan veya kötüleşmesinden şüphelenilen büyük boyutlu tümörler için yapılır. Bu çalışmada gluteal bölgedeki dev tümör şiddetli disfonksiyon ve kötü estetik sonuçlara neden olduğu için cerrahi tedavi uygulandı. 3 ameliyatta da fonksiyon ve kozmetik iyileştirme amaçlandı. Ameliyat sırasında mümkün olduğunca çok tümör dokusu eksize edilmesi ve cilt dokusunun yerinde bırakılması amaçlandı.

Nörofibroma dokusu ince ve zayıf kasılabilen sinüs boşluklarına sahip çok sayıda kan sinüsü içerdiğinden intraoperatif kanama kolayca kontrol edilemez. Bu nedenle cerrahi işlemler planlanırken yeterli kan bulunmalıdır. Vasküler tutulumu belirlemek için anjiyografik muayene düşünülmeli ve ameliyat sırasında kanamayı kontrol etmek için vasküler embolizasyon veya elektrokimyasal doğaçlama düşünülmelidir. Bu çalışmadaki hasta, hastanede yattığı süre boyunca toplam 600 mL eritrosit süspansiyonu aldı. Bu vakada intraoperatif olarak kanamanın durdurulması için bipolar ve monopolar yetersiz kaldı. Kanamanın durdurulması için klipsler ve cilt altı devamli suturler kullanılarak kanama kontrolü sağlandı. Tümör dokusunu olabildiğince çok miktarda eksize etmeyi amaçlasak da kanama kontrolünü sağlayabilmek için sınırlı parsiyel eksizyonlar yapıldı.

Sonuç olarak dev nörofibromlara yönelik cerrahi işlemlerde intraoperatif olarak kan kaybının fazla olacağı ön görülmelidir. Operasyona hazırlık döneminde bu duruma yönelik anjiyografi gibi çeşitli görüntüleme yöntemlerinden yararlanabilir. Yine intraoperatif kanama ihtimali yüksek olan bu hastalarda tek ve büyük bir cerrahi operasyon planlamaktansa çoklu parsiyel eksizyonlar intraoperatif kanama kontrolü için tarafımızca daha uygun bulunmuştur. Bu çok aşamalı cerrahi operasyonlar açısından hastanın öncesinde bilgilendirilmesi ve hasta beklentilerinin iyi belirlenmesi ve hastaya tüm sürecin anlatılması postoperatif beklentilerin karşılanmasında oldukça önemlidir

Anahtar Kelimeler: nörofibromatozis, dev nörofibrom, diffuz nörofibrom

Peroperatif muayene

P-049

İnguinal Bölgede Rekonstrüksiyon Seçeneği: Pediküllü Anterolateral Uyluk Flebi

İlker Uyar, Tunahan Başol, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) düşük dereceli, yavaş büyüme eğilimli, lokal rekürrens oranı yüksek, cildin dermis tabakasından kaynaklanan malign mezenkimal bir tümördür. Sıklıkla gövde cildini tutar. Lokal olarak agresif bir tümör olup nadiren bölgesel lenf nodu yada uzak organ metastazı yapar(1). Fakat lokal rekürrens oranı yüksektir. Bu çalışmada amacımız; inguinal bölgedeki kitlesinin dış merkezde eksizyonu sonrasında DFSP tanısı alan hastaya yaklaşımımızdan bahsetmektedir.

Olgu: Dış merkezde yumuşak doku örneklemesi yapılan ve patoloji sonucu DFSP olarak raporlanan 47 yaşındaki erkek hasta tarafımıza başvurdu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonuçlarında kitlenin yüzeyel olduğu, en yakın kas ile arasındaki mesafenin (sartorius – tensor fascia lata) 16-17 mm olduğu raporlandı. MRG'de lenfadenopati saptanmadı. Bunun üzerine; sınır genişletme operasyonu ile eş zamanlı olarak pediküllü anterolateral uyluk (ALT) flebi ile rekonstrükisyon planlandı.

Operasyon sırasında sağ ALT flebinin donör alanda bulunan perforatörler el doppleri ile işaretlendi. Spinal anestezi altında sağ inguinal bölgede mevcut olan yaklaşık 10 cm uzunluğundaki horizontal insizyon hattına 3 cm sağlam sınır konularak derin fasya üzerinden total eksize edildi. Sağ uyluk lateralinde işaretlenmiş perforatör sahası etrafında flep planlandı. Medial insizyon yapılarak rektus femoris kas fasyası altına kadar diseksiyon yapıldı. Subfasyal planda laterale doğru diseksiyona devam edildi. Flebe giden perforatör arter görüldü, vastus lateralis içinden muskulokutan tipte olduğu tespit edildi. Perforatör çevresindeki vastus lateralis segmenti flebe dahil edilerek flep eleve edildi. Perforatör arterin kaynaklandığı lateral sirkumfleks arterin inen dalı proksimale doğru diseke edildi. Kanama kontrolü sonrası hemovak dren yerleştirildi. Flep, donör saha ile defekt arasındaki cilt adası altından oluşturulan tünelden ilerletilerek defektif alana adapte edildi.

Yapılan sınır genişletme sonrası taban ve yan cerrahi sınır salimliği sağlandı. Operasyon sonrası altıncı ay kontrollerinde nüks lehine bulgu saptanmadı. Operasyon sonrası PET görüntülemesi ve ardından üç ayda bir MRG ile yaklaşık 2 yıl boyunca takip edilen hastada nüks gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç: DFSP lokal agresif bir tümör olması nedeniyle geniş eksizyon gerektirmektedir. Eksizyon sonrası oluşan defektin genişliği ve "benzerin benzerle rekonstrüksiyonu" ilkesi göz önüne alındığında inguinal bölgede defekti olan hastalarda pediküllü ALT flebi ilk seçeneklerden biri olarak düşünülmelidir.

1. Aubrey Allen, BAa,*, Christine Ahn, MDb, Omar P. Sangüeza, MD; Dermatofibrosarcoma Protuberans 2019

Anahtar Kelimeler: Anterolateral uyluk flebi, dermatofibrosarkom, inguinal

Figür

P-050

Rekonstrüksiyon Açısından Zor Bir Vaka: Göğüs Ön Duvarda Dev Nörofibromatozis

Murat Çelik, Arda Küçükgüven, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Nörofibroma, periferik sinir kılıfı tümörleri arasında en sık görülendir. Vücutta çok sayıda nörofibroma nodülü bulunmasına nörofibromatozis adı verilir ve bunlardan en bilineni nörofibromatozis Tip-1 (NF-1)'dir. Bu sendromda kitleler çok büyük boyutlara ulaşabilir ve tüm vücutta yaygın olarak görülebilir. NF-1 hastalarında kitleler nedeniyle; kanama, fonksiyonel kayıplar, ağrı ve estetik olarak kötü görünüm şikayetleri vardır.

Nörofibromatozis kitlelerinin tedavisi kolay değildir. Kitleler çok büyük boyutlara ulaşıp derin dokulara yayılabileceğinden genellikle flep ile onarım gerekir. Kliniğimizde göğüs ön duvarında yaygın nörofibromatozis kitle eksizyonu sonrası geniş rotasyon flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastamızı sunarak literatürdeki rekonstrüksiyon seçeneklerine katkı sağlanması planlanmıştır.

Vaka Sunumu: Bilinen NF-1 tanısı ile 26 yaşında kadın hasta göğüs ön duvarında yaygın nörofibrom kitleleri ile başvurdu. Hasta kitlelerin estetik açıdan hoş görünmemesi, ağrı ve kanama şikayetleri nedeniyle ilgili sağ göğüs duvarındaki kitlenin eksizyonu talebinde bulundu. MRI görüntülemede, sağ memeyi bütünüyle çevreleyerek, sağ aksillaya ve göğüs anterolateral duvarına uzanan, cilt-cilt altı dokuda lokalize, diffüz ve aksilla inferioru düzeyinde kutanöz nörofibrom görüldü. Sağ göğüs duvarındaki kitlenin en blok eksizyonu sonrası, göğüs ön duvarda yaklaşık 25x20 cm boyutlarında defekt izlendi. Defekt sağ göğüs duvarı inferiordan hazırlanan geniş bir rotasyon flebi onarıldı. Flep rotasyon miktarını arttırmak için rektus kasına ulaşılana kadar diseksiyona devam edildi. Kontrollerde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma: Göğüs duvarındaki nörofibromatozis kitlelerinin eksizyonu sonrası rekonstrüksiyon için çeşitli seçenekler kullanılmıştır. Bunlar arasında hem teknik kolaylık hem de minimal donör saha morbiditesi nedeniyle deri greftleri ile onarım öne çıkmaktadır. Deri grefti onarımının kullanımını sınırlayan en önemli sorun alıcı bölgenin uygun olmaması ve estetik açıdan hoş görünmemesidir. Lokal fleplerle yapılan rekonstrüksiyonda, deri greftlerine göre estetik

açıdan daha iyi bir görünüm ve daha iyi dolaşım profili gibi avantajlar mevcuttur. Farklı defektlere yönelik yapılan lokal flep onarımında karşılaşılan sorunlar, nörofibromatozis kitlelerin eksizyonu sonrasında da görülür. Bunlardan en önemlilerinden biri büyük defektlerin rekonstrüksiyonunda lokal fleplerin yetersiz kalabilmeleridir. Buna rağmen, lokal fleplerin nörofibromatozis hastalarında tercih edilebilmesindeki sebeplerden biri olarak, nörofibromatozis hastalarının gevşek deri yapılarının, lokal fleplerin menzilini artırması gösterilebilir. Böylece lokal flepler ile büyük defektlerin kapatılması daha kolay olmaktadır.

Nörofibromatozis nedeniyle yapılan eksizyonlar sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu cerrahları zorlamaya devam etmektedir. Kitlelerin derine yaptığı invazyonlar, yüksek kanama profili, kitlelerin çok büyük olması gibi nedenlerle, operasyonlarda total eksizyon yerine, debulking cerrahisi yapma gerekliliği oluşabilmektedir. Eksizyon kararındaki en önemli sebepler arasında ağrı, kanama ve hastanın estetik olarak görüntüden şikayeti olması mevcuttur.

Sonuç: Nörofibromatozis kitleleri vücutta yaygın olarak, geniş bir alanı tutacak şekilde görülebilmektedir. Bu kitlelerden göğüs ön duvarda yaygın olarak görülen dev bir kitleye yapılan eksizyon sonrasında, geniş bir rotasyon flebiyle onarım yapılmıştır. Fleple onarımın başarılı olmasında, nörofibromatozis hastalarının derilerindeki gevşiklik de katkı yapmaktadır. Bu da göstermiştir ki, dev nörofibromatozis kitlelerin eksizyonu sonrasında, çok büyük defektlerde bile lokal fleplerle onarım iyi bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Nörofibromatozis, Flep Cerrahisi, Lokal Flep

Vaka Sunumu

A: Sağ göğüs ön duvardaki nörofibromatozis kitleleri-Operasyon Öncesi Görüntü. B: Eksizyon sonrası oluşan 25x20 cm boyutundaki defekt C: Kitlenin masadaki görüntüsü D: Erken Ameliyat Sonrası görüntü

P-051
Topuk Yerleşimli Malign Mealnomlar

Mahmut Durak Ceviz, Mustafa Rıdvan Yanbaş, Abdullah Dinçgözoğlu, Umutcan Gülmezoğlu, Mehmet Bekerecioğlu

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi, Kahramanmaraş

Giriş: Melanom, melanosit adlı pigment hücrelerinin kanseridir. Çoğu melanom güneşe maruz kalan yerlerden kaynaklanır. Malign melanom deri kanserlerine bağlı ölümlerin büyük çoğunluğundan sorumludur. Son yıllarda malign melanom prevalansında ciddi artış görülmektedir. Palmoplantar melanom ayak tabanında özellikle basınç maruziyetinin yüksek olduğu topuk gibi bölgelerde sık gözlenen etyolojide güneş ışınlarının olmadığı melanomun bir alt tipidir. Ayak tabanındaki lezyonlar genellikle tanıda ve başvuruda gecikme yaşandığından invaziv evrede tanı alır.

Gereç-Yöntem: 2021-2022 yılları arası klniğimize başvuran malign melanom tanısıyla opere edilen 8 palmoplantar yerleşimli hasta dahil edilmiştir.

8 melanom hastanın 5i kadın, 3ü erkekti.7 hastada patolojik alt tip akral lentijeöz melanom olarak belirlendi. 1 hasta insitu karsinom olarak tanı aldı.8 hastanın 6sında lezyon topuk bölgesindeydi. Bu bölgedeki lezyonların ortalama breslow kalınlığı 3,8 olarak hesaplandı.1 hastaya SLND yapıldı.4 hastaya klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonrası ELND yapılmıştır.2 hasstada len nodu metastazı saptanmıtır.hastaların defekt bölgesi 3 hastada graft ile 3 hasta flap ile tedavi edildi.her ne kadar ileri evrede gelen topuk bölgesi malign melanomları rekürrens göz önüne alındığında graft ile tedaviiyi seçenek gibi gözüksede bölgenenin bası bölgesi olması, yara iyileşmesinin kötü olması ve cerrahi sonrası tedaviye hızlı geçiş açısından flep ile rekonstrüksiyon düşünülmelidir.

Sonuç: Malign melanom prevalansı günümüzde ciddi artış göstermektedir. MM erken evrede tanı ve cerrahi tedaviyle sağ kalım önemli ölçüde artmakta, nüks görülme oranları da azalmaktadır.palmaplantar bölge malign melanomlarından tanı genellikle gecikmekte gerekirse tanıya gitmek için bir an önce biyopsi alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: malign, melanom, topuk

Resim 1

P-052
Dev verrüköz tümör

Ahmet Onurcan Durmuş, Alper Sarı, Oğuz Boyraz, Ege Sak

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

Giriş: En yaygın olarak oral kavitede ortaya çıkan ancak larinkste, nazal kavitede, özofagusta, peniste, anorektal bölgede, vulvada, vajinada, uterin servikste ve özellikle ayak tabanı olmak üzere deride de görülebilen iyi farklılaşmış bir epidermoid karsinom çeşididir. Intraoral olguların çoğunluğu sigara içen yaşlı erkeklerde meydana gelmektedir. Tedavisi cerrahi rezeksiyondur.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta genital bölgede yaygın verrüköz lezyonları ile başvurdu. Yapılan biyopsi sonucu verrüköz seboreik keratoz olarak raporlandı. Penis sol distalinde 2x1cm, penis sol proksimalde yer alan 2x1 cm, penis radix orta hatta yer alan 3x1 cm 1 adet, 1x1 cm 3 adet, penis radix solunda yer alan 5x2 cm, sol skrotal bölge distalinde yer alan 2x1, sol skrotal bölge proksimalinde yer alan 2x1 cm, penis sağ distalinde yer alan 2x1 cm, penis dorsal yüz ortasında yer alan 2x1 cm 1 adet ve 1x1 cm 3 adet boyutlarındaki lezyonlar mevcuttu. Lezyonların hepsine total eksizyon uygulandı. Defektler primer süturasyon,lokal flepler ve deri greftleri ile onarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Verrüköz tümörün tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Radyasyon ile tedavi edilen hastaların %30'a varan kısmı altı ay içinde yüksek derecede agresif hale geldiğinden, radyoterapi endike değildir.

Anahtar Kelimeler: verrüköz, suprapubik, seboreik

Preop

P-053
COVİD-19 Döneminde İhmal Edilmiş İleri Evre Tümöral Kitlelerin Supraklavikular Tam Kat Deri Grefti ile Hızlı ve Etkili Rekonstrüksiyonu

Can Koç, Nuh Evin, Ethem Güneren

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

Giriş: Türkiye'de ilk vakanın 11 Mart 2020'de görülüp Dünya Sağlık Örgütü tarafından 12 Mart'ta pandemi ilan edilen COVİD-19 salgını dünya çapında sağlık sistemini ve günlük yaşamı büyük ölçüde etkiledi. Acil olmayan medikal ve cerrahi ayaktan hasta başvurularının ertelenmesi, COVİD-19 açısından riskli yaş gruplarına (gençler, 65 yaş üstü insanlar ve kronik hastalığı olanlar için) getirilen kısıtlamalar ve hastaların hastane ortamında enfeksiyona maruz kalabileceği korkusu özellikle COVİD-19 için yüksek risk grubu olan ileri yaşlarda daha yaygın gözüken cilt kanserlerinde tanının gecikmesine yol açtı. Literatürdeki çalışmalar pandemi döneminde cilt kanseri tanılarının azaldığını ve birçok hastada bu dönemin tanısal gecikme ve progresyon ile sonuçlandığını göstermektedir. Hollanda'da yapılan bir araştırma, pandemi döneminde cilt kanseri teşhisindeki azalmanın diğer kanserlere göre daha fazla olduğunu gösterdi.(1) Yine Kanada'da yapılan bir çalışma pandemi döneminde cilt biyopsilerinin %15 oranında azaldığını gösterdi. (2)

Cilt kanserleri, her yıl teşhis edilen 3,5 milyondan fazla insidansı ile dünya çapında en yaygın maligniteyi temsil eder ve çoğunluğu yüz gibi güneşe maruz kalan bölgelerde meydana gelir. Bu kanserlerin aynı zamanda COVİD-19 için yüksek risk grubu olan ileri yaş grubu hastalarda daha yaygın olması ve diğer tümörlere kıyasla daha az acil bir durum olarak görülmesi; pandemi döneminde kısıtlamaların kalkması ile birlikte artan sayıda yüz bölgesinde lokal ileri cilt kanseri başvurularına neden olmuştur. Bu çalışmanın amacı COVİD-19 pandemisi sonucu ileri evre cilt kanseri ile başvuran hastaların lokal anestezi altında supraklavikuler tam kat deri grefti ile hızlı ve etkili bir şekilde tedavilerini ve sonuçlarını sunmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2020-2021 yılları arası, ileri evre yüzde yerleşimli cilt kanseri ile başvuran hastalar, komorbiditesi olan (asa 3) ve ileri yaşlı hastalar çalışmaya dahil edildi. Genç, komorbiditesi olmayan ve asa skoru 1-2 hastalar çalışma dışında tutuldu.

Ameliyattan önce hastaların tıbbi kayıtları yaş, cinsiyet, malignite tipi, önceki medical ve cerrahi tedavileri, tümöral kile boyut ve lokalizasyon açısından incelendi.

Tüm hastalardan perioperatif yönetim ve fotoğraf çekimi için bilgilendirilmiş onam alındı.

Cerrahi Teknik: Tüm hastalara sedasyon ve lokal anestezi infiltrasyonu altında (1: 100,000 konsantrasyonda epinefrin içeren %1 lidokain solüsyon ile)bazal hücreli kanser için >3 mm, yassı hücreli kanser için >5mm güvenlik marjı bırakılarak tümör rezeksiyonu ve supraklaviküler bölgeden eliptik olarak alınan tam kat deri grefti ile onarım yapıldı. Donör alanlar primer kapatıldı. Greftler tülgraslı bohça pansumanla kapatıldı. 5. Günde greft pansumanları açıldı.

Tüm hastalara operasyon öncesi 2 gram sefazolin, penisilin alerjisi olanlar için ise 900 miligram klindamisin intravenöz olarak uygulandı.

COVİD-19 yayılımının önlenmesi kapsamında tüm hastalara ameliyat öncesi ve sonrası izolasyon uygulandı, ameliyat öncesi COVİD-19 sürüntüleri alındı, hastane yatış süreleri boyunca ateş kontrolleri düzenli olarak yapıldı

ve sağlık çalışanları için tam koruyucu kişisel ekipmanlar temin edildi.

Ameliyat sonrası 12. ayda 5'li Likert memnuniyet skalası kullanılarak cerrahi skar ve yüz kozmetiği nihai şekil ve simetrisi açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 9 erkek ve 13 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 76.8±11.4 yıldı. Hastalarda infraorbital(n=3), malar(n= 8), burun sırtı(n=5), nazolabial(n=4) ve alın(n=2) bölge defektleri vardı. Defektlere premalign lezyonlar(n=5) ve melanositik olmayan deri kanserleri(n=17) neden olmuştur. Eksizyon sonrası defekt boyutları 20 ila 70 cm2 arasında değişmektedir.

16.5 ay takip süresi boyunca donör ve alıcı alanlar tüm hastalarda komplikasyonsuz bir şekilde iyileşti.

Tüm hastaların orta yüz kozmetik skorları 4.8±0.3 olup tüm hastalar sonuçtan memnun kaldı.

Tüm greftler kabul edilebilir kontür, renk ve doku uyumuna sahipti.

Sonuçlar: COVİD-19 kısıtlamalarının kalkması ile artan sayıda başvuran 65 yaş üstü komorbid faktörleri olan yüz tümörü hastalarının tümör rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu için lokal anestezi altında supraklavüler tam kat deri grefti ile onarılmasının mevcut şartlar altında uygun bir yöntem olduğunu savunuyoruz. Lokal anestezinin başlıca avantajları minimal sistemik toksisite ile hastanın genel durumu üzerine etkisinin genel anesteziye oranla daha az olması, operasyon süresini ve daha da önemlisi hastanede yatış süresini azaltmasıdır.(3-4)

Aynı zamanda genel anesteziye kıyasla sağlık bakım maliyetlerinin düşmesine önemli ölçüde katkıda bulunur ki kısıtlamaların kalkması ile artan sayıda başvuran bahsedilmiş hasta popülasyonu ciddi bir sağlık maliyeti oluşturmaktadır. Supraklaviküler tam kat deri grefti tercih etmemizin başlıca nedenleri arasında,yüz bölgesi ile cilt rengi ve doku yapısı açısından uyumunun yüksek olup, lokal ileri evre geniş tümörlerin rezeksiyonu sonrası oluşan büyük defektler için yeterli büyüklükte donör alan sağlaması,tek aşamada rekonstrüksiyonun sağlanması, donör alan ve defektin yakınlığı sayesinde cerrahi hazırlık süresinin ve enfeksiyon riskinin azaltması, aynı anda tümör rezeksiyonu ve cilt greftinin alınmasına olanak sağlayarak operasyon süresini en aza indirmesi bulunuyor.

Kaynaklar:

1. Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, Louwman MWJ, van Ned- erveen FH, Willems SM, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol. 2020;21(6):750- 1. Erratum in: Lancet Oncol. 2020.)
2. Asai Y, Nguyen P, Hanna TP. Impact of the COVID-19 pandemic on skin cancer diagnosis: A population-based study. PLoS One. 2021; 16(3):e0248492.
3. Ogle OE, Mahjoubi G. Local Anesthesia: Agents, Techniques, and Complications. Dental Clinics of North America. 2012; 56, 133–148.
4. Hawkins JM, Moore PA. Local anesthesia: advances in agents and techniques. Dental clinics of North America. 2002; 46.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Cilt Tümörleri, İleri evre tümör

Resim 1

A) yüzde geniş yassı epitel hücreli cilt kanseri- preop B)2. yıl görüntüsü C)Defektin purse string ile küçültülmüş ve greftlemiş hali D)Cerrahi eksizyon sonrası görüntü

P-054

Üst göz kapağında merkel hücreli tümör tanılı lezyonu olan hastaya cerrahi yaklaşım

Ege Sak, Alper Sarı, Murat Aksaç, Erdi Kaya

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

Giriş: Merkel hücreli karsinom agresif seyirli, sıklıkla lokal nüks görülen, bölgesel lenf tutulumu ve uzak metastaz yapan nadir görülen bir deri kanseridir. Primer tümör yerleşim yeri, sıklıkla güneşe maruz kalan baş boyun bölgesi olmakla birlikte diğer vücut bölgelerinde de yerleşim bildirilmiştir.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta sol üst göz kapağında ve kirpik marjininde yerleşik yaklaşık 3x5 mm boyutunda 1 yıldır bulunan kitlesi ile başvuruyor. 10 ay önce dış merkezde yapılmış biyopsinin sonucu nöroendokrin tümör- küçük yuvarlak hücreli tümör ile uyumlu olarak bildirilmiş. Bu vakamızda tümör 5mm güvenli cerrahi sınır bırakılarak eksize edilmiştir. Oluşan defekt için septumdan bir adet mukokondriyal greft alındı. Alınan greftin mukozal kısmı konjonktiva ile temas edecek şekilde süture edildi. Ardından defektin superomedialinden ve superolateralinden fasiyokütan flepler tasarlanarak eleve edilip orta hatta süture edildi. Patoloji raporu sonucunda Merkel hücreli tümör tanısı koyuldu.

Tartışma ve Sonuç: Merkel hücreli tümör tedavisinde geniş cerrahi eksizyonla birlikte lenfadenektomi uygulanmaktadır. Radyoterapinin lokal kontrolün sağlanmasında yardımcı olabileceği bildirilmiştir. Kemoterapinin tedavideki rolü henüz netleşmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Merkel, Nöroendokrin, Greft

Preop

P-055
Sırtta Dev Sarkom Vakası - Nadir Bir Olgu

İlker Uyar, Batuhan Uğur Aksoy, Burak Çatalkaya

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: İndiferansiye pleomorfik sarkom, fibroblast ve histiyositik hücrelerden köken alan malign yumuşak doku tümörüdür. Erişkinlerde tüm yumuşak doku sarkomları içerisinde en sık görülen sarkomdur. En sık görüldüğü yerler sırasıyla alt ekstremite, üst ekstremite ve retroperitondur.. Göğüs arka duvarında ise nadiren görülür.

Bu yazıda, sol skapula üzerinde dev bir indiferansiye pleomorfik sarkom bulunan bir hastanın sunulması amaçlandı.

Olgu: 86 yaşında erkek hasta 2 aydır var olan sol skapula üzerinde hızlı büyüyen kitle nedeni ile başvurdu. Hastadan kontrastlı toraks MRG, toraks BT ve PET görüntülemeleri istendi. Biyopsi açısından girişimsel radyolojiye yönlendirildi. Hastanın biyopsi sonucu indiferansiye pleomorfik sarkom gelmesi üzerine göğüs cerrahisine yönlendirildi. Hastaya göğüs cerrahisi ile birlikte operasyon planlandı ancak hasta ilerleyen süreçte takipten çıktı.

Tartışma ve Sonuç: İndiferansiye pleomorfik sarkomun olağan bulgusu ağrısız, hızla büyüyen ve ele gelen kitlelerdir. Yapılan çalışmalarda olguların %44'ünde lokal nüks ve %42'sinde uzak metastaz bildirilmiştir. Hastalarda sağ kalım ile ilişkili olduğu bilinen prognostik faktörler arasında tümör evresi, derinliği, tümör boyutu, metastaz varlığı, hasta yaşı ve histolojik alt tip sayılabilir. Bizim hastamızda da tüm olumsuz prognostik faktörleri vardı.

Sonuç olarak indiferansiye pleomorfik sarkom agresif bir tümördür ve göğüs duvarında nadiren görülür. Negatif cerrahi sınırlar ile geniş eksizyon, ön plandaki tedavi seçeneğidir ve tümör boyutundan bağımsız olarak kür sağlanabilir. Cerrahi sınırların yakın olması durumunda adjuvan radyoterapi lokal nüksü önlemek için faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gövde, sarkom, yumuşak doku tümörü

Figür

P-056
Çocukluk çağı pilomatriksomalarında klinik tanı zor mu?

Umutcan Gülmezoğlu, Mahmut Durak Ceviz, Mehmet Bekerecioğlu

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi / Kahramanmaraş

Pilomatriksoma (pilomatrikoma, Malherbe'nin kalsifiye epitelyomu)kıl folkülünden kaynaklanan iyi huylu bir deri tümörüdür.(1) Pediatrik popülasyonda insidans en yüksektir ve hafif bir kadın üstünlüğü vardır. (2-6-7) Kliniğimizde 2020-2022 yılları arasındaki 2 yıllık pilomatriksoma tanılı hastaları araştırdık.22 hastanın 10 tanesi çocuk yaş grubunda olup 8 kız 2 erkek; 4 adet yüz,2 adet boyun,1 omuz, 1 kol,2 adet uyluk ön yüzde lokalize olduğu görüldü.

Giriş: Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması olarak da bilinen pilomatriksoma, kıl folikülünün dış kök kılıf hücresinden kaynaklanan iyi huylu bir deri tümörüdür. Pediatrik popülasyonda, bu cilt neoplazmı, özellikle baş ve boyun bölgesinde nispeten yaygındı (5.)Pilomatriksoma, klinik olarak sıklıkla epidermal kist, dermoid kist veya kalsifiye lenf nodu olarak yanlış teşhis edildiğinden dikkat edilmesi gereken önemli bir tanıdır.Üstteki deride kırmızı/mavi renk değişikliği de potansiyel bir klinik özelliktir(3-4-9). Klasik pilomatriksoma, genellikle çocukların baş, boyun ve üst ekstremitelerinde, üzerini örten deride mavimsi-kırmızı renk değişikliği olan asemptomatik, sert, subkutan bir nodül olarak kendini gösterir. Genellikle hareketlidir, ancak üstteki cilde hafifçe yapışıktır. Cildin tümör üzerinde gerilmesi, pilomatriksoma için patognomonik bir işaret olan çok yönlü çadır işareti'ni gösterir (10).

Sonuç: Çocukluk çağı baş boyun tümörleri arasında pilomatriksoma değişik sıklıkta görülebilmektedir. Klinikte daha önce karşılaşmayan hekimlerce farklı tanılar konulabilir. Pilomatriksomanın klinik tanısında kitlenin sert olması ve tipik görüntüsü tanıyı kolaylıkla koydurabilir. Tanı koyulduktan sonra genellikle lokal anestezi ile kısa sürede eksize edilip primer suture etmek yeterli bir tedavidir. Çocuklarda baş boyun bölgesinde sert morumtırak

kitleyle karşılaşılmasında ilk akla gelecek tanılardan biri pilomatriksomadır.

Kaynaklar:

1. Marrogi AJ, Wick MR, Dehner LP. Pilomatrical neoplasms in children and young adults. Am J Dermatopathol 1992;14(2):87-94.
2. Moehlenbeck FW. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma): a statistical study. Arch Dermatol 1973; 108: 532–534.
3. Guinot Moya R, Valmaseda Castello´ n E, Berini Ayte´ s L, et al. Pilomatrixoma. Review of 205 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 16: 552–555.
4. Kwon D, Grekov K, Krishnan M, et al. Characteristics of pilomatrixoma in children: a review of 137 patients. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014; 78: 1337–1341.
5. KNIGHT P. J., REINER C. B. Superficial Lumps in Children: What, When, and Why ? Pediatrics, 1983, 72: 147-153.
6. Hwang JY, Lee SW and Lee SM. The common ultrasonographic features of pilomatricoma. J Ultrasound Med 2005; 24: 1397–1402.
7. Schwarz Y, Pitaro J, Waissbluth S, et al. Review of pediatric head and neck pilomatrixoma. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2016; 85: 148–153.

Cancer Res 2010; 29: 42.

9. Choo HJ, Lee SJ, Lee YH, et al. Pilomatricomas: the diagnostic value of ultrasound. Skeletal Radiol 2010; 39: 243–250.
10. Graham JL, Merwin CF. The tent sign of pilomatricoma. Cutis 1978; 22: 577–80.

Anahtar Kelimeler: baş-boyun, çocukluk, pilomatriksoma

pilomatriksoma

P-057

Lyme Hastalığı'nda Gelişen Pyoderma Gangrenozum:Olgu Sunumu

Yavuz Yıldırım, Mert Koçak, Mehmet Yunus Ekici, Özcan Boztepe, Hülda Rıfat Özakpınar, Sebat Karamürsel

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

Giriş: Lyme hastalığı, Ixodes türü keneler tarafından taşınan bir spiroket olan Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu multisistemik enfeksiyöz bir hastalıktır. Klinik bulgular enfeksiyonun seyri boyunca evrelere göre değişmektedir. Lyme hastalığının erken tanısı deri bulgularının tanınmasına bağlıdır ve tüm olguların yaklaşık %80'inde deri bulguları gözlenmektedir. Pyoderma gangrenozum,bu bulgulardan biridir.Sıklıkla erişkin yaşlarda görülen destrüktif, nekrotizan, ülserasyonlarla seyreden bir deri hastalığıdır

Olgu: Hastadan alınan anamneze göre 58 yaşında çiftçilik yapan hasta, böcek ısırmasının ardından yaklaşık üç hafta sonra gelişen solunum sıkıntısı nedeniyle hastanemiz acil servisine başvuruyor.Takiplerinde satürasyon düşüklüğü ve solunum sıkıntısı devam eden hasta yoğun bakım endikasyonu ile yatırılıyor.14 günlük yoğun bakım takibinin ardından Lyme hastalığı ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisine devralınıyor.Hastanın sağ taraf infraklavikular bölgesinde gelişen üzeri nekrotik lezyonun son iki haftada giderek büyümesi üzerine dermatoloji bölümüne konsülte ediliyor.Lezyondan alınan punch biyopsi sonucunun Pyoderma Gangrenozum gelmesi üzerine tarafımıza danışılan hastaya genel anestezi altında operasyon planlandı.

Tartışma: Pyoderma Gangrenosum,ağrılı ve hızlı gelişen nekrotik ülserlerle karakterize bir lezyondur.Dört tane alt tipi vardır, bunlar ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif pyoderma gangrenozumdur.Hastamızdaki lezyon görüntüsü nedeniyle ülseratif tipteki pyoderma gangrenozum olarak düşünüldü. Pyoderma Gangrenosum olgularının yaklaşık %50'sine sistemik bir hastalık eşlik etmektedir.Bu hastalıklardan en sık rastlananlar enflamatuvar barsak hastalıkları, hematolojik maligniteler, romatolojik hastalıklar, internal maligniteler ve monoklonal gammopatidir. Olgumuz, altta yatan hastalık Lyme hastalığı olması nedeniyle nadir bir olgudur.Pyoderma Gangrenosum tipik olarak gövde ve ekstremite yerleşimlidir. Olgumuzda klinik tedaviye cevap vermeyen ve dirençli deri lezyonlarının bulunduğu enfeksiyon hastalıklarının tanısının kesinleştirilmesinde ve ayrıca tedavisinde cerrahinin de bir seçenek olabileceği ortaya konmuştur

Anahtar Kelimeler: Pyoderma Gangrenosum, Lyme Hastalığı, Graft, İnfraklavikular, Eksizyon

Hastanın Preop Görüntüsü

P-058
Kutanöz mukormikozis

Zeynel Tulgar, Yavuz Demir, Murat Aksaç, Vahip Karpınar

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

Giriş: Mukor cinsi fungus türleri çevremizde yaygın olarak bulunmaktadır. Bu funguslar genellikle insanlarda enfeksiyona sebep olmazlar. Diabetes mellitus, lösemi gibi immün sistemin tam çalışamadığı sistemik hastalıklarda ve antibiyotik, antineoplastik ajanlar, immunosüpresif ya da kortikosteroid kullanımı gibi durumlarda ciddi enfeksiyonlara neden olurlar. Enfeksiyon oluştuktan sonra tanıda gecikme ya da yetersiz tedavi fatal bir klinik gidiş gösterir. Literatürde solunum sistemi, merkezi sinir sistemi, gastrointestinal sistem tutulumuyla seyreden bir çok vaka bildirilmiştir fakat deri mukormukozisi ile ilgil çok kısıtlı sayıda vaka tanımlanmıştır. Bu olguda kliniğimizde takip edilen alt ekstremitede deri tutulumu ile seyreden bir mukormikozis olgusu tartışılmaktadır

Olgu: 72 yaşında kadın hasta alt ekstremitede yara şikayetiyle başvurdu. Öyküde yaklaşık 15 gün kadar önce bahçede çalışırken bacağında oluşan travma sonrası yara geliştiği ve yaranın büyüdüğü öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sol cruris anterior ve lateral yüzün 1/3 orta-distal bölgesinde yaklaşık 10x12 cm boyutlarında etrafı hiperemik nekroze lezyon mevcuttu. Vasküler inceleme amacıyla yapılan alt ekstremite doppler USG istendi. Yapılan doppler USG'de bilateral femoral, popliteal, tibialis anterior, tibialis posterior ve peroneal arterde normal amplitüdlü trifazik akım paterni izlendi. Periferik arter hastalığı ile uyumlu görünüm saptanmadı. Debridman esnasında patoloji ve mikrobiyoloji örnekleri alındı. Alınan örnekler sonucunda lezyonda mukormikozis tanısı koyuldu. Bunun üzerine hasta acil ameliyata alınarak geniş debridman yapıldı. Enfeksiyon kliniğince etkene yönelik antibiyotik tedavisi başlandı. Hasta günlük pansuman ve seri debridmanlar ile takip edildi. Steril doku kültürü elde edilip yarada yeterli granülasyon sağlandıktan sonra oluşan defekt sol uyluk anterolateralinden alınan kısmi kalınlıkta doku grefti ile rekonstrükte edildi. Takibinde yarada sorun izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Mukormikozis çoğunlukla rinoserebral tutulum ile seyretmesine rağmen olgumuzda olduğu gibi diyabetik veya immünitesi zayıf hastalarda oluşan deri yaralanmalarında da olası bir patojen olarak akla gelmelidir. Fatal seyreden mukormikozis saptandığı anda gecikilmeden agresif cerrahi debridman yapılmalı ve uygun antibiyoterapi sağlanmalıdır. Sık aralıklarla doku kültürleri alınarak mikrobiyolojik değerlendirmeler yapılmalı ancak yarada enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra yara kapaması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fungus, kutanöz, mukormikozis

Preop, Postop

P-060
Kliniğimizde Atipik Yerleşimli İntramusküler Dev Lipom Olgularının Serisi

Melikhan Tatar, Moath Zuhour, Pınar Öztürk, Mehmet Dadacı, Zeynep Altuntaş

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

Lipomlar mature yağ dokusundan köken alan yaygın mezenkimal tümörlerdir. Lokalizasyonlarına göre yüzeysel ve derin olarak sınıflandırılırlar. Subkutan lipomlar daha çok yaygın olmakla beraber deri altı dokusunda bulunurlar. Derin lipomlar, daha derin dokularda nadiren ortaya çıkabilir. Lipomlar lokalizasyonlarına göre kas içi veya paraosteal gibi tanımlanabilir. Çapı 5 cm'den büyük olan lipomlar dev lipomlar olarak sınıflandırılır (1). Dev lipomlar, komşu dokulara bası etkisi ile bulundukları yerlerde çeşitli semptomlar oluşturabilir. Bu tür kitle etkisi yaratacak büyük olgularda tedavi cerrahi eksizyondur (2). Cerrahi teknik lipomun lokalizasyonuna göre seçilmeli cerrahi işlem öncesi özel görüntüleme ve yaklaşım gerektirmelidir.

Nadir lipom tiplerinden olan kas lipomları tüm lipomların yaklaşık %1,8'ini oluşturur. Daha çok ekstremitelerde görülür (3). Değişik şekillerde izlenebilmekle beraber daha çok, oval veya iğsi şekillere sahiptirler. Çoğunlukla kapsülleri yoktur. USG seçilecek ilk tanı yöntemi olmakla beraber komşu anatomik yapıların kesitsel olarak değerlendirildiği MRG tanıda daha faydalıdır. Burada farklı yerleşime sahip olan intramusküler dev lipomların kliniğimizdeki olguları siz değerli okuyuculara bahsedeceğiz.

Olgu - 1: Sol supraklaviküler ve sağ pektoral bölgede lipom ile uyumlu kitlesel lezyonları olan 45 yaşında erkek

olan hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan MRG görüntüleme incelemesinde sağ klavikula ön komşuluğundan başlayarak pectoral kas posteriorunda aksiller fossaya dek uzanımı bulunan yaklaşık 10x4,5 cm ebatlı yağ sinyalinde lezyon ile solda klavikula süperiorunda/süperomedialinde yerleşmiş lobule konturlu en geniş yerlerinde yaklaşık 7 cm' i kalınlığı 4,5 cm olan yağ baskılı sekanslarda baskılanan lipom ile uyumlu kitle lezyonları saptandı. Kitleye sağ taraf ön aksiller hat üzerinden uygun insizyonla girilerek pectoralis major kası diseke edilerek ulaşıldı.Etraf dokulardan serbestlenerek total eksize edildi. Ardından sol supraklaviküler alandaki kitle içinde uygun insizyon ile kitle üzerinden girildi aksesuar sinir korunup akciğer apeksi üzerinden diseke edilerek kitle total eksize edildi.

Olgu - 2: Sol uylukta lipomatöz kitlesel lezyonu bulunan 46 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Dış merkezde daha önce operasyon geçiren ve MRG incelemesinde sol uyluk anteriordan başlayarak addiktor kaslar içine uzanan ve hemstring kasları içine de ulaşan tüm sekasnlarda yağ ile izotens 16,5x11,5 cm boyutlarında lipomatöz lezyon saptanan hasta daha önceki insizyon skarı üzerinden girilerek kitleye ulaşıldı. Kitlenin adduktor kasların altında olduğu ve posteriora doğru hamstring kasların arasına da uzanım gösterdiği görüldü. Adduktor kaslar retrakte edilerek kitleye ulaşılarak kitle etraf dokulardan serbestlendi.

Olgu - 3: Bilateral boyun çevresinde ve sırtta USG görüntülemesinde net olarak ayırt edilemeyen MRG' de boyun kesiminde başlayan yağ doku artışı sağ omuz ekleminin posteriorunda ve lateralinde cilt altı dokuda devam etmekte olan yağ doku sinyali ile her iki omuz bölgesinde yer yer lobule ve septasyonlar gösteren lipom düşündüren lezyonlar saptandı. Özellikle supraskapular düzeyde kalınlıkları 4,5 cm' ye omuz seviyesindeki yağlı dokuların ise uzunluklarının 8,5 cm'ye kadar ulaştığı gözlemlenmiştir. Lipom ile uyumlu kitlesel lezyonları olan 50 yaşında kadın hasta tarafımızca operasyona alınarak uygun insziyonlar ile kitleye ulaşıldı.Suprasipnatus kası içerisindeki kitlelerin etraf dokulardan belirgin sınırlarla ayrılmadığı ve etraf dokularla devamlılık gösterdiği- yapışık olduğu gözlemlendi. Etraf dokular korunarak bilateral boyun ve sırttaki lipomlar eksize edildi.

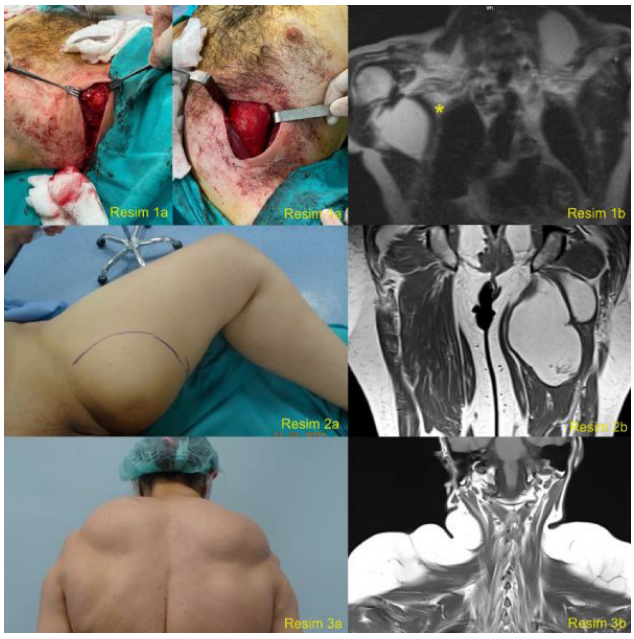
Her 3 olgunun da patoloji raporu lipom olarak raporlanmıştır*

Tartışma: Lipomları sadece klinik özellikleri ile diğer yumuşak doku kitlelerinden ayırt etmek zordur. Tanı radyolojik veya histolojik bulgularla desteklenmelidir. Liposarkomu bir lipomdan ayırt etmek çok önemlidir ve histopatolojik inceleme gerektirir.Çapı 5 cm'den büyük yumuşak doku kitlelerinde malignansi düşünülmesi önerilir (4). Bilgisayarlı tomografi, tümör yerleşimini ve komşu dokuların infiltrasyonunu belirlemek için yararlıdır. Manyetik rezonans görüntüleme, tümör yerleşimini ve komşu dokuların olası infiltrasyonunu belirlemek için popüler bir görüntüleme yöntemidir. Lipomlar manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında hiperintensite gösterir (5). Lipomların çoğu tedavi edilmeden klinik olarak takibe alınabilir. Tanısal belirsizlik, palpasyonda düzensiz kontur büyük boyun kitlesi (>10cm), hızlı büyüme, ilişkili ağrı, derin yerleşim yerleri (kas içi veya kas içi) veya kozmetik durum varsa eksizyona ihtiyaç duyarlar. Lipomların tedavisi tam cerrahi eksizyondur, ancak yüz gibi belirli yerlerde liposuction yararlı olabilir (6). Liposuction bazen tercih edilir çünkü işlem sonrasında daha az iz kalır ancak eksizyona kıyasla tekrarlama şansı daha yüksektir (7). Geniş eksizyon, rekürrensi engellemede faydalıdır (8).Genellikle rekürrens nadir görülür ve lipomun tam çıkarılamamasından kaynaklanır (9).

Sonuç: Atipik yerleşimli intramusküler lipomlar mezenşimal kökenli, matür yağlı doku içeren ve nadir görülen bir benign tümördür. Derin yerleşimli kitlelerin ayrıcı tanısında yer almalıdırlar. Ultrasonografi, seçilecek ilk tanı yöntemidir. Kesitsel görüntüleme yöntemleri tanıda daha faydalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme, tipik sinyal özellikleri ve yağ baskılama tekniklerinin yardımıyla tanı koydurucudur. Seçilecek tedavi, nüksleri önlemek için kapsamlı bir preoperatif klinik ve radyolojik değerlendirmeden sonra tam eksizyondur (10).

Anahtar Kelimeler: Atipikyerleşimlilipomlar, devlipomlar, intramuskülerlipomlar

Resim



Resim 1a: Olgu 1'in intraoperatif görselleri Resim 1b: Olgu 1'in MRG ait görsel (Lezyonun akciğer apeksi ile olan komşuluğu dikkat çekmekte) Resim 2a: Olgu 2'nin preoperatif görselleri Resim 2b: Olgu 2'nin MRG ait görsel Resim 3a: Olgu 3'ün preoperatif görselleri Resim 3b: Olgu 3'ün MRG ait görsel

P-061

Epitroklear Kitle ile başvuran İnsidental Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olgusu

Nurullah Gündüz[1], Samed Arıkan[1], Meral Toker[2], Pınar Uyar Göçün[2], Mehmet Sühan Ayhan[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Üst ekstremite yumuşak doku kitleleri çoğu kez benign karakterdedir ve bir kısmında altta yatan sebep lenfadenopatidir. Lenfadenopatilerin de çoğu benign olup etiyolojide enfeksiyon, otoimmünite, malignite, ilaç kullanımı ve iyatrojenik sebepler rol oynar.

Etiyolojinin saptanmasında öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri yanında çoğu zaman biyopsi yapılması gerekir.

Gereç ve Yöntem:

Olgu: 53 yaş erkek hasta, yaklaşık 3 yıldır var olan sağ dirsek medialinde kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu.

Fizik muayenesinde kitlenin mobil, ağrısız ve düzgün sınırlı olduğu saptandı. Kitleye yönelik yapılan ultrasonografide cilt altı lokalizasyonda internal vaskülarizasyon gösteren lobüle kontürlü, solid kitle gözlendi. Tarafımızca yapılan eksizyonel biyopsi sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL) olarak raporlanan hasta Hematoloji bölümüne konsülte edildi. Hematoloji bölümünde yapılan PET-BT'sinde sol inguinal bölgede de tutulum saptanan hastaya Kemoterapi tedavisi (R-CHOP protokolü) başlandı. Hastanın tedavisi devam etmekte olup PET-BT ile takiplerinde hastalığın regresyona girdiği öğrenildi.

Tartışma: Epitroklear lenf nodlarının büyümesi hemen her zaman patolojiktir ve genellikle jeneralize lenfadenopatiye neden olan Non- Hodgkin hastalığı, KLL, HIV, EBV, sarkoidoz ve sifiliz gibi hastalıklarda ortaya çıkar.

Epitroklear lenfadenopati(LAP) etiyolojisinde geçmişte olduğu gibi sifiliz, HIV enfeksiyonu gibi enfeksiyöz nedenler ilk sırada yer alırken; lenfoma, sarkom gibi malign nedenler ve sarkoidoz, romatoid artrit gibi non-neoplastik sebepler de önemli yer tutar.

Kitlenin Solid - kistik ayrımı, vaskülarite ve ekojenite durumu Ultrasonografi ile belirlenebilir. Kistik kitlelerde aspirasyon yapılırken, solid kitlelerde eksizyonel ya da tru-cut biyopsi yapılır. Biyopsi yöntemleri sadece tanı koymakla kalmaz ayrıca moleküler alt tipinin belirlenip tedavi seçiminde de önemli rol oynar

Lenfomada asıl tedavi medikaldir(Kemoterapi, İmmünoterapi) ve medikal tedaviye oldukça iyi yanıt verirler. Medikal tedavi yanında kök hücre nakilleri de kullanılır. Tedavide cerrahinin yeri olmasa da tanı koymada cerrahi yöntemler kullanılabilir.

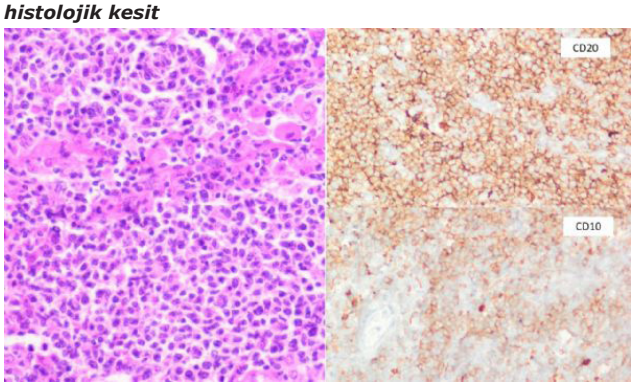
DBBHL Non-Hodgkin lenfomaların %25-30'ını oluşturan en sık NHL tipidir. Tipik olarak agresif büyüme gösteren kitle ile prezente olurlar.

Epitroklear kitle ile başvuran hastamızda, kitlenin 3 yılda agresif büyüme göstermesi öncelikle malignite düşündürdü. Erken tanı amaçlı eksizyonel biyopsi planlandı. Biyopsi sonucu DBBHL olarak raporlanan hasta Hematoloji bölümüne konsülte edilerek hastalığın erken evresinde tedavi alması sağlandı.

Sonuç: Lenfoma olgularında güncel medikal tedaviler ile birlikte erken tanı sağlandığı takdirde tedavide yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Plastik cerrahide yumuşak doku kitlesi ile başvuran ve risk faktörlerini barındıran lenfadenopati olgularında lenfoma olabileceği akılda tutulmalı ve erken tanıda cerrahinin yeri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epitroklear lenfadenopati, Non-Hodgkin hastalığı, Lenfoma

histolojik kesit



Lenf nodu temel yapısını ortadan kaldıran, orta-iri nükleuslu, belirgin nükleollü, diffüz görünümde atipik lenfosit infiltrasyonu saptandı(solda). İmmünhistokimyasal çalışmada atipik lenfoid hücrelerin CD10, CD20 ve Bcl-2 ile diffüz; MUM-1 ile daha az oranda boyandığı görüldü.

P-062
Düşük Dereceli Fibromiksoid Sarkom

Erk Evren, Merve Özger, Hasan Basri Çağlı, Fatih Berk Ateşşahin, Mustafa Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Düşük dereceli fibromiksoid sarkom ilk olarak Evans tarafından 1987 yılında tanımlanan nadir bir yumuşak doku tümörüdür. Histolojik olarak benign özellikler göstermesine rağmen klinik olarak agresif gidişle seyredebilmektedir. Sıklıkla genç erişkinlerde görülmekle birlikte ileri yaşlarda ve nadiren çocuklarda görülebilir. Düşük dereceli fibromiksoid sarkom çoğunlukla derin yumuşak dokulara; sıklıkla alt ekstremite olmak üzere ekstremite proksimalleri ve gövdeye lokalize olup büyük çapta olabilirler.Tüm sarkomların %0.6'sını oluştururlar. Bu tümörler yavaş büyüme göstermelerine rağmen lokal rekürens, kemik ve akciğere metastaz yapabilirler.

Bu çalışmamızda kliniğimizde sıklıkla saptanılan lokalizasyon dışında gözlenen düşük dereceli fibromiksoid sarkom olgusunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu: Yirmi altı yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıl önce başlayan son 4 yıl içerisinde boyutlarında artış fark ettiği ön kol fleksör yüzde cilt altı kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu.

Hastanın herhangi bir kronik hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü başvuru anında saptanmadı. 5 paket/yıl sigara kullanma öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde sol ön kol distal 1/3 seviyesi volar yüz ulnar yarımda cilt altı, fikse, palpasyonla hassasiyet göstermeyen, semisolid yapıda, düzensiz yüzeyli kitle kitle saptandı.Elin motor, duyu ve dolaşım muayenesi olağandı. Hastanın mevcut kitlesine yönelik olarak operasyon planlandı.

Yapılan operasyonda sol ön kolda preop olarak tasarlanan lazy s insizyonla cilt ve cilt altı doku geçildi.PL tendonu ve median sinirin vizualize edilmesi ve ekartasyonu sonrası kitleye ulaşıldı.Kitlenin fibröz bir psödokapsülü olduğu izlendi. Kitlenin eksize edilmesi ardından eksizyon materyali patoloji laboratuarına gönderildi.

Patolojisi; kesitlerde fibröz doku içerisinde yer yer lobüler patern gösteren, miksoid özellikte lezyon izlenmektedir. Tümör hücreleri iğsi ya da stellat özelliktedir.Arada multinükleer dev hücreler görülmektedir.Tümör hücreleri MUC4 ile diffüz pozitiftir.Diğer belirleyiciler ile spesifik boyanma yoktur.Bazı morfolojik özellikler nedeniyle ayırıcı tanıda 'Düşük dereceli fibromiksoid sarkom' yanısıra; 'nörotekoma' ve 'dermal sinir kılıfı miksomu' yer almaktadır.Bununla birlikte MUC4 pozitifliği nedeniyle olgunun 'Düşük dereceli fibromiksoid sarkom'u temsil ettiği düşünülmektedir.

Tartışma: Düşük dereceli fibromiksoid sarkom genellikle genç erişkinlerde karşılaşılan nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür.Sıklıkla derin yumuşak dokulara lokalizedir. Dünya Sağlık Örgütü Tümör Sınıflandırılmasında 2002 yılına kadar 150'ye yakın vaka bildirilse de tümörün tanınması zor olduğu için asıl insidansının tam olarak tespit edilmesi güçtür. Düşük dereceli fibromiksoid sarkom yavaş büyüme paterninde olduğu bilinmesine rağmen lokal rekürrens ve metastaz yapabilir, bu sebeplerden dolayı olguların uzun

süreli takibi gerekmektedir.Kitlenin total eksizyonu tedavi edici olarak raporlanmışsa da bazı çalışmalarda hastalara kemoterapi ve radyoterapi uygulandığı görülmektedir.

Sonuç: Düşük dereceli fibromiksoid sarkom derin yumuşak dokularda gelişmeye eğilimli, histolojik olarak benign görünümüne rağmen lokal nüks ve metastaz ile agresif klinik gidiş gösterebilen nadir bir tümördür. Klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde tanıdan şüphelenilmeli ve histolojik olarak karışabilecek diğer yumuşak doku tümörleri akılda bulundurulmalıdır. Lokal nüksler ve uzak organ metastazları özellikle akciğere olmak üzere uzun yıllar sonra ortaya çıkabileceğinden uzun dönem takip gerektirir. Cerrahi tedavide mümkün olduğunca sağlam doku sınırı elde ederek tümörün rezeksiyonu yeterlidir. Küratif rezeksiyon ile birlikte adjuvan radyoterapi küratif olarak bildirilse de uzun vadede etkinliği çok iyi bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: düşük dereceli fikromiksoid sarkom, ön kol yerleşimi, Sarkom

P-063

Pubik Bölgede Dev Hidradenitis Suppurativa:Olgu Sunumu

Yavuz Yıldırım, Ümit Değirmenci, Mehmet Yunus Ekici, Merve Aslan Akdoğan, Sebat Karamürsel

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

Giriş: Hidradenitis suppurativa, tıbbi ve cerrahi olarak tedavisi zor olan, apokrin ter bezlerinin kronik, genellikle zayıflatıcı bir hastalığıdır.Ergenlikten sonra gelişir ve koltuk altı, kasık ve perianal bölgelerde ağrılı, iltihaplı nodüller, sinüs yolları ve apseler şeklinde kendini gösterir.

Olgu: Hastanemiz Plastik Rekonstriktif ve Estetik Cerrahi polikniğine 72 yaşında erkek hasta 4 yıldır pubik bölgede var olan ağrılı iltihaplı nodüller,kötü koku, apse şikayeti ile başvurdu.Hastaya 1 ay önce yapılan insizyonel biyopsi sonucunun Hidradenitis Supprativa gelmesi üzerine hasta genel anestezi altında opere edildi.Operasyonda pubik bölgeyi kaplayan yaklaşık 15x 15, batın sağ alt kadranda yaklask 7x5 cmlık, sağ inguinal bölgede 6x6 cmlik ve sol inguinal bölgede 8x8 cmlik hıdradenit öntanılı lezyonlar eksize edildi.

Tartışma: Hidradenitis Supprativa yönetimi karmaşıktır ve birinci basamak, dermatoloji, genel cerrahi ve plastik cerrahi dahil olmak üzere çeşitli uzmanlıklar tarafından multidisipliner olarak gerçekleştirilir.Topikal ve/veya sistemik antibiyotikler de dahil olmak üzere çeşitli ilaç kombinasyonlarının değiştirildiği farklı tıbbi tedavi türleri hakkında çok sayıda rapor olmasına rağmen, tıbbi yaklaşımın etkinliği hala tartışmalıdır.Literatürdeki birçok yayında etkilenen dokuların eksizyonu yoluyla cerrahi yaklaşımın tek küratif tedavi olduğuna ve operatif rezeksiyon için erken davranmanın bu progresif hastalığın boyutunu sınırlayabileceğine dair kaynaklara rastlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis Suppurativa, Graft, Pubik, Eksizyon

Hastanın Preop Göüntüsü

P-064

Nadir Görülen Bir Olgu:Blaschkoid Enflamatuar Lineer Verrukoz Epidermal Nevus (ILVEN)

Yavuz Yıldırım, Hasan Görkem Çay, Cansu Yalçın, Mehmet Yunus Ekici, Özcan Boztepe, Ergin Seven, Sebat Karamürsel

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

Giriş: Epidermal nevüs, sadece keratinositleri içeren veya saç folikülleri, yağ bezleri veya ter bezleri hücreleri ile kombinasyon halinde hücrelerin iyi huylu aşırı büyümesi nedeniyle gelişir. Epidermal Blaschko çizgileri boyunca yayılan nevüs, verrüköz inflamatuar nevüs, sebase ve non-organoid nevüs olarak görülebilir. [1].Epidermal nevüs genellikle gövde ve ekstremitelerde meydana gelir.

Olgu: Hastanemiz Dermatoloji kliniğine 24 yaşındaki kadın hasta doğuştan beri vücudun tek yarısında sol göğüs ön duvarı, abdominal bölge, lomber bölge ve sol koldaki lezyonlar nedeniyle başvurmuş olup yapılan incelemelerde nevüs unilateralis tanısı ile yatırılmıştır. Noonan sendromuna yönelik yapılan genetik incelemelerde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Sol ön koldaki lezyona kriyoterapi uygulanmış ancak lezyonların gerek yaygınlığı gerekse büyüklüğü nedeniyle cerrahi eksizyon ihtiyacı olması nedeniyle hastanemiz Plastik Rekonstriktif ve Estetik Cerrahi kliniğine konsülte edilmiştir. Tarafımızca yapılan incelemelerde aşamalı eksizyon planlanmış, ilk operasyonda sol boyun, sternal, subkondral alanlardaki lezyonlara eksizyon planlamıştır. Hastanın öyküsünde herhangi bir ek hastalık olmadığı ve daha önce 1 kez aynı nedenle lomber bölgeden tarafımızca eksizyon yapıldığı öğrenildi. Gerekli anestezi hazırlığı ardından hasta genel anestezi ile operasyona alındı. Sol boyundaki 3x1 cmlik, sternal alandaki 10x1 cmlik, subkondral alanda 8x1 cmlik lezyon bulunan alanlar cilt altı yağ dokuya ulaşılana kadar total eksize edildi.

Tartışma: Epidermal nevus, embriyonik ektodermin germinal tabakasındaki pluripotent hücrelerden kaynaklanan keratinositlerin veya deri uzantılarının proliferasyonunu temsil eder. Epidermal nevüsün en yaygın şekli, genellikle sporadik olarak ortaya çıkan, erken çocukluk döneminde ortaya çıkan ve Blaschko çizgileri boyunca lineer bantlar olarak ortaya çıkan verrüköz epidermal nevustur.Topikal tedavilerden cerrahi girişimlere dek uzanan tedavi yöntemleri mevcuttur.(1) Erken başlangıç

yaşı, (2) kadınlarda 4:1 baskınlık, (3) sol alt ekstremitenin sık tutulumu, (4) kaşıntı, (5) belirgin inflamatuar ve psoriaziform histolojik görünüm ve (6) tedaviye belirgin direnç gösteren kalıcı lezyonlar olgumuzda ILVEN tanısını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Blaschkoid, Epidermal, Nevus, İLVEN

Hastanın Preop Görüntüsü

P-066
Multitravma sonrası hastane yatışında miyazis etkeninin yönetimi

Mustafa Canberk Gürbüz, Halil Işık,
Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Miyazis, omurgalı canlıların Dipter larvalarla istilası olarak tanımlanır. Birçok doku etkilenebilir fakat en yaygın şekli kutanöz miyazdır. Kutanöz miyaz lokalize furunküler miyaz, göçmen miyaz ve yara miyazisi olarak üç kategoriye ayrılır. Endemik bölgelerde seyahat eden, kişisel hijyeni kötü ve kirli yaralanması bulunan hastalarda gözlenebilen bir hastalıktır.[1]

Bu çalışmada araç dışı trafik kazası sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın takibinin 12. gününde tarafımıza danışılan cilt lezyonlarındaki şüpheli enfektif durum değerlendirilerek yönetiminin sunulması amaçlandı.

Vaka: Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 44 yaşında erkek hasta, traktörle ezilme sonrası multitravma sebebi ile yoğun bakımda yatışının 12. gününde sağ ve sol önkolda parazitlenme şüphesi sebebiyle tarafımıza ilk kez danışıldı. Pelvik fraktürü sebebiyle fiksasyon ve sırt bölgesinde fasyotomi operasyonları gerçekleştirilmiş olan hasta tarafımıza danışıldığında septik şok bulguları taşımaktaydı. Fizik muayenesinde sağ ve sol önkolda yer yer cilt defektleri, patlamış büllöz lezyonlar olduğu izlendi. Cilt altında özellikle büllöz alanların zemininde hareketli organizmaların olduğu gözlendi. Enfeksiyon hekimleri ile birlikte değerlendirilen vakada etkenin travma esnasında toprakla temas sonrası bulaşan miyazis olduğu düşünüldü. Numuneler elde edildi ve mikrobiyolojik incelemeler sonrası kesin tanısı kondu. Miyazis etkeninin üremiş olduğu ekstremitede geniş devitalize alanların olduğu ve doku distalinde soğukluk, dolaşım bozukluğu ve katılık bulgularına rastlandı.

Tarafımızca detaylı inspeksiyon sonrası hastanın devam eden büllöz lezyonları tamamen debride edildi. Multiple kirli yaralarına yönelik scrub ile debridman sağlandı. Lezyonlar günlük mupirosin içerikli mesh ile takip edildi. Sol önkolda kompartman sendromu tanısı sonrası hastanın ekstremitesi ortopedi hekimleri tarafından ampute edildi. Takiplerinde yeni bir parazit etkenine rastlanmadı.

Tartışma: Miyaziste tanı, çoğunlukla tropikal veya subtropikal endemik bölgelere seyahat öyküsüne ve tipik lezyonun tanımlanmasına dayanır. Görüntüleme yöntemlerinden renkli Doppler ultrason, larva hareketini algılayabildiği için en iyi yöntem olarak kabul edilmektedir. Myazis tedavisi, tam larva ekstraksiyonuna dayanır. Lezyon ağzının yağlı bir merhemle (örn. parafin) kapatılması larvanın boğulmasına neden olur ve daha sonra elle daha kolay çıkarılabilir. Cerrahi müdahale daha az sıklıkla gereklidir. Çoklu lezyonlar veya geniş kavite tutulumu gibi komplike durumlar için oral ivermektin tedavisine ilişkin az sayıda vaka raporu vardır. Rutin olarak, sistemik veya topikal antibiyotik profilaksisi, steril önlemler altında ekstraksiyon yapıldığında sonrasında cerrahi işlem önerilmemektedir. Ancak kısmi larva ekstraksiyonu ikincil bakteriyel enfeksiyona neden olabilir ve bu durumlarda antibiyotik tedavisi gerekebilir.[2]

Multiple travma hastlarının yoğun bakım süreci detaylı bir multidisipliner değerlendirme ve takip içermektedir. Özellikle multiorgan yetmezliği gibi vital instablitesi bulunan hastalarda yüzeysel yaralar gözardı edilebilmektedir. Kirli yaralanması bulunan hastaların takibi esnasında kirli yaraların erken debridmanı ve detaylı muayenesi miyazis gibi kutanöz lezyonların önlenmesinde birinci basamaktır. Varsa hastanın büllöz lezyonların patlatılması ve batikon banyosu uygulanması, scrub ile mekanik debridman sonrası günlük pansuman, antibiyotikli mesh uygulaması ve detaylı fizik muayene rutin prosedürün önemli basamaklarıdır. [3]

Referanslar:

1. Solomon, Michal et al. "Cutaneous Myiasis." Current infectious disease reports vol. 18,9 (2016): 28. doi:10.1007/s11908-016-0537-6
2. Caissie, René et al. "Cutaneous myiasis: diagnosis, treatment, and prevention." Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons vol. 66,3 (2008): 560-8. doi:10.1016/j.joms.2007.09.005
3. McGraw, Timothy A, and George W Turiansky. "Cutaneous myiasis." Journal of the American Academy of Dermatology vol. 58,6 (2008): 907-26; quiz 927-9. doi:10.1016/j.jaad.2008.03.014

Anahtar Kelimeler: Miyazis, Multitravma, Parazit

Resim 1

A: Elde edilen miyazis etkenlerinin steril idrar kabındaki görüntüsü. B: Larvaların cilde penetrasyonu sonrasında görüntüsü C: Debridman öncesi sol önkol nekroze ve bülloz dokuların görüntüsü D: Debridman sonrası nekroze dokuların temizlenmiş hali.

P-067

Tekrarlayan Hidraadenitis Suppurativada Paraskapular Fleple Rekonstrüksiyon

İlker Uyar[1], Aytunç Özsoy[1], Emrah Patat[1], Meltem Ayhan Oral[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Hidradenitis suppurativa, cilt ve ciltaltı yağlı dokunun kronik, tekrarlayıcı, inflamatuar, ağrılı hastalığıdır(1-2). Hastalık ilk olarak 1839 yılında tanımlanmıştır. Hidradenitis suppurativanın kıl folikülü ve sebase bez kanallarının tıkanması ile ortaya çıktığı gösterilmiştir. Hastalık apokrin bezlerin bulunduğu aksiller, perineal ve perianal bölgelerde ortaya çıkar. Antibiyotikler, oral kontraseptifler, TNF- alfa inhibitörleri, radyoterapi, lazer, kriyoterapi tedavileri kullanılabilir. İleri evre ve tekrarlayan olgularda altın standart tedavi cerrahidir. Bu çalışmada aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle daha önce eksizyon ve torakodorsal arter perforatör fleple (TDAP) onarım yapılan ancak nüks nedeniyle tekrar başvuran hastanın yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 45 yaşındaki erkek olgu, sol aksiler bölgede yaygın kızarıklık, multiple akıntılı lezyon ve ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Medikal tedaviye dirençli sol aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle 3 yıl önce eksizyon sonrası torakodorsal arter perforatör flep ile onarım sağlandığı öğrenildi. Bu bulgularla nüks hidradenitis suppurativa tanısı konuldu ve cerrahi tedavi kararı alındı. Operasyon amacıyla hasta interne edildi. Sağ lateral dekübit pozisyonda aksiler bölgedeki skarlı-hastalıklı doku eksize edildi. Aynı seans pre operatif tasarıma uygun olarak 20x8 cm lik paraskapular flep ile defekt onarıldı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç: İlerlemiş ve rekürren hidradenitis suppurativa olgularında medikal tedavi başarısız olduğunda cerrahi tedavi kaçınılmazdır. Başarıyı belirleyen en önemli faktör ise komplet rezeksiyondur. Komplet rezeksiyon kıllı derinin, yağlı dokunun, apokrin bezlerin, subkutan abselerin ve sinus ile traktusların tamamen eksizyonu anlamına gelir.

Nüksün azaltılmasında rekonstrüksiyonda kullanılan dokunun özellikleri de önemlidir. Greft ile onarım sonrası skar formasyonu, renk değişikliği, kontraktür dezavantaj olarak karşımıza çıkar. TDAP flep ile rekonstrüksiyonda nüks oranları düşüktür. Renk-kalınlık uyumu, başarılı fonksiyonel sonuçları, verici alanda fonksiyon kaybı olmaması nedeniyle bu bölge rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek en önemli seçeneklerden biridir(3-4). Bu olguda da görüldüğü üzere nüks aksiller hidradenitis suppurativada paraskapular flep ile rekonstrüksiyon, güvenilir ve tercih edilebilir bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Shah N. HidradenitisSuppurativa: A Treatment Challenge. AmFamPhysician. 2005;72:1547-52.
2. Kagan RJ, Yakuboff KP, Warner P, Warden GD. Surgicaltreatment of hidradenitissuppurativa: a 10-year experience. Surgery. 2005;138:734-40; discussion 740- 1.)
3. Farrell AM, Randall VA, Vafaee T, et al. Finasteride as a therapyforhidradenitissuppurativa. Br J Dermatol. 1999;141:1138–1139.
4. Watson JD. Hidradenitissuppurativa - a clinicalreview. Br J PlastSurg. 1985;38: 567–569.

Anahtar Kelimeler: Aksiller, hidraadenitis süpürativa, paraskapuler

Figür

P-068

Yenioğanda Yoğun Bakımda Kulakta Bası Yarası

Mehmet Bayram, Mohammed Seyam, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Uzun süreli hareketsiz kalmaya ya da tıbbi cihazlara bağlı oluşan sürekli basınç, bası yaralarına neden olabilir. Oluşan bu basınç altındaki dokularda doku iskemisi meydana gelir.Doku üzerindeki sürekli dış basınçlar, uzun süreli iskemiye neden olur ve dokuyu nekroza götürebilir. Bu iskemi periyodunun ardından geri gelen kan akımı reperfüzyon hasarına neden olarak bası yarası oluşumuna yol açan ek bir doku hasarı kaynağı ortaya çıkarır.[1] Hastane yatışı sırasında özellikle tıbbi cihazların sık kullanıldığı yoğun bakım ünitelerinde bası yarası gelişmesi sık karşılaşılan bir durumdur.Bası yaraları pediatrik hasta popülasyonunda daha az sıklıkla da olsa görülebilmektedir.

Vaka: Hasta postnatal 2. gününde sol kulak lobülünde morarma olması nedeniyle tarafımıza danışıldı.Hidrops fetalis ile 36+1 günlük doğan ve dolaşım bozukluğu nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübe şekilde takip edilen hastanın postnatal 1. günde sepsis açısından araştırıldığı, çekilen EKO ile pulmoner hipertansiyon tanısı koyulduğu, oksijen probu ile bakılan oksijen satürasyonlarının 80 ile 95 arasında değiştiği ve dolaşım bozukluğu ve sepsis için dopamin, dobutamin,epinefrin,sildenafil,ilioprost,ampi silin,sefotaksim tedavilerinin başlandığı öğrenildi.Sol kulak anterior ve posteriorda, lobülden heliks, antiheliks ve konka kavuma uzanan bası yarası görüldü.Kapiller dolum süresinin 2 saniyenin altına indiği görüldü.Sol tarafa bası gelmemesi önerildi ve günlük mupirosinli pomad ile pansuman yapıldı. Postnatal 7.günde 1x1cm boyutunda eskar ile örtülü nekroz gelişti(Resim 1.A). Postnatal 22.gününde yatak başında eskar dokusu uzaklaştırıldı.Kıkırdak dokunun ekspoze olmadığı görüldü(Resim 1.B)

Sonuç: Pediatrik hastalarda bası yaraları erişkinlerin aksine en sık oksipital bölgede görülür.Yenidoğanlar ve çocuklar arasında basınç ülserlerinin %50'den fazlası ekipman ve cihazlarla ilgilidir.Bu cihazlar arasında en sık karşılaşılanlar tansiyon manşonları, transkutanöz oksijen basınç probları, trakeostomi plakaları, CPAP(Continuous positive airway pressure) cihazlarıdır.[2] Bu nedenle özellikle yoğun bakım ünitelerinde vazgeçilmez olan monitorizasyon dikkatli yapılmalı ve hasta bakımı ile ilgilenen personel bu konuda eğitilmelidir.

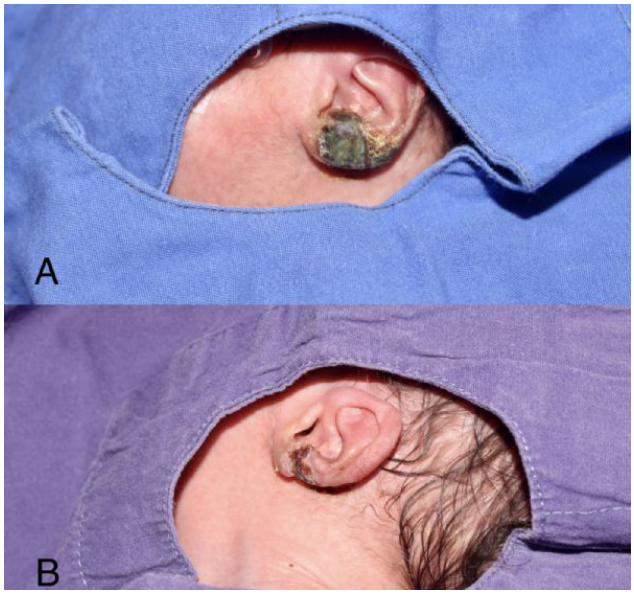
Pediatrik popülasyonda bası yarası gelişim riskini değerlendirmek için, erişkin hastalarda kullanılan Braden skalası revize edilerek Braden Q skalası geliştirilmiştir.[3] Riskleri belirleyip önleyici tedaviyi sağlamak bası yarası gelişme ihtimalini azaltır.Gerekli önlemlerin alınmasına rağmen gelişebilecek bası yaralarının tedavisinde topikal tedavi ile izlem yapılabilir.Topikal tedavinin yeterli olmadığı durumlarda debridman seçeneği değerlendirilmelidir. Bakteriyel kolonizasyonun önlenmesi ve enfeksiyon tedavisi titizlikle yapılmalıdır.Negatif basınçlı yara tedavisi skalp, sakrum gibi uygun yerlerde, debridman sonrası yara bölgesini minimal rekonstrüksiyona hazırlamak için uygulanabilir.[2]

Kaynaklar:

1. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. J Am Acad Dermatol. 2019 Oct;81(4):881-890. doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.069. Epub 2019 Jan 18. PMID: 30664905.
2. Baharestani MM, Ratliff CR. Pressure ulcers in neonates and children: an NPUAP white paper. Adv Skin Wound Care. 2007 Apr;20(4):208, 210, 212, 214, 216, 218-20. doi: 10.1097/01.ASW.0000266646.43159.99. PMID: 17415029.

Anahtar Kelimeler: Bası yarası, Kulak, Yenidoğan

Resim 1



Resim 1.A:Postnatal 7. günde yenidoğan yoğun bakım takibinde sol kulakta üzeri eskar ile örtülü bası yarası 1.B: 22. günde eskarın ayrılması sonrası görüntüsü

P-069

Vulvar Malignitelerin Cerrahi Tedavisinde Vulva Rekonstrüksiyonu Tecrübelerimiz

Melike Taşlıpınar[1], Billur Sezgin[1], Doğan Vatansever[2], Cağatay Taşkıran[2], Selahattin Özmen[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Obstetri ve Jinekoloji AD, İstanbul

Giriş: Vulvar malignitelerde cerrahi tedavi sonrası rekonstrüksiyon gereksinimi doğmaktadır. Vulva rekonstrüksiyonu tekniklerinin malignite cerrahisine entegrasyonu estetik ve fonksiyonel açıdan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde gerçekleştirilen vulvektomi cerrahileri sonrası vulvar rekonstrüksiyon teknikleri ve bunların morbidite ve sağkalım üzerindeki etkilerine dair klinik tecrübelerimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 2018-2022 yılları arasında hastanemiz Jinekolojik Onkoloji biriminde vulvar malignite nedeniyle vulvektomi gerçekleştirilen ve bölümümüzce eş zamanlı vulva rekonstrüksiyonu uygulanan, ortalama yaşı 72 (56-88 yaş) olan 28 hasta retrospektif olarak incelendi. Malignitenin tipi, eksizyonel cerrahinin tipi ve uygulanan rekonstrüksiyon metodu ortaya kondu. Bu parametrelerin erken ve geç dönem postoperatif komplikasyonlar ile ilişkisi değerlendirildi.

Sonuçlar: İncelenen 28 hastadan 11'inde tümör tipi vulvar epitelial neoplazi, 15'ünde invazif yassı hücreli karsinom, birinde adenokarsinom ve birinde berrak hücreli karsinom tespit edildi. 10 hastaya skinning vulvektomi, 11 hastaya basit vulvektomi ve 7 hastaya bilateral total lenfadenektomi ile birlikte radikal vulvektomi uygulandı. Rekonstrüksiyon aşamasında 5 tam kat deri grefti, 7 lokorejyonel deri flebi, 9 fasyokütan V-Y ilerletme flebi, 6 gracilis flebi ve 3 VRAM flebi uygulandı. Erken postoperatif dönemde 2 hastada hematom oluşumu, 7 hastada yara yeri enfeksiyonu, 4 hastada parsiyel flep kaybı, 14 hastada kısmi yara dehisensi ve 9 hastada uzamış seroma gözlendi. Yaranın sekonder tedaviler ile kontrol altına alınamadığı 9 hastaya sekonder revizyon uygulandı, 3 hasta VAC ile takip edilerek defekt onarımı sağlandı. Geç postoperatif dönemde daha önce nüks sebebiyle opere edilen 3 hastada yeniden lokal nüks gözlendi. İki hasta bu süreçte uzak metastaz sebebiyle kaybedildi.

Karşılaşılan komplikasyonlar arasında özellikle uzamış seroma oluşumunun ve yara yeri enfeksiyonunun bilateral total lenfadenektomi uygulanan hastalarda daha fazla görüldüğü, bu hastalarda yara iyileşmesinin olumsuz etkilendiği ve revizyon operasyonlarına daha çok ihtiyaç duyulduğu gözlendi. Bunun yanısıra sigara kullanan, diyabet vb komorbiditesi olan ve yüksek vücut kitle endeksli hastalarda komplikasyon sıklığındaki artış kaydedildi.

Tartışma: Vulva gerek anatomik lokalizasyonu, gerekse cerrahi sonrası radyoterapi gibi sekonder tedavilerden dolayı cilt kalitesinin bozulması sebebiyle rekonstrüksiyonu zor ve enfeksiyona yatkın bir alandır. Bu nedenle rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon riski yüksektir. Bu komplikasyonları etkileyen en önemli faktörlerden birisi, vulvar malignitenin primer eksizyonunda kullanılan cerrahi tekniktir. Vulvektomi ile birlikte bilateral total lenfadenektomi uygulanan hastalarda erken dönemde yara iyileşmesinin olumsuz etkilendiği, yara dehisensi ve maserasyonu riskinin arttığı gözlenmiştir. Bununla birlikte yara iyileşmesini olumsuz etkileyen sigara kullanımı, obezite ve kronik hastalıkların varlığı komplikasyon riskini arttırmaktadır. Bu hastalarda günlük pansumanların sık aralıklarla yapılması, dren çekim sürelerinde daha yavaş davranılması, enfeksiyon açısından uzman hekimler ile eşgüdümlü antibiyoterapinin düzenlenmesi ve hastanın mobilizasyonunun ve yatış pozisyonunun sağlık personeli tarafından takip edilerek desteklenmesi ve hastanın ve yakınlarının bu konuda eğitilmesi iyileşmeye olumlu etkide bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: fasiyokutan flepler, grasilis flebi, VRAM flebi, vulva malignitesi, v-y ilerletme flebi

P-070

Bifosfonata Bağlı Mandibula Osteomiyelitinde Free Fibula Tekniği İle Onarım

Özlem Çolak, Burak Uçar, Harun Erbek, Emre Günenç

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Osteomiyelit kronik odontojenik enfeksiyon, travma, diş çekimi v.b sonrası mikroorganizmaların çene kemiklerine inokülasyonu ile gelişen kemik ve kemik iliğinin iltihabi durumudur. Mandibulanın dens yapısı, kortikal kemiğin vaskülarizasyonunun maksillaya oranla az olması ile mandibulanın beslenmesini sadece alt alveoler nörovasküler yapıdan sağlaması mandibulada OM'in daha çok görülmesinin sebepleridir. Akut, subakut ya da kronik seyirli olabilen osteomiyelitin tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Özellikle uzun dönem seyreden inatçı OM'lerde antimikrobiyal tedavinin yanı sıra, sekestrotomi ve dekortikasyonu içeren cerrahi tedavi ile yardımcı tedavi olarak hiperbarik oksijen uygulaması düşünülmelidir. Bu vaka sunumunda 74 yaşında mandibulada kronik osteomiyeliti olan hastanın preop ve postop dönemine, klinik ve radyografik iyileşmesine yer verilmektedir.

Olgu Sunumu: 2016 da haftada 1 bifosfonat kullanımına bağlı olduğu düşünülen mandibula sol ramus bölgesinde kırık oluşan 74 yaşındaki kadın hastanın 1 yıldır diş absesine baglı intraoral tekrarlayan akıntı şikayetiyle 01.11.2021 Tarihinde enfeksiyon hastalıkları servisi yatışı olmuş. Alınan biyopside aktinomyces ile uyumlu sonucu mevcut. Hasta uygun antibiyotik reçetesi ile taburcu edildikten sonra tarafımızca plastik cerrahi servisine serbest fibula operasyonu için yatışı yapılmıştır.

06.04.2022 Tarihinde tarafımızca opere edildikten sonra erken dönemde yara yerinde seröz akıntı gelişen hastanın akıntısı kısa zamanda sonlamıştır. Flep dolaşımı doppler ile düzenli takip edilen hastanın dolaşımında herhangi bir problem olmamıştır. Postop 3. Ayda yara yerinden pürülan akıntı ile tarafımıza başvuran hastanın uygun antibiyoterapi ile şikayetleri kısa zamanda sonlanmıştır.

Tartışma: Mandibula rekonstrüksiyonunda serbest flep verici saha seçiminde fibula en çok kullanılan donor alandır.

İliumdan farklı olarak, flep konturu ayarlanmasını sınırlayan şekil ile ilişkili ayrıntılara sahip değildir. Ayrıca, diğer verici sahalardan farklı olarak, periosteal kan akımı fonksiyonel olarak segmenter tiptedir. Osteotomiler nerede gerekli ise planlanabilir ve kemik viabilitesinden endişe edilmeden 1 cm yakınlıkta konumlandırılabilir.

Vasküler pedikül yeterli uzunluk ve çaptadır. Fleksör hallucis longus kası, kemiğin posterior sınırı boyunca uzanır ve üst boyun bölgesi submandibular kısımdaki komşu yumuşak doku defektlerini doldurmak için idealdir. Yaklaşık olarak hastaların %91'inde fibula ile birlikte elde edilebilen deri adası güvenilirdir. Ön kol derisinden kalın ancak scapula derisinden incedir. Geniş deri adası kompleks defektler için hazırlanabilir fakat verici sahanın deri grefti ile kapanması gerekecektir. Bütün potansiyel verici sahalar arasında baş ve boyun bölgesinden en uzakta yerleşim göstermesinden dolayı en uygun olanıdır.

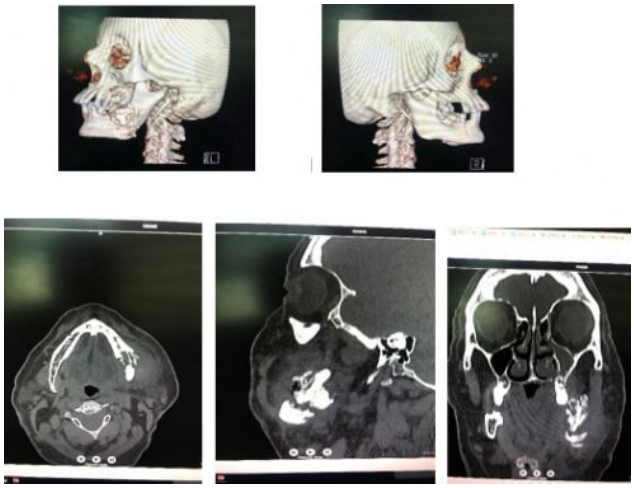
Bu komplikasyonun görülme sıklığı tartışmalı olsa da, vakaların %9'unda deri beslenmesinin belirsiz olması esas dezavantajdır. Ameliyat öncesi hastalarda yetersiz deri beslenmesini gösterecek uygun bir test yoktur. Bu probleme ragmen deri ihtiyacı ile karşılaşma ve elde edememe sık değildir. Beklenmedik şekilde ekstra deri ihtiyacı ortaya çıktığında her iki flebin de en iyi özelliklerini kombine edecek şekilde ön kol ve anterolateral uyluk flepleri ikinci serbest flep olarak kullanılabilir. Bu uygulama gerçekte skapulada olduğu gibi kemik ve derinin uygun konfigurasyonda olmadığı tek flep uygulamalarında tercih edilir.

Fibula tüm anterior ve çoğu lateral defektte endikedir. Fibula, radius ve skapulanın daha iyi seçenek olabileceği birkaç özel durum dışında mandibula defektlerinin çoğunluğunda seçilen ilk fleptir. Özellikle, deri adası ağız tabanı rekonstrüksiyonunda kullanılabildiği için anterior defektler için uygundur. Fleksör hallusis longus kası mandibula anterior arktaki ölü boşlukları doldurmak ve üst boyun

Sonuç: Serbest fibula flebi osteomiyelit ya da başka sebeplere bağlı mandibula defektlerinde güvenle kullanılabilen bir yöntem olup postop yakın flep dolaşım takibi ve komplikasyon yönetimi ile istenilen sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Free fibula, mandibula, osteomiyelit

3D BT



P-071

Nadir görülen kutanöz mukormikoz enfeksiyonuna sistemik ve cerrahi yaklaşım: Olgu Sunumu

Görkem İrem Oktay[1], Erol Benlier[1], Şaban Gürcan[2], Dağhan Dağdelen[1]

[1]Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne
[2]Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne

Mucorales ailesi doğada çok yaygın bulunan bir mantar türüdür. İmmün sistemi sağlam olan insanlarda nadiren hastalık tablosu oluşturur. Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımının yaygınlaşması sıklığını arttırmıştır. Genelde çoğu antibiyoterapiye dirençlidir. Güncel yaklaşımda cerrahi debridman tedavinin temelini oluşturmakla birlikte antifungal ajanlar mukorun yayılmasını yavaşlatmak için kullanılmaktadır. Nazofarengeal, pulmoner, dissemine, gastrointestinal, rinoserebral ve kutanöz formları mevcuttur. Kutanöz mukormikoz nadir bir formudur. Tüm mukor enfeksiyonlarının %10'unu oluşturur ve genelde immünsüprese hastalarda travma öyküsü sonucu ortaya çıkar(2). Diğer mukor formlarına göre sağ kalım oranları daha fazla olmasına rağmen mortalite yine de %26 ile %50 arasında değişmektedir ve dissemine olan vakalarda %83'e kadar çıkmaktadır(6). Hastamızda da uzun süreli steroid kullanımı mevcut olup travma sonrası açık yara zeminde kutanöz mukormikoz enfeksiyonu gelişmiştir. Nadir bir form olan kutanöz mukormikoza yaklaşımı, erken tanı bulgularını ve güncel klinik yaklaşımı göstermek için kliniğimizde gördüğümüz olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: El travması, Mukormikozis, Rhizopus

Resim 2-3

P-073

GAGLİON KİSTİ: METİLEN MAVİSİ ENJEKSİYONU SONRASI EKSİZYON

Abdullah Dincgozoglu, Mahmut Durak Ceviz, Mustafa Rıdvan Yanbaş, Umutcan Gülmezoğlu, Mehmet Bekerecioğlu

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktir ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Ganglion kistlerinin eksizyonu öncesi kist içerisine metilen mavisi enjekte ederek, kistin bütünlüğünü bozmadan edilmesi, eksizyon sonrası takiplerde rekürrens oranının belirlenmesi.

Yöntem: ganglion kisti içerisine insülin enjektörü ile kist üzerinde cilt gerginliği oluşturacak kadar metilen mavisi enjekte edildi, kistt eksize edildi, kistektomi sonrası insizyonlar primer kapatıldı, ganlion kisti olan 25 hasta, 14 erkek 11 kadın, yaş ortalaması 31(aralık 24-47), kist boyutu ortalama 1,2 cm(aralık 0.08-2.1 cm), 3'ü rekürrens hastası. Anatomik lokalizasyonlar: 14 El bileği dorsal, 4 El bilek volar yüz, 3 ayak bileği

Bulgular: kist eksizyonu sonrası 3 ay, 6 ay ve yılık takip sağlandı. herhangi bir yara yeri komplikasyonu olmadı. 2 hastada rekürrens oldu.

Sonuçlar: Ganglion kistlerinin en sık tespit edildiği el bileği ve ayak bileği gibi bölgelerde cerrahi rezeksiyon sonrası rekkürrens oranı ortalama yüzde 20(13-40). rekürrensi azaltmak için kistin içeriği ile birlikte etrafında ki kapsül ve zarla birlikte çıkarılması gerekir. ince ve şaffaf olan zarın kalıntırları rekürrense neden olur. kistin metilen mavisi enjeksiyonu ile tamamen çıkarılması ile rekürrens oranının düşürülmesi mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metilen Mavisi, Ganlion Kisti, Rekürrens

Ganglion kist

P-076
Median Üst Dudak Yarığı Vakası

Adnan Menderes, Fatih Berk Ateşşahin,
Safa Eren Atalmış, Merve Terzi, Tahir Babahan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,
İzmir

Giriş: Üst dudak orta hattaki kısmi veya tam olan dudak yarıkları median üst dudak yarığı olarak tanımlanır.1 Tessier, 1974 yılında 336 hastayı içeren bir çalışmasında kraniyofasyal yarıkları 0'dan 14'e kadar saat yönünün tersinde numaralandırdı. Üst dudak orta hat yarıkları Tessier 0 olarak adlandırılmaktadır. 2,3

Sınıflandırmadaki çeşitliliğe rağmen üst dudak orta hat yarıkları oldukça nadirdir. Tek başına yarık hastaları arasındaki insidansı yüzde 0.43 ile 0.73 arasında değişmektedir.4 Dudak damak yarıklarının daha yaygın biçimleri hesaba katılmadığı taktirde atipik yarıklarının insidansı yüzbinde 1 olarak tahmin edilmektedir.5 Median üst dudak yarığı üst dudak orta hattan vertikal şekilde geçen yarık olarak tanımlanabilir. Bu yarıklar medial nazal çıkıntıların eksik veya tam olarak gelişmemesine bağlı olarak oluşur. 6

Bu çalışmamızda prenatal olarak dönemde tanısı konulan ve üst dudak yarığı onarımı için kliniğimize yönlendirilen bir olguyu paylaşacağız.

Olgu: İntrauterin 20. haftada yarık dudak anomalisi tespit edilen 1 ay 25günlük hasta tarafımıza başvurdu. 36 yaşında, teratojen maruziyeti ve ilaç kullanım öyküsü olmayan annenin 3. gebeliğinden 3. canlı doğum olarak 37 haftalık iken doğduğu öğrenildi. Ebeveynlerde akrabalık ve ailede başka bir damak dudak yarığı öyküsü saptanmadı.

Muayenemizde üst dudak orta hatta vermillon defektinin olduğu yarık dudak ve bifid frenulum yapısı izlendi. Burunda kolumellanın kısa olduğu ve tipin basık olduğu izlendi. İnterkantal mesafenin minimal olarak artmış ve hipertelorizmle uyumlu görünüm saptandı. Vermillonun toplam uzunluğu ve genişliği olağan olarak değerlendirildi. Alveolar yarık benzeri herhangi bir kemik yapı anomalisi saptanmadı. (Fotoğraf 1)

Operasyon öncesi dönemde diğer orta hat defektleri gibi ek anomalilerin tanısı açısından hastadan Beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Ekokardiyografi tetkikleri istendi. Ekokardiyografi tetkik sonucu olağan olarak değerlendirilen hastanın Beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme tetkikinde korpus kallozum agenezisi, kolposefali saptandı. Ansefalosel ve meningosel bulgularının saptanmadığı bildirildi. Çocuk Kardiyoloji bölümü hastada endokardit profilaksisi gerekmediği ve opere olmasında sakınca olmadığını bildirdi. Çocuk Nöroloji bölümü hastanın opere olmasında sakınca olmadığını bildirdi ve elektif şartlarda Elektroensefalografi isteyerek hastayı takibe aldı. Çocuk Nefroloji bölümü tarafından da değerlendirilen hasta için bölümün ek önerisi olmadı.

Preoperatif hazırlıkları tamamlanan, uygun yaş ve kiloya ulaşan hasta tarafımızca 8 ay 27 günlük ve 9200 gram iken operasyona alındı.

Operasyonda ilk olarak prolabium ve yarık dudak kenarlarına lidokain+adrenalin içeren lokal anestezik madde infiltre edildi. Prolabium kolumella kısalığını ve tipin basıklığını gidermek amacıyla quadrianguler flep olarak eleve edildi. Kesi frenulum tabanına kadar üst dudak ıslak mukozasında uzatıldı. Islak mukozanın uzunluğunun yeterli olmadığı görülmesi üzerine mukoza tabanından küçük bir z plasti tasarlandı ve mukoza uzunluğu artırıldı. Orbikularis oris kası yarık kenarlarındaki anormal yapışma yerlerinden diseke edildi. Kasa yapılan horizontal insizyon ile kastaki kontraksiyonlar açıldı ve hareket mesafesi artırıldı. Kas orta hatta birbirine 4-0 Vicyrl ile sütüre edilerek onarıldı. Mukozada tasarlanan z plastiler dudak tüberkülünü de oluşturacak şekilde 5-0 Vicyrl ile uygun şekilde sütüre edildi ve mukoza onarıldı. İlk olarak eleve edilen prolabium flebi kolumellanın uzamasını sağlayacak şekilde kolumella tabanına sütüre edildi. Lateral cilt flepleri orta hatta 6-0 Bisyon ile primer olarak sütüre edildi. Sütür hatlarına rifampisin ve uygun kapalı steril pansuman uygulandı.

Ardından 4 gün boyunca serviste izlemine devam edilen hastanın günlük olarak sütür hattı serum fizyolojik ile temizlendi ve rifampisin ile uygulanarak pansumanı yenilendi. Taburculukta sütür hattındaki pansuman açık bırakıldı ve postoperatif 8. günde hastanın cilt sütürleri alındı. Poliklinik takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Operasyon sonrası değerlendirmede hastanın sonuçları yüz güldürücü oldu. Kolumella da yeterli uzunluk sağlandı ve burun tipteki basık görünüm giderildi. Vermillokütan en az iz kalacak şekilde oluşturuldu. Vertikal skar hattı bilateral filtral kolonlara eşit mesafede yerleşti. Dudak tüberkülü istenilen düzeyde oluşturuldu. Cupid yayı oluşturulurken sol tepe noktası yüksekliğinin sağa göre minimal superior yerleşimli olduğu postoperatif olarak değerlendirildi.

Tartışma: Median dudak yarıkları DeMyer tarafından orbital hipotelorizm ve hipertelorizmi içeren 2 ayrı grup olarak tanımlandı.7 Millard 1968 yılında median dudak yarıklarını kapsamı ve boyutu ne olursa olsun üst dudak orta hattından geçen yarıklar olarak tanımladı. Ardından 2 sınıfa ayırdı; ilk grup frontonazal proçesin agenezisini içerirken, ikinci grup median bölümlerin yarığı olarak tanımlanır. Bu nedenle 2. grup hipertelorizm ve kraniyal malformasyonlar ile ilişkilidir. 8

Vakamızda kraniyal görüntülemede korpus kallozum agenezisi ve muayenemizde hipertelorizm mevcuttu. Bu nedenle hastamızın Millard tarafından tanımlanan 2. gruba uygun olduğu düşünülmektedir. Hasta preoperatif dönemlerde tarafımızca ek orta hat defektleri açısından taranmıştır.

Median üst dudak yarığı olgularının ve bu konu hakkındaki kaynakların azlığı nedeniyle yarığın cerrahi yönetiminde kesin bir prosedür bulunmamaktadır. Millard 1968 inverte olan yarık dudaklarının eksizyonunu önermiştir.1 Ardından 1977 yılındaki çalışmasında yarığın her iki tarafındaki white roll 2mm superiorundan ters V şeklinde eksizyon önerdi. Böylelikle Cupid yayının orta hattındaki ciltte uzama sağladı.8 Nakamura, Tomonari ve Goto vermillon sınırından yapılan wedge eksizyonu tarif ettiler ancak orbikularis oris kasının eksizyonu veya manüpilasyonu hakkında yeterli bilgi sunmadılar.9 Bir çok yazar tarafından eliptik eksizyon vb. bir çok eksizyon şekli yayınlandı.

Hastamızda kolumellanın kısa olması ve burun tipteki basıklık nedeniyle eksizyonu düşünülmedi. Prolabiumu fasıyokütan flep olarak eleve ederek kolumella tabanına sütüre edildi ve böylelikle kolumellada uzama, nostrillerdeki asimetrinin giderilmesi, burun tipteki basıklığı düzeltilmesi gibi bir çok fayda sağlamış oldu. Orbikularis oris kasına yapılan diseksiyon ve horizontal insizyon ile kasın orta hatta gerilimsiz onarımına imkan sağlandı. Cilt orta hatta gerilimsiz olarak sütüre edilirken mukozada yapılan Z plastiler ile hem mukoza uzatıldı hem de dudak tüberkülü oluşturuldu. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hastada ağız açıklığı yaşıtlarıyla uyumlu olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak median dudak yarığı oldukça nadir görülen bir konjenital anomalidir. Vaka sayısının ve literatürdeki kaynak sayısının azlığı nedeniyle tedavi sürecinde ortak bir karara varılamamıştır. Bu nedenle bu konuda bir çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Biz de kendi uyguladığımızı prosedürü yayınlayarak literatüre katkıda bulunmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: fasiyal yarıklar, median dudak yarığı, tessier

Peroperatif muayene

P-077
Komplet Yarık Damak ve Alveoler Yarık

Arda Soylu, Kadir Tezer, Zikrullah Baycar, Mahmut Tekecik, Nedim Savacı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Giriş: Yarık damak ve dudak en sık görülen kraniyofasyal anomalilerde birisidir.Gelişim sırasında orta hatta damak ve dudağın normal füzyonunun başarısızlığı ile karakterize olup sadece kozmetik olarak değil fonksiyonel olarak olarak önemli bir morbidite nedenidir.Gestasyonel 5. haftanın sonunda damak gelişimi başlar ve 12 hafta sonunda tamamlanır. Medial nazal çıkıntılar orta hatta birleşerek primer damağı oluşturur.Maksiller çıkıntıların medial kısımları,ikincil damağı oluşturmak için orta hatta önden arkaya doğru birleşen lateral palatin proçesi oluşturmak için yedinci hafta civarında dikey konumdan lateral konuma rotasyon eder.Orta hat füzyonunun başarısızlığı yarık damağa sebep olmaktadır.Yarık damak/ dudak (CL/P) ve izole yarık damak CPO 200'den fazla konjenital sendromla birlikte görülebilmektedir.En sık ilişkili olduğu sendromlar CHARGE (koloboma, kalp kusurları, atrezi koana, büyüme geriliği, genital anormallikler ve kulak an ormallikleri),Velokardiyofasyal/DiGeorge Sendromudur.. CPO ile ilişkili en sık tartışılan anomaliler, mikro/retrognati, glossoptoz ve yarık damak Pierre Robin dizisidir.Ülkemizde izole damak yarığı binde 0.77,damak yarığı olsun veya olmasın dudak yarığı ise binde 0.95 olarak görülmektedir. Yarık bakımında en tartışmalı konulardan biri alveolar yarık tedavisi, özellikle birincil GPP(gingivoperiosteoplasty) için endikasyonlardır. Alveolar yarıklar, birincil damakta nazal eşikten kesici foramenlere kadar kemik eksikliği veya yokluğu olduğunda ortaya çıkar. Bir alveolar yarık mevcut olduğunda, yüz büyümesinin ve maloklüzyonun iyatrojenik kısıtlamasına karşı hastayı ek bir ameliyattan potansiyel olarak korumanın riskleri ve yararları tartılmalıdır.

Olgu Sunumu: 54 Yaşında erkek hasta hipernazal konuşma,oronazal fistül,uyku problemleri ve maloklüzyon şikayetleri nedeniyle tarafımıza başvurdu. Şikayetlerinin doğumdan beri var olduğu ve tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde komplet yarık damak ve alveolar yarık olduğu saptandı. Hastanın tetkikleri tamamlandıktan sonra genel anestezi altında operasyona alındı. Dingman ekartörünün takılması,uvulalara ve dile askı sütürleri atılması sonrası ve lokal anestezik infiltrasyonunu takiben operasyona başlandı.Uygun insizyonla girilerek oral mukoza palatin kas ve nazak mukoza diseke edilerek sol taraf Bardach Palatoplasty tekniğine göre sağ taraf Von Langenbeck tekniğine göre ayrıldı.Sert damak,yumuşak damak ve uvula üç tabaka şeklinde onarıldı.Kanama kontrolü sağlandı.Daha sonra sol alveolar yarık onarımı için üst gingivada bilateral mukoperiostal flepler eleve edildi ve fistül hattı ortaya kondu.İliak kemik grefti ile rekonstrüksiyon planlandı. Sağ iliak crestten uygun insizyonlarla girilerek iliak creste ulaşıldı.İç tabuladan osteotomi yapılarak defekte uygun kemik grefti elde edildi.Alınan kemik grefti defekte adapte edildi ve rekonstrüksiyon sağlandı.Eleve edilen flepler fistül traktını oblitere edecek şekilde defekte adapte edildi ve sütüre edilerek tespit sağlandı.Fazla gelen kortikal kemik iliak creste iade edildi ve Bonewax ile kanama kontrolü sağlandı.Ağız içi mukoza sütüre edildi.İliak crest hattındaki kesiler sütüre edildi.Pansuman yapılarak işleme son verildi. Hasta servisimizde 4 gün takip edildi.Taburculuk sonrası takiplerinde ek şikayetlere rastlanmadı.

Tartışma: CL/P yenidoğanın en sık görülen kraniyofasiyal defekt ve dördüncü en yaygın konjenital anomalidir. İlk değerlendirmede kesin cerrahi onarıma kadar (18 aydan

önce cerrahi yapılması önerilir.) bebeğin uygun şekilde büyümesini ve gelişmesini sağlamak için solunum ve beslenme sorunlarına odaklanılır. Yenidoğanların uyku apnesi açısından değerlendirilmesi gerekir ve ebeveynlere uygun tedavi konusunda danışmanlık verilir. Eğitimli bir konuşma terapistinin, uygun beslenme tekniklerini öğretmek ve beslenme sırasındaki bebek yorgunluğunu azaltmak ve alımı iyileştirmek için yardımcı cihazlar sağlamak için ebeveynlerle birlikte çalışması gerekecektir. Besleme sırasında burun yollarını reflüden korumak ve solunum sıkıntısını azaltmak için çeşitli özel biberonlar ve emzikler mevcuttur. Olası oral protezlerin ameliyata kadar beslenmeye yardımcı olması için bir diş değerlendirmesi de düşünülmelidir. Bebeğin uygun kilo alması hem gelişim açısından hem de cerrahi müdahalenin gecikmemesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Olguların küçük bir kısmını tedavi olmayan veya cerrahi sonrası komplikasyon geçiren erişkinler oluşturmakla birlikte büyük çoğunluğunu yenidoğanların oluşturduğu yarık damak vakalarında uygun tedavi verilmediğinde ilerleyen yaşlarda konuşma bozukluğu, nefes problemleri,malnütrisyon,psikiyatrik sorunlar,işitme bozuklukları, gibi çeşitli problemlere yol açabilmektedir.Cerrahi sonrası görülen komplikasyonlar ise erken ve geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır.Erken komplikasyonlar arasında hava yolu obstrüksiyonu,hematom,yara yeri enfeksiyonu – dehissansı ve post-anestezik komplikasyonlar sayılabilir. Daha uzun vadeli potansiyel komplikasyonlarda ise sütur hattında granülom, hipertrofik yara izi, nasal stent kullanımına bağlı olarak nasal çatının çökmesi, oronazal fistül,hipernasal konuşma,velofarigeal yetmezlik ve çentiklenme sayılabilir.

Alveolar yarık onarımının zamanlaması, erken onarımın (<5–6 yaş) maksiller büyüme üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeyi ve köpek dişi çıkmaya başlayana kadar (>10–12 yaş) greftleme gecikmesini önlemeyi amaçlamalıdır.Alveolar yarık için kullanılan tedavi yöntemlerinde Gingivoperiosteoplasty,Primer ve Sekonder kemik greftleri,Horizontal ve Vertikal TDO yöntemleri kullanılırken ek olarak Bone morphogenetic protein-2 de kullanılmaktadır. Alveolar yarık greftleme sonrası en sık görülen komplikasyon, puberte öncesi çocukların %1'inde görülen mukozal yara ayrılmasıdır ve bu yüzde yaşla birlikte artar. Bu kalıcı bir fistüle yol açabilir. Ergenlerde ve genç erişkinlerde daha yaygın olmasına rağmen, tekrar aşılama gerektiren greft kaybı da olağandışıdır.

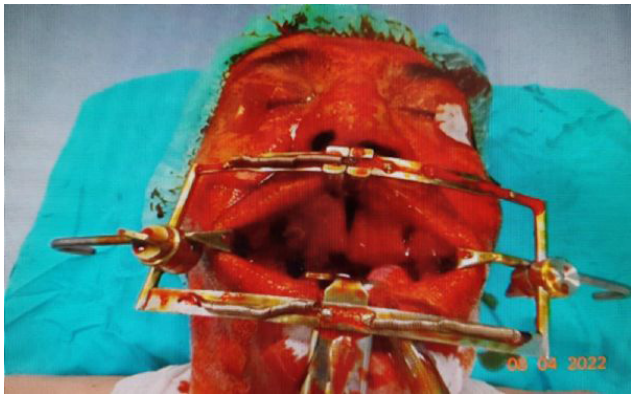
Sonuç: Genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak gelişen yarık damak ve alveolar yarık deformitesinin ileriki yaşlarda sorun oluşturmaması için yenidoğan döneminden itibaren multidisipliner bir ekip tarafından yakın takip edilmesi, varsa altında yatan etyolojinin ortaya konması ve cerrahi tedaviye kadar çocuğun gelişiminin yakından takip edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Worley, M. L., Patel, K. G., & Kilpatrick, L. A. (2018). Cleft Lip and Palate. Clinics in Perinatology. doi:10.1016/j.clp.2018.07.006
2. J. Peter Rubin, Peter Neligan Plastic surgery 4th edition Elsevier 2017
3. Gatti, G. L., Freda, N., Giacomina, A., Montemagni, M., & Sisti, A. (2017). Cleft Lip and Palate Repair. Journal of Craniofacial Surgery, 28(8), 1918–1924. doi:10.1097/scs.0000000000003820
4. Essentials of Plastic Surgery 2nd edition Thieme Medical Publishers 2014
5. Grabb and Smith Plastic Surgery 7th edition Wolters Kluwer Health Adis 2013
6. Taib, B. G., Taib, A. G., Swift, A. C., & van Eeden, S. (2015). Cleft lip and palate: diagnosis and management. British Journal of Hospital Medicine, 76(10), 584–591. doi:10.12968/hmed.2015.76.10.584
7. Crockett, D. J., & Goudy, S. L. (2014). Cleft Lip and Palate. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, 22(4), 573–586. doi:10.1016/j.fsc.2014.07.002
8. Stein, M. J., Zhang, Z., Fell, M., Mercer, N., & Malic, C. (2018). Determining Post-Operative Outcomes After Cleft Palate Repair: A Systematic Review and Meta Analysis. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. doi:10.1016/j.bjps.2018.08.019
9. Dao, A. M., & Goudy, S. L. (2016). Cleft Palate Repair, Gingivoperiosteoplasty, and Alveolar Bone Grafting. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, 24(4), 467–476. doi:10.1016/j.fsc.2016.06.005

Anahtar Kelimeler: a, d, k, m

intraop



P-078

El Dorsumunda Malign Tümör Eksizyonu Sonrası Rekonstrüksiyon: Reverse Radial Ön Kol Flebi

İlker Uyar, Tunahan Başol, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: El bölgesindeki kitlelerin malign özellik taşıması oldukça nadirdir(1). Elde malign tümörlerden en sık skuamoz hücreli kanser (SCC) izlenmektedir. Önemli yapılara komşuluğu nedeniyle el bölgesinde gelişen cilt kanserlerinin tanı ve tedavisinin hayat kalitesi üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda; kolay hazırlanabilmesi, iyi bir renk uyumu sağlaması, ince olması ve uzun bir pediküle sahip olması ile özellikle el dorsum defektlerinde oldukça başarılı sonuçlar veren ters akımlı radial ön kol flebi anlatılacaktır.

Olgu: 86 yaşındaki erkek hasta, polikliniğimize sağ el dorsal yüzde son iki yılda giderek büyüyen kitle nedeniyle başvurdu. Yapılan biyopsi sonucunun iyi diferansiye SCC geldi. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile 3-4. metakarp distal kesim seviyesinden başlayıp proksimal falankslar proksimal kesimi seviyesine kadar uzanım gösteren kitlenin, 3 ve 4. ekstensör tendonlara invaze olduğu, periosta invazyon olmadığı saptandı. Kitle 1 cm cerrahi marj ile eksize edildi. Eksizyon sırasında tümörün 3-4. parmak ekstansör tendonlara invaze olduğu görüldü ve 3-4.parmak ekstansör tendonları sınırlara uygun olarak

eksize edildi. Sağ el dorsumundaki defekte yönelik olarak el bileğinde fasiyokutan flep eleve edilerek defektif alana transpoze edildi. Donör saha ve tendon ekspoze alanların onarılması amacıyla ipsilateral revers radial ön kol flebi ile onarım planlandı. Çizimlere uygun olarak kol proksimalinden distaline ulnar taraftan radial tarafa doğru flep eleve edildi. Flep yeni yerine adapte edildi. Flebe dahil venöz yapı ile el bileği distal seviyesindeki ven anastomoze edildi, akım olduğu görüldü. Donör saha kapatılmasına yönelik olarak sağ uyluk ön yüzden alınan kısmi kalınlıklı deri grefti adapte edildi, üzerine baskılı pansuman yapıldı.

Patoloji sonucunda cerrahi sınır salimliği sağlandı. Ameliyat sonrası kontrollerine gelen hastanın takiplerinde problem saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Reverse radial ön kol flebi özellikle ileri yaşlarda ve serbest doku nakli için riskli grupta bulunan hastalarda, üst ekstremite yumuşak doku defektleri için etkili ve çok yönlü bir rekonstrüktif seçenek sunmasıyla öne çıkmaktadır.

1. Sophia A. Strike, MD Mark E. Puhaindran, MBBS, MRCS, MMED, FAMS: Tumors of the Hand and the Wrist 2020

Anahtar Kelimeler: el defekti, reverse radial ön kol, ters akım

Figür

P-079

Nadir Schwannom Lokalizasyonu: Olgu Sunumu

Tahir Babahan, Safa Eren Atalmış, Fatih Berk Ateşşahin, Ahmet Özdemir, Adnan Menderes

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Schwannom, sinir kılıflarının sert, iyi sınırlı, kapsüllü ve yavaş büyüyen iyi huylu bir tümörüdür. İlk olarak 1908 yılında Verocay tarafından tanımlanmıştır. Her yaşta görülebilir, en sık 20-50 yaş arasında görülür ve kadın/erkek oranı 2:1'dir. En sık baş ve boyunda görülür, ancak Schwannom'ların %20'si periferik sinirlerden kaynaklanır. Schwannomlar üst ekstremite tümörlerinin %12-19'unu oluşturur. Daha çok ekstremitelerin fleksör taraflarında, özellikle el bileği ve dirsek bölgelerinde görülürler. Ulnar sinir üst ekstremitede en sık görülen yeridir. Bu tümörler kolaylıkla lipomlar, nörofibromlar hemanjiyomlar ve sinovyal kistlerle karıştırılabilir.

Periferik sinir schwannom semptomları çoğu zaman sinir tuzaklanmaları ile örtüştüğü için kolayca yanlış tanı alabilirler. Semptomlar kitleye veya çevre dokulara basılarak ortaya çıkar, schwannomların medikal tedavisi yoktur, tedavi kitlenin tamamen çıkarılmasıdır.

Olgu Sunumu: Bilinen sistemik hastalığı olmayan, 62 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 yıldır sağ kol distalinde bulunan nodüler lezyonun boyutlarında progresyon farketmesi üzerine çoklu dış merkez başvuruları sonrası tarafımıza başvurdu.Hastanın bilinen travma öyküsü yoktu.Tarafımızca yapılan muayenesinde sağ kol 1/3 distal kısım radial tarafta palpasyonla ağrılı minimal mobil cillatı 1*1 cm boyutunda nodüler lezyon saptandı.Muayenesinde radial sinir trasesinde minimal hipoestezi tariflerken motor kusur saptanmadı.Yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde sağ kol distalinde 17*12 mm boyutunda radial sinir trasesinde schwannom ile uyumlu olabilecek kitlesel lezyon izlendi.

Hastadan aydınlatılmış yazılı onam alındıktan sonra genel anestezi altında pnömatik turnike kontrolü ile opere edildi. Kol lateralinden yapılan longitidunal 3 cm insziyon sonrası lateral intermuskuler septuma düşüldü.Septum geçildikten sonra radial sinire ulaşıldı. Kitlenin sinir ortasına yerleştiği radial siniri anteriora ve posteriora doğru ekspanse ettiği izlendi. Orta derecede sert, sarımsı, ve kapsüllü gibi görünüyordu.Sinir kılıfı açılarak, sinire zarar vermeden tümör tamamen çıkarıldı.Kitle iyi sınırlıydı ve çevre dokulardan kolayca ayırt edilebiliyordu.

Patolojik inceleme için kitle ayırıldı.Yara yerinde sorun izlenmeyen hastanın radial sinir trasesinde herhangi bir duyu ve motor defisit saptanmadı. Hasta postoperatif birinci gün şifa ile taburcu edildi. Patoloji raporu palizadik paternli fusiform hücrelerden oluşan kompakt alanlar (Antoni A) ve gevşek ve hiposelüler alanların oluşturduğu tümöral yapı (Antoni B) izlendi. Antoni A alanlarında eozinofilik sitoplazmalı, sınırları belirsiz, uzamış çekirdekli hücreler gözlendi ve lezyon schwannom olarak rapor edildi. İmmünohistokimyasal S-100 boyaması tanıyı destekledi. Hasta tüm şikayetlerinin hemen düzeldiğini bildirdi. Birinci haftanın sonunda tamamen asemptomatikti ve günlük aktivitelerine döndü.

Tartışma: Erişkinlerdeki yumuşak doku tümörlerinin %5'ini schwannom oluşturur. Ayrıca alt ekstremiteye göre üst ekstremitede daha fazla görülmektedir. Üst ekstremitede daha çok ulnar, median ve radial sinirleri tutar. Tüm ekstremite schwannomlarının %30-70'inde ağrı şikayeti varken, %20'sinde parestezi şikayeti mevcuttur. Hastamız parmaklarda uyuşma şikayeti ile başvurdu ayrıca hastamızın fizik muayenesinde lezyon palpe edildi. Ekstremitelerdeki yüzeyel doku lezyonlarında ayırıcı tanıda periferik sinir kılıfı tümörü olasılığı düşünülmelidir. Bu tümörlerin çoğunda Tinel testi pozitifliği ve parestezi görülse de ayırıcı tanıda lipom, nörofibrom, ganglion kisti ve ksantom da düşünülmelidir. Ultrasonografi bu tür yüzeyel lezyonları değerlendirmede ilk tercihimiz olabilir ancak en etkili görüntüleme yöntemi manyetik rezonans görüntülemedir. Görüntüleme ile lezyonun tam malign-benign ayrımı mümkün değildir. 5 cm'nin üzerinde boyut, düzensiz sınırlar, çevrede ödem olması, homojen görünümlü nekrotik alanlar, kalsifikasyon varlığı ve palpasyonda hareketsizlik malignite şüphesini artıran kriterlerdir. Schwannomlar nadiren malign transformasyon gösterirler ve kapsüllü ve iyi sınırlı tümörlerdir. Total eksizyon sonrası nadiren tekrarlarlar ve eksziyon sonrası kemoterapi ve radyoterapi önerilmemektedir.

Sonuç olarak periferik sinir schwannomları çok yaygın değildir. Bazen tuzak nöropatilerine neden olabilirler. Bu nedenle dikkatli bir nörolojik ve fizik muayene bu tür lezyonların fark edilmesini sağlayacaktır. Ameliyat sırasında dikkatli diseksiyon sinir hasarını minimuma indirecektir.

Anahtar Kelimeler: Kol, Radyal sinir, Schwannom

P-080

Triangüler Fibrokartilaj Kompleks Yaralanmalarında Artroskopik Yaklaşım

Yasin Canbaz, Furkan Çeştepe, İbrahim Akpınar, Abdullah Çölçınar, Sabri Öztürk, Perçin Karakol

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: El yaralanmaları, plastik cerrahi polikliniğine travma kaynaklı başvuruların önemli bir kısmını oluşturur ve pratikte önemli bir yere sahiptir. Fonksiyonel önemi göz önüne alındığında, elde ufak bir fonksiyon kaybı bile günlük aktiviteler üzerinde ciddi etkilere yol açabilmektedir. Bu durum, el fonksiyonlarının korunması için yapılacak cerrahi müdahaleleri zorunlu kılmaktadır.

Triangüler fibrokartilaj kompleks (TFCC), lunat, triquetrum ve ulna başı arasında yük taşıyan ligamentöz ve kartilaj bir yapıdır. Bileğin ulnar yönü için bir stabilizatör görevi görmektir. TFCC, akut veya kronik dejeneratif yaralanma riski altındadır. Hasarında ağrı ve güç kaybının yanı sıra distal radyoulnar eklem instabilitesi görülür. Bu durum da, ulna dislokasyonuna ve rotasyon hareketi kısıtlanmasına yol açar.

TFCC lezyonlarına yönelik farklı sınıflama sistemleri vardır. En yaygın kullanılan Palmer sınıflama sistemi 1989 yılında tanımlanmıştır. Palmer bu rüptürleri Tip 1 (travmatik) ve Tip 2 (dejeneratif) olarak iki ana gruba ve alt gruplara ayırmıştır. Tip 1 rüptürler akut travmatik sürecin sonucu olmaktadır ve lokalizasyona göre isimlendirilirler. Raket, sopa kullanan veya ağır kaldıran sporcularda ve ekstansiyondaki el bileği üzerine düşenlerde görülebilir. Akut rotasyonel hasardır. Tip 2 rüptürler ise genellikle ulnar impigemente bağlı kronik süreçte gelişmektedir. Genelde 50 yaşından büyük insanlarda görülür. TFCC yapısında oluşan dejenerasyon ve kondromalazik değişikliklere göre isimlendirilirler. Tip (2a) lunat ve/veya ulnar kondromalazi eşlik edince tip 2b olmaktadır. Tip 2c, tip 2b'ye TFCC perforasyonu eşlik etmesiyken; tip 2d, tip 2c'ye ligaman parçalanması eşlik etmesidir. Tip 2e, tip 2d'ye ulnokarpal ve distal radyoulnar eklem artriti eşlik etmektedir. Ayırıcı tanıda ekstensör karpi ulnaris tendiniti, pisotriketral artrit, ulnar tünel sendromu, hamat kancası fraktürü, ulnar impaksiyon sendromu yer almaktadır.

TFCC yırtıklarının teşhisi ve cerrahi olmayan yönetimi iyi tanımlanmış olmasına rağmen, özellikle açık veya artroskopik olmak üzere optimal cerrahi teknik hakkında tartışmalar devam etmektedir.

Konservatif tedavinin yeterli olmadığı durumlarda ve aşikar distal radyoulnar eklem instabilitesinde cerrahi düşünülmektedir.

TFCC lezyonlarının tedavisinde eklem debridmanı, ulnokarpal ekleme gelen yükün azaltılması (1), distal radyoulnar eklem stabilitesi (2), distal radyoulnar eklem yüzeyi bütünlüğü (3), gelişimsel veya edinilmiş kemik deformiteleri düşünülmelidir. El bileği artroskopik anatomisinin bugünkü yaklaşımla daha iyi anlaşılabilir olması, araçların daha da geliştirilmesi ve daha az invaziv olması nedeniyle çoğu TFCC yaralanmalarında artroskopik cerrahi, optimal tedavi yöntemi olarak kullanılabilmektedir.

Materyal-Metod: Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde Ocak 2021 – Temmuz 2022 tarihleri arasında 14 hastaya TFCC yaralanması tanısı ile yapılan artroskopik operasyon değerlendirilmiştir. Hastaların polikliniğe başvuru şikayetleri el bileğinde ağrı, güçsüzlük ve hareketle olan klik sesiydi. Hastalardaki bu şikayetler günlük fonksiyonlarını sınırlandırmıştır.

Detaylı bir öyküden sonra fizik muayenede press, fovea ve shear testi yapılmıştır. Karşılaştırma yapmak için iki el de muayene edilmiştir. Ön tanıyı değerlendirme amacı ile hastalardan el bileği Manyetik Rezonans Görüntüleme istenmiştir. Başvuran hastaların ortalama yaşı 37.6'dur (13-66); 13'si kadın hastadır. 4 hastada distal radyoulnar eklem instabilitesi mevcuttu. Yaralanma 6 hastada dominant elindeydi.

Hastalar elektif koşullar altında artroskobik operasyona alınmıştır. 12 hasta aksiller blok altında, 2 hasta genel anestezi altında opere edilmiştir. Operasyonda el bileği dorsalinde 3,4 ve 6 R portallerinden stab insizyonla trokarle girilmiştir. Hipertrofik sinoviyal dokular (Resim 1) ile yırtık çevresi shaver ile debride edilmiştir (Resim 2). Böylece resim 3'teki artoskopik görüntüdeki gibi kanlanan pürüzsüz kenarlara ulaşarak TFCC iyileşmesi stimüle edilmektedir. TFCC'de periferik yırtıklar 3-0 PDS sütürü kullanılarak outside-in tekniği ile onarılıp, stabil hale getirilmiştir (Resim 4). Santraldeki yırtıklar ise avasküler yapısından dolayı onarılmamıştır.

Bulgular: Tedavi başarısı değerlendirilirken mevcut ağrı seviyesi, kavrama gücü ve gelişen komplikasyonlar ölçüt olarak alınmıştır. Başlıca komplikasyonlardan sütür ekspozisyonu, ulnar sinirin dorsal duyu dalı nöropraksisi, enfeksiyon, hipertrofik skar, eklem sertliği, ECU tendiniti hiçbir hastada gelişmemiştir. 14 vakadan, 6'sı ameliyat öncesindeki ağrılarının tamamen kaybolduğunu belirtmiştir. 3 hasta ise ağrılarının azaldığını belirtmiştir. 1 hasta ağrılarının ameliyat sonrasında azaldığını ve sonrasında daha az seviyede tekrarladığını ifade etmiştir. Sadece 2 hastada ise ağrılarının devam ettiği görülmüştür. 2 hasta ise post operatif erken dönemde olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır.

Sonuç: Plastik cerrahi polikliniğine sık başvuru şikayetlerinden olan el bileği ağrılarında, TFCC yaralanmaları akılda tutulması gereken önemli konulardan biridir. TFCC yırtığı, ulnar taraflı el bilek ağrısının ve distal radial ulnar eklem instabilitesinin sık sebeplerinden biridir. MR yardımı ile fizik muayene, tanı ve tedavi planlamasına yeterlidir. Akut TFCC travmalarında çoğu hasta büyük bir instabilite yoksa konservatif olarak takip edilebilir. Son 20 yılda, TFCC yaralanmalarını değerlendirmede ve tedavide etmede artroskopik teknikler altın standart olarak kullanılmaya başlanmıştır. Cerrahi teknik ve aletlerin geliştirilmesi ile lezyonların çoğu artroskopik olarak tedavi edilebilmektedir. Bu teknikle komplikasyonlara az rastlanmakta ve çoğu hastada iyi sonuçlar elde edilmektedir.

Kaynakça:

1. Scott W. Wolfe ve Wiliiam C.Pederson: Green's Operative Hand Surgery, Elsevier, 2017
2. Estrella EP, Hung LK, Ho PC, Tse WL. Arthroscopic repair of triangular fibrocartilage complex tears. Arthroscopy. 2007 Jul;23(7):729-37, 737.e1. doi: 10.1016/j.arthro.2007.01.026. PMID: 17637408.
3. Saito T, Sterbenz JM, Chung KC. Chronologic and

Geographic Trends of Triangular Fibrocartilage Complex Repair. Hand Clin. 2017 Nov;33(4):593-605. doi: 10.1016/j.hcl.2017.07.010. PMID: 28991572; PMCID: PMC5729767.

4. Srinivasan RC, Shrouder-Henry JJ, Richard MJ, Ruch DS. Open and Arthroscopic Triangular Fibrocartilage Complex (TFCC) Repair. J Am Acad Orthop Surg. 2021 Jun 15;29(12):518-525. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00998. PMID: 34078841.

Anahtar Kelimeler: artroskop, el bileği ağrısı, tfcc, triangüler fibrokartilaj kompleks

TFCC

Hasta	Lokalizasyon	Yaş	Cinsiyet	Süre	Defekt Yeri	Tip	Ek hastalık
1	Sağ el	31	Kadın	15 yıl	Santral	2	-
2	Sağ el	37	Kadın	1 ay	Santral	1	-
3	Sol el	13	Kadın	2 ay	Periferik	1	-
4	Sol el	36	Kadın	20 yıl	Periferik	2	Sol ulnastiloid process fx
5	Sol el	27	Kadın	1 yıl	Santral	1	
6	Sağ el	66	Kadın	2 ay	Periferik	1	Sağ De Quervain tenosinoviti
7	Sol el	46	Kadın	13 yıl	Santral	2	-
8	Sol el	19	Kadın	3 yıl	Periferik	1	-
9	Sol el	52	Kadın	1 yıl	Periferik	1	-
10	Sağ el	41	Kadın	2 ay	Periferik	1	-
11	Sağ el	44	Kadın	5 ay	Periferik	1	-
12	Sol el	27	Erkek	2 ay	Santral	1	-
13	Sol el	41	Kadın	8 yıl	Santral	2	-
14	Sol el	47	Kadın	5 yıl	Periferik	2	-

TFCC vaka bilgileri

P-081

Parmak Defekti İçin Dorsoulnar Arter Perforatör Serbest Flebi Planlanan Hastada Ulnar Arter Yokluğunun Gözlenmesi: Perforatörün Preoperatif Doppler Ultrason le Değerlendirmesi Tek Başına Yeterli mi?

Burak Ergün Tatar, Caner Gelbal, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Plastik cerrahlar için kritik yapıların ekspoze olduğu volar parmak defektleri her zaman zorlayıcıdır. Bu tip defektlerde lokal flepler, çapraz parmak flepleri, abdominal flepler ve serbest flepler kullanılmaktadır. Serbest dorsoulnar arter perforatör (DUAP) flepleri ve radial arterin yüzeyel palmar dalı (SUBRA) flepleri de kullanılmaktadır. Bu olguda sağ el ikinci parmak defektine yönelik DUAP flebi planlanan bir hastada intraoperatif ulnar arter yokluğu nedeniyle defektin SUBRA flep ile onarımı sunuldu.

Gereç-Yöntem: 34 yaşında erkek hasta sağ el ikinci parmağının volarinde endon ve nörovasküler yapıların açıkta olduğu yara ile başvurdu. Hastaya serbest DUAP flebi planlandı. Preoperatif Doppler ultrason muayenesinde perforatör tespit edildi. Perforatörü diseke ederken, perforatör damarın proksimalinde bir ulnar arterin olmadığını fark edildi. Aynı ekstremiteden kaldırılan SuBRA flebi ile defekt kapatıldı.

Bulgular: Ameliyat sonrası bilgisayarlı tomografide sağ antekübital bölgenin distalinde ulnar arter yokluğu görüldü. Verici ve alıcı alanlarda herhangi bir komplikasyon görülmedi. Uzun süreli motor hareketler doğaldı ve hastanın yaşam kalitesi iyiydi.

Sonuç: DUAP flep planlanan hastaların preoperatif değerlendirilmesinde tek başına Doppler kullanılarak perforatör yerinin belirlenmesi yeterli olmayabilir. Allen testi yapmak ve gelişmiş görüntüleme yöntemleri kullanmak cerrahların kötü bir sürprizle karşılaşmasını önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Dorsoulnar Arter Perforatör Flebi, Parmak Defektleri, Radial Arterin Yüzeyel Palmar Dal Flebi

P-082

Nadir bir el travması: Split hasarlı el rekonstrüksiyonu

Ali Can Aydın, Sabri Öztürk, Onur Zengin, Perçin Karakol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Elde ezilme ya da parçalanmaya yol açan yaralanmalar, polikliniğimize ve acil servise travma kaynaklı başvuruların önemli bir kısmını oluşturur. Aynı zamanda plastik cerrahi pratiğinin önemli bir ağırlığını teşkil eder. Özellikle endüstri ve tarım alanında çalışan kişilerde elin iş makinesine bağlı meydana gelen ezilme ve parçalanma şeklindeki yaralanmaları görülebilmektedir ve fonksiyonel önemini göz önüne aldığımızda bu tür yaralanmalar günlük aktiviteleri kısıtlayabilen ciddi işgücü kaybına yol açmaktadır.

Bu çalışmada 26 yaşındaki bir hastanın odun testeresi kazası sonrası oluşan alışılmışın dışında bir sol el travmasının sunulması amaçlanmıştır. Bu travma, özgün bir yaralanma paterni oluşturmuştur.

Olgu Sunumu: Mart 2022 tarihinde sol elini iş makinesine kaptırma sonrası sol elinde (dominant olmayan el) ağır yaralanma şikayeti ile acil servise ambulans ile getirilen hastaya yapılan ilk müdahalenin ardından tarafımıza yönlendirilmiştir. 26 yaş erkek hastanın yapılan muayenesinde, sol el crush hasarlı ve tüm parmaklarda fleksör zon 1'den el bileği krizine kadar uzanan split tarzı yaralanma izlendi (Resim-1A). Tüm parmaklarında dorsal ve volardan ayrışması, cerrahi olarak eleve edilmiş volar flebi andırmaktadır. Falanks ve karpal kemiklerin multifraktürü (Resim-1C) ile tendon, tendon kılıfı ve pulleylerin ağır hasarlandığı derin laserasyonlar izlenmektedir. Parmak dolaşımları tam izlenmiştir.

Bilinen kronik hastalığı olmayan, sigara içici genç göçmen hasta, olaydan 2,5 saat sonra aksiller blok altında operasyona alınmıştır. Split hasarlı sol elde yapılan eksplorasyonda yaygın hasar izlendi. Karpal kemik fiksasyonu için 3 adet longitudinal Kirschner teli (K-tel) kullanıldı. Sol el D2-D5 proksimal interfalangeal (PİF) eklemleri birer adet K-tel ile fikse edildi. Sol el D2-D3- D4-D5 metakarpofalangeal (MF) eklemleri birer adet K-teli ile fikse edildi. Sol el D1-D2-D5 metakarpalleri birer adet K-tel ile fikse edildi. Sonuç olarak kemik fiksasyonu açısından 11 adet K-teli kullanılmıştır (Resim-1D). Sol el tüm parmaklarda fleksör digitalis superfisialis (FDS) ve fleksör digitali profundus (FDP) tendonları total kesik izlendi. Sol el D3 FDP tendon güdükleri arasında 1,5 cm'lik gap izlendi. D1 fleksör pollicis longus (FPL) tendonu ve D2, D4, D5 FDP tendonları double core modifiye kessler metoduna uygun olarak onarıldı. Sol el D3 FDP tendonları güdükleri arasındaki gapi onarmaya yönelik D4 FDS tendonu greft olarak alındı. Alınan tendon grefti proksimal ve distal uçları double core modifiye kessler metoduna uygun olarak

rekonstrükte edildi. Bowstringi önlemek amacı ile D3-D4 FDS tendonları sakrifiye edilerek D2-3-4'te A2 pulley rekonstrüksiyonu yapıldı. D2-3-4 volar plateleri repoze edilerek onarıldı. Sol elde opponens brevis kası onarıldı (Resim-1B). Cilt fleplerinin adaptasyonunun ardından oluşan cerrahi loja 2 adet penrose dren yerleştirildi. Uygun pansuman ve ön kol ateli takiben operasyona son verildi.

Hasta 7 günlük servis takibinin ardından taburcu edilip, poliklinik takibine alınmıştır. Hastanın takiplerinde herhangi bir erken yada geç dönem komplikasyon gelişmemiştir. Postoperatif 4.haftada fizik tedaviye yönlendirilmiştir. Takiplerinde crush ve split hasarlı sol elde erken dönemde doku bütünlüğünün korunduğu görülmüştür (Resim-1E). Postoperatif 3. ayda fizik tedavi ile beraber el fonksiyonlarının iyileştiği görülmektedir (Resim-1F)

Tartışma: Odun testerelerinin endüstriye girişine yeni bir dizi el yaralanmaları eşlik etmiştir (1). Jaxheimer'in bu tip makinalarla ilgili yaptığı çalışmada 23 travma hastasını incelemiştir. Holm'ün aynı tarz makinalarla ilgili yaptığı çalışmada 52 travma hastasını ele almıştır (2). Bu çalışmalarda ağırlıklı olarak crush yaralanmalar ve ampütasyonlar yer almaktadır (1-2). Endüstriyel el yaralanmalarının insidansı, sağlık ve güvenlik bilinciyle ilgili daha katı yönergelerin ve diğer ilerlemelerin getirilmesine rağmen yüksek olmaya devam etmektedir (3-4).

Sunulan vakanın, diğer odun testeresi kaynaklı el yaralanmalarından ve cerrahi olarak eleve edilen volar fleplerinden farkı bunlardır:

1. Hastanın flepleri travmatik olarak eleve olmuştur. Flepler, cerrahi olarak kontrollü bir şekilde eleve edilmemiştir.
2. Hasar mekanizması olağandışı bir şekilde longitudinaldir. Bu tarz yaralanmalarda, transvers ampütasyon beklenmektedir.
3. Crush yaralanmaya bağlı multifraktürler izlenmiştir. Literatürde, yazarın bilgisi dahilinde benzer hasar mekanizmasına sahip tek bir vaka mevcuttur. Fakat, literatürdeki vakada kemik fraktürü izlenmemiştir (5).
4. Tek aşamalı konservatif bir tedavi ile iyi bir sonuç elde edilmiştir.

Plastik cerrahi genel prensiplerine uygun olarak, volar nekroz gelişme riskine rağmen stratejimiz sol eldeki defekt onarımında zaten olan eleve flebi kullanmaktı. Cerrahi sonuca ve takiplerine göre diğer tedavi prosedürleri değerlendirilmesi planlanmıştır. Sonuç olarak doku nekrozuna rastlanmamıştır.

SONUÇ

El ezilme ve parçalanmalı yaralanmaları kompleks travmalardır ve deri, yumuşak doku, sinir, tendon, damar ve kemik rekonstrüksiyonunun bir arada yapılmasını gerektirebilir. Her bir hastada kurtarma operasyonun risk/yarar oranı farklıdır ve hastanın yaşı, fayda/zarar oranı, eş zamanlı yaralanmalar ve sonuçla ilgili makul beklentilere göre değişir. Genç popülasyonda, multi ve crush travmalarda hastaya özgün şekilde yapılan detaylı tedavi planlamasında iyi sonuçlar elde etmek mümkündür. Cerrahlar bu hasar mekanizmasının tek aşamalı konservatif bir yöntem ile tatmin edici sonuçların alınabileceğinin farkında olmalıdır. Halk ise kesici aletlerin eğitim görmemiş kişilerin ellerinde ne kadar riskli olabileceğinin farkında olmalıdır.

Kaynakça:

1. Jaxheimer EC, Morain WD, Brown FE. Woodsplitter injuries of the hand. Plast Reconstr Surg 1981; 68: 83–88.
2. Holm R. Abstract of hand injuries in the users of hydraulic woodcutters.Ugeskr Laeger 1998; 160: 7255-58.
3. Broback, LG, Ekdahl PH, Aschan GW, Grenabo JK. Clinical and socioeconomical aspects of hand injuries. Acta Chir Scand 1978; 144:455-461.
4. Angermann P, Lohmann M. Injuries to the hand and wrist. A study of 50,272 injuries. J Hand Surg 1993; 18B: 642–44.
5. Maral T, Tuncali D. An unusual hand injury caused by powered woodsplitter--split fingers. Hand Surg. 2000; 5(2):169-74.

Anahtar Kelimeler: crush yaralanma, el travması, el acilleri, split yaralanma

Resim 1

Split hasarlı elin preoperatif (A), peroperatif (B), postoperatif 2.gün (E) ve 3. ay (F) görüntüsü ile osseöz fraktürlerin preoperatif (C) ve postoperatif (D) görüntüsü

P-083

Doğuştan Yarık Ayak ve Sindaktili Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Yasir Vural[1], Nuh Evin[1], Can Koç[1], Gökçer Uzar[2], Murat Sarıtaş[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi,Ortopedi ve Travmatoloji ABD, İstanbul

Giriş: Yarık ayak; ayağın uzun hattına paralel santral hat üzerinde defekt ile karakterize nadir bir konjenital anomalidir. Çoğunlukla elde yarık da patolojiye eşlik etmektedir. Defekt median apikal ektodermal sırtın yetersiz aktivitesi nedeniyle gelişir, bu da hücre ölümünde artışa veya hücre proliferasyonunda azalmaya yol açar. Hastalığın prevelansı 1/90000 yenidoğan ve 1/120000 toplam nüfustur.[4] Defekt izole veya bir sendromun parçası halinde görülebilir ve çift taraflı görülme sıklığı daha fazladır. Yarık ayağın cerrahi tedavisinde düz çizgi şeklinde veya dörtgen fleplerle yarık ayağın kapatılması, başparmağın varus deformitesi için eklem kapsülünün serbestleştirilmesi ve Kirschner teli ile tespit veya gerekli olgularda metatarsal osteotomi yapılması gerekmektedir.

Yarık ayak deformitesi etkilenen parmak ve metatarslara göre Blauth ve Borisch [1] tarafından radyolojik olarak sınıflanarak altı tipe ayrılmıştır;

Tip 1; normal sayı ve anatomide metatarslar, 2-4 parmaklardan birinde kısmi veya tam eksiklik vardır. Tip 2; beş metatars var, metatarsların birinde hipoplazi veya sinostoz, bir veya iki parmakta eksiklik vardır.

Tip 3; dört metatars var, bazıları hipoplastik, 2 veya 3 parmak eksik, metatarslarda sinostoz sıktır.

Tip 4; üç metatars var, ortadaki üç parmak eksik, 1. Ve 2. metatarslarda sinostoz, tarsal kemik aplazileri(orta kuneoform) var.

Tip 5; dış yanlardaki iki metatars ve iki parmak mevcut, tarsal aplazi ve sinostoz var.

Tip 6; beşinci metatars ve parmak var, kuboid, kuneoform ve naviküler kemiklerde sinostoz var.

Sindaktili ayağın 2. en sık konjenital anomalisidir. Embriyolojik gelişim döneminde apoptoz hatası sonucuyla kaynaklanan ve web boşluğu persistansı ile sonuçlanan bir deformitedir. izole olabileceği gibi Apert, Crouzon, Carpenter gibi sendromlara eşlik edebilir. İzole sindaktilinin prevelansı 2.2/10.000 canlı doğumda gözlenmiş olup, izole ayak sindaktilisi izole el sindaktilisinden 4 kat daha sık karşılaşılmaktadır.[5] Ayak sindaktilisinde cerrahi teknik; web serbestleştirilmesi, dorsal comissural flap ile onarım ve kutanöz yenilenme için spontan epitelizasyon veya tam kat deri grefti ile onarım gibi teknikler uygulanabilir.

Yarık ayak ve sindaktili birlikteliği SHFM(split hand –feet malformations) başlığı altında gözlenmektedir. SHFM'nin insidansı 1/90000 yenidoğandır. SHFM sistemik bulguların eşlik ettiği sendromik ve sistemik bulguların eşlik etmediği izole el ayak bulgularıyla gözlenen non-sendromik form olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir.[3]

Bu çalışmada Blauth-Borisch tip 2 ayak yarığı ve 1. web sindaktilisi olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 5 yaşında kız hasta doğuştan oluşan, sağ ayak yarığı ve sindaktili ile kliniğimize başvurdu.

Hastanın tempolu yürüyememe, normal ayakkabı giyememe ve ayak görseli bozukluğu şikayetleri vardı.

Genel fizik muayenede; sağ ayak 1. web aralığında basit inkomplet sindaktili ve geçirilmiş sindaktili cerrahi skarı, halluks varus deformitesi, sağ ayak 2. web aralığında Blauth-Borisch tip 2 ayak yarığı ve sol ayak 1. web aralığında opere komplet sindaktili kaynaklı skar mevcut. Ek anomali ve sistemik sendrom bulgusuna rastlanmadı. Miadında makat prezentasyonu ile doğum öyküsü mevcut, herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hastanın dayısında bilateral ayak 1. webde sindaktili öyküsü vardı.

Özgeçmişinde; 1.5 yaşında dış merkezde bilateral ayak 1. web sindaktili cerrahisi geçirmiş, sol ayak sindaktilisi düzelirken sağ ayak sindaktilisi düzelmemiş.

Radyolojik değerlendirmede sağ ayak 2. metatars kemiği hipoplazik, 2. metatarsofalengeal eklem sublukse ve varus deformitesi gözlendi. Hastanın görüntülemeleri üzerinden yapılan 2. metatars hipoplazisi ve 2. parmak proksimal falanksta hiperplazinin eşlik ettiği Blauth ve Borisch sınıflamasına göre tip 2 yarık ayağa sahipti.

Cerrahi teknik: Genel anestezi ve turnike altında, loop büyütme eşliğinde sağ ayak 2. web ve ayak dorsumunda yapılan lazy s insizyonla girildi. Sağ ayak 2. web aralığındaki deformite için dorsumda metatars orta hat hizasından başlayan Lazy-S insizyon plantar bölgeye kadar uzatıldı. Parmak damar ve sinir paketleri korunarak 2. ve 3. Parmak metatars kemiği eksposure'u sağlanana kadar dikkatli diseksiyona devam edildi.

2. metatarsofalangeal eklem eksplore edildi. Mediale olan eklem angulasyonunu ve kontraktürünü düzeltmeye yönelik eklem kapsülü medial yüzüne z-plasti yapıldı. 2. metatars distali ve proksimal falanksın proksimalindeki eklem yüzeyleri bistüri ile kaldırılıp, distalden proksimale doğru 2. metatarsofalangeal eklem intramedüller K-teli ile eklem doğru açıda sabitlendi. Ardından üçüncü parmak proksimal falanks subluksasyonu tespit edilip, 3. parmak distalden proksimale doğru distal interfalangeal, proksimal interfalangeal, metatarsofalangeal eklemler intramedüller K-teli ile tespit edildi.

Sağ ayak yarık bölgesindeki 1. web basit sindaktili için tüm yapışıklıklar serbestlendi. 1. Web lokal fleplerle parmak yüzleri ise sağ inguinal kıvrımdan alınan tam kat deri greftiyle rekonstrükte edildi.

Cilt insizyonları kapatıldı. Pansuman ve atel ile operasyona son verildi.

Takip ve rehabilitasyon: Post op 1. Günde taburcu edilidi. 3 günde greft pansumanı açıldı. 6 hafta kısa bacak atel ile takip edildi. Operasyon sonrası 6. Haftada atel çıkarıldı.

2 ay ayak üzerine yük binmemesi adına topuğa basarak yürütülmesi önerildi. Operasyon sonrası 2. Ayda K-telleri çıkarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Yarık ayağın tedavisinde amaç yürüme bozukluğu olmaması, yürürken ağrı olmaması ve hastanın normal ayakkabı giymesi yanında görünümünün de mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Yarık ayak cerrahi tedavisi çocuk yürümeye başlamadan önce, tercihen 6-8. Ayda yapılması önerilmektedir. Böylece ayağa yük binmesi ile parmaklarda oluşabilecek şekil bozukluklarının önüne geçilmiş olur. Basitçe yarığın cildinin çıkarılması ve dokuların bir araya getirilerek dikilmesi her zaman her zaman en iyi sonucu vermez. Cerrahi tedavi yönteminin olgunun özelliklerine göre seçilmesi gerekir.

Ayak sindaktilisi tedavisi hastanın klinik prezentasyonuna göre değişmektedir. Sindaktili cerrahisinin temel prensipleri parmakların ayrılması, cilt kapatılması ve parmak fonksyonlarının sağlanmasıdır. Kemik yapının da dahil olduğu kompleks vakalarda erken tedavi ile kemiklerin ayrılması ve eklem deformitelerinin gelişmesi önlenmeye çalışılmalıdır. Kemik yapı dahil değilse, tam kat deri greftiyle onarım estetik açıdan ve ameliyatın

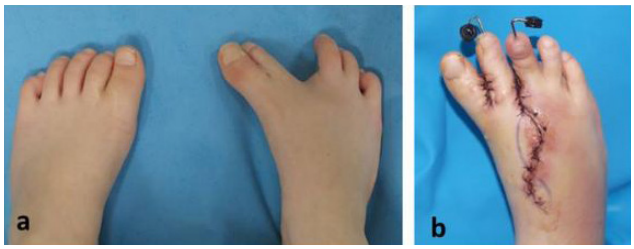
teknik zorluklarından ötürü daha az tercih edilir olmuştur. Yeterli kapama alanı sağlamak için Z-plasti gibi lokal flep kullanımı yara kontraktürünü önleme avantajı sebebiyle uygundur. Başka bir seçenek, distal metatarsın dorsal ve plantar yüzeylerini içeren 2 flep kullanımıdır. Sindaktili onarımının yaygın komplikasyonları; parmakların lateral yüzeyleri boyunca uzanan nörovasküler yapıların hasar görmesine bağlı parmaklarda vasküler ve duyusal bozuklar gelişmesi, parmaklarda duyu azalması sebebiyle flep nekrozu gelişmesidir. [2]

Kaynakça:

1. Doğuştan yarık el ve ayak: literatürün gözden geçirilmesi ve 2 olgu sunumu Fırat Tıp Dergisi (M. İhsan Okur, A.Mustafa Yıldırım, Rüştü Köse)
2. Reconstruction of simple incomplete syndactyly of the foot (Anthony M. Kordahi, BA, Laurel S. Karian, Mark S. Granick)
3. Split-hand/feet malformation:A rare syndrome(Bahubali D. Gane, P. Natarajan)
4. Cleft foot: A case report and review of literature (Sergey S. Leonchuk, Andrey S Neretin, Anthony J Blanchard)
5. Foot Syndactyly:A Clinical and Demographic Analysis (Jong Ho Kim, Byung Jun Kim, Sung Tack Kwon)

Anahtar Kelimeler: YARIK AYAK, SİNDAKTİLİ, OLGU SUNUMU

Resim 1



a) Preop, b) Postop erken dönem

P-084

Nadir Görülen Kapalı Degloving Yaralanması: Morel-Lavallée Lezyonu

Cansu Yalçın, Yavuz Yıldırım, Ergin Seven, Hülda Rıfat Özakpınar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: İlk olarak 1853 yılında Fransız cerrah Maurice Morel-Lavallée tarafından tanımlanan Morel-Lavallée Lezyonu(MLL), tipik olarak yüksek enerjili travma ile ilişkili kapalı bir degloving yaralanmasıdır.

Yaralanmanın şiddetine bağlı olarak, cilt ve cilt altı yağ dokusunun, derininde bulunan derin fasyadan aniden ayrılması sonucu seromadan hematoma kadar çeşitli cilt altı sıvı koleksiyonlarının perifasyal planda organize olması sonucu oluşur. Perifasyal planda oluşan bu ekspansif kolleksiyon, enflamasyon kaskadını uyararak fibröz kapsüle neden olmaktadır. Bu kapsül formasyonu müdahale edilmediği takdirde, cildi besleyen perforatörlerde dissekan etki oluşturarak cilt perforatörlerinin ayrışmasına, sonucunda da ciltte ve cilt altı yumuşak dokuda nekrotik alanlara neden olmaktadır. Bu, teşhis edilmesi zor olabilen ve en iyi sonuçları elde etmek için erken teşhis ve tedavi gerektiren nadir bir yaralanmadır. Yanlış veya geç tanı alan hastalarda, etkilenen alanda enfeksiyon ve cilt nekrozu görülebilmektedir.

Motorlu araç kazaları bu lezyonların çoğundan sorumludur ve %50'den fazlası yüksek enerjili yaralanmalardan kaynaklanmaktadır. Bu lezyonların önemli bir kısmı, altta yatan kemik kırıkları ile birlikte görülür. Alt ekstremite fraktürleri vakaların %60'ından fazlasında mevcuttur ve çoğu fraktür büyük trokanter, pelvis ve asetabulumda görülür. Kadın cinsiyet ve vücut kitle indeksinin 25 veya daha yüksek olması kabul edilen risk faktörlerindendir.

Olgu 1: Araç dışı trafik kazası sonucu kapalı pelvis fraktürü nedeni ile Ortopedi kliniği tarafından opere edilen 49 yaşında kadın hasta, geç tanı konulan MLL sonucu sol trokanterik alan cildindeki nekrotik alanlar nedeniyle Ortopedi kliniği tarafından debride edildi ve sol trokanterik doku defekti nedeni ile kliniğimize devredildi. Hastaya geriye dönük olarak Kronik MLL tanısı kondu. Gerekli preoperatif prosedürler sonrası, debridman yenilendi. Oluşan 15*15cm defekt, lokal cilt flepleri ve kısmı kalınlıktaki cilt greftleri ile kapatıldı. Postoperatif dönemde immobil takip edilen hastanın, operasyon sonrası 14. günde taburculuğu yapıldı.

Olgu 2: Düşme sonucu sol kruris anterior yüzde kapalı travma oluşan 80 yaşında kadın hasta, travma ardından 3. Haftada buz yanığı sonrası ciltte nekroz ile kliniğimize başvurdu. Hastada fraktür yoktu. Düşme sonrası sol bacak lateralindeki ödemi azaltmak için soğuk kompres uygulayan hastaya birinci basamak merkezde buz tanığı tanısı koyuldu. Preoperatif prosedürler ardından, geniş debridman yapıldı. Operasyon sırasında, sol bacak lateralde suprafasyal planda eski hematom olduğu görüldü. Hastanın nekrotik lezyonunun yanlış tanı konulan kronik MLL olduğu anlaşıldı. Nekroz debridmanı sonrası oluşan 15*10cm defekt, uyluktan elde edilen kısmı kalınlıktaki deri greftleri ile kapatıldı. Hasta postoperatif 5. Günde, taburcu edildi.

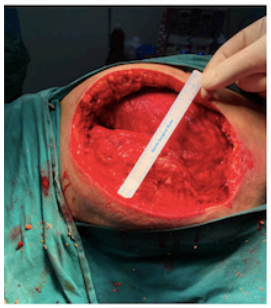
Tartışma: Günümüzde net bir tedavi algoritması bulunmamasına rağmen, terapötik kararlar klinik semptomlara, lezyon boyutuna, ciddiyetine, yaşına ve eşlik eden hastalıklara dayanmalıdır. Shen ve ark. tarafından, lezyonlar akut ve kronik olarak sınıflandırılmıştır. Akut MLL için öncelikli bir yöntem tanımlanmamıştır. Tanı alan akut lezyonlar; konservatif tedavi ile takip edilebilmektedir ancak lezyonun büyüklüğüne göre enfeksiyon veya yumuşak doku nekrozu gibi komplikasyonları önlemek için erken debridman, perkütan aspirasyon veya sklerodez göz önünde bulundurulmalıdır.

Komplike olan kronik lezyonlar için ise, açık rezeksiyon ve cerrahi debridman gereklidir.

Sonuç: Bu iki olgu, bu nadir tanıyı ve travma sonrası klinik tablo ile başvuran hastalarla karşılaşıldığında göz önünde bulundurulmasının önemini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur. Genelde fraktüre eşlik eden bu lezyonun, travma sonrası fraktür bulunmayan hastalarda da oluşabileceği akla getirilmelidir. Erken tanı ve tedavi önemlidir çünkü erken müdahale yumuşak doku nekrozu, enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonları önleyebilir ve daha iyi sonuçlara yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Kapalı Degloving yaralanma, Morel-Lavallée lezyonu, Posttravmatik yaralanma

Olgu 1



Pelvis Fraktürü Sonrası Posterior Trokanterik Bölgede Görülen MLL ve Debridman Ardından Rekonstrüksiyonu

P-085
A2 Pulleye Bağlı Tetik Parmak – Olgu Sunumu

Oğuzhan Karakoç, Selman Hakkı Altuntaş

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Tetik parmak elde ağrı ve fonksiyon kaybına neden olan, kadınlarda erkeklerden 6 kat daha sık görülen yaygın bir bozukluktur. Literatürde kalınlaşmış A1 pulley altında fleksör tendonların tuzaklanması ve zamanla inflamasyona bağlı olarak tendonların pulleye komşu yüzlerinde nodüler yapı meydana gelmesi ile oluştuğu belirtilmektedir. Başlangıçta fleksiyon hareketinde ağrı ve zamanla parmağın fleksiyonda kilitlenip ekstansiyona getirilememesine kadar progresyon gösterebilir.

Literatürde A1 pulley üzerinde durulmuş olunsa da A2 pulleye bağlı olan çok az sayıda vaka da bildirilmiştir. Bu durumda A1 pulley serbestlemesi semptomlar açısından hiçbir düzelme sağlamayacaktır. (Kaynak 2)

Olgu: 3 yıldır aşçılık yapan 22 yaşında kadın hasta sağ el 2. Parmağının kıvrılmasının ağrılı olması, parmağının fleksiyonda takılması ve açılması sırasında zorlanması şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde proksimal falanks üzerinde nodül palpe edilen hastanın fleksör tendonlarının A2 pulley seviyesinde takılma yaşadığı tespit edildi.WALANT yöntemi ile opere edilen hastada intra-op A2 pulleyde kalınlaşma ve fleksör tendonda nodül gözlemlendi(Fotoğraf 1). Ardından A2 pulley distalden, proksimal yarısı korunacak şekilde serbestlendi. (Fotoğraf 2) İntra-op parmak fleksiyonunda rahatlama görüldü fakat tam fleksiyon hareketinin sonlarında takılma devam etmekteydi. Tendonlardaki sıkışmaya bağlı inflamasyonun azalması sonucu kalan A2 pulley kısmında takılmanın sonlanacağı öngörülerek operasyon sonlandırıldı. Post-op takiplerinde fizik tedaviye yönlendirilen hastanın fleksiyon hareketinin nerdeyse tamamında rahatlama görüldü.

Tartışma: Tetik parmak tedavisinde steroid enjeksiyonu, peruktan serbestleme ve cerrahi olarak pulley serbestlenmesi tedavi seçenekleri arasındadır. Literatürde A2 pulleye bağlı tetik parmak vakaları oldukça nadirdir. Tedavisinde tendonun nodüler kısmının eksize edilmesi ile tendon hacminin azaltılması, pulleyin serbestlenip yeniden onarılarak genişletilmesi(Kaynak 1) yöntemleri bildirilmiştir. Biz bu vakada tendondaki nodül yapısının A2 pulleyin distal kısmındaki kalınlaşmaya bağlı inflmasyona bağlı olduğunu düşündüğümüz için ve tendona müdahalenin infalmasyonu daha çok arttıracağını öngörerek tendon yerine pulleye müdahale etmeyi tercih ettik.

Sonuç: Tetik parmak çok sık karşılaşılan ve genellikle günübirlik prosedürler ile tedavi edilip iyi sonuç alınan bir tendinopatidir. Çok sıklıkla A1 kaynaklı olması nedeni ile yanlış tanı alması zor olmamaktadır.

Kaynak 1: Kazuo I, Naoki O Trigger finger at the A2 pulley in children – two case reports https://doi.org/10.1016/j.bjps.2010.02.014

Kaynak 2: Trigger Finger of a Distal A2 Pulley Journal of Hand Surgery (European Volume, 2007) 32E: 2: 210–213

Anahtar Kelimeler: A2 Pulley, Tetik Parmak, Tendon

Örnek Vaka

P-086
İleri Evre Nüks Lenfödem Hastasında Kaposi Sarkomu Gelişimi; Nadir Bir Olgu

İlker Uyar[1], Mehmet Emin Cem Yıldırım[2], Burak Şen[1], Emrah Patat[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Serbest Hekim

Giriş: Lenfödem hastalığı dokuda hücreler arası sıvının artması olarak tanımlanabilir. Sonuçta o bölgede ödem oluşması halidir. Hücreler arası sıvı lenfatik sistem tarafından dengelenir. Lenf sistemi hücrelerarası sıvı alışverişinde yetersiz kalırsa lenfödem gelişir. Lenfödem daha çok kol ve bacaklardaki lenf sistemi yetersizlikleri sonucu o bölgelerde oluşur. Bu olguda ileri evre kronik lenfödem hastasının tedavi ve takibinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Daha önce sol diz altından başlayıp ayak dorsumunu da içine alan lenfödem nedeniyle dış merkezde Charles operasyonu geçiren hasta. lenfödemin tekrarlaması ve ağrılarının artması üzerine tarafımıza başvurdu.

Spinal blok altında sol ayak dorsumu ve sol tibia ön yüzde bulunan lipodistrofik dokular ve cilt eksize edildi. Sol uyluk ön yüzünden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım sağlandı. Hasta postoperatif yağlı pansuman ile takip edildi. Postop takiplerde yara yerinde enfeksiyon ve yer yer nekroze alanlar gelişen hasta debridmana alındı. Nekroze ve enfekte dokular temizlendi.

Postoperatif 42. Günde uzun süredir devam eden ayak tabanındaki hiperkeratoz nedeniyle dermatolojiye danışılan hastadan alınan punch biyopsi sonucu kaposi sarkomu (HHV-8: (+) CD 34: (+)) olarak sonuçlandı.

Radyasyon onkolojisi ve onkolojiye danışılan hastaya radyoterapi planlandı. Radyoterapi tedavisi tamamlanan hasta postoperatif 85. günde taburcu edildi.

Tartışma: Kaposi sarkomu için HHV-8 önemli bir predispozan etkendir. Risk faktörleri arasında hastalığın veya belirli ilaçların yarattığı immün yetmezlik ve kronik lenfödem sayılabilir. Kronik lenfödem ve kaposi sarkomu birlikteliği oldukça nadir görülen bir durumdur. İleri evre ve nüks lenfödem vakalarında buna yönelik inceleme mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Charles, kaposi sarkomu, lenfödem

Figür

P-087

Tenar Bölgede İntramuskuler Yerleşimli Lipom: Olgu Sunumu

Mahmut Tekecik, Moath Zuhour, Arda Soylu, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce

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

Giriş: Lipomlar, matür adiposit hücrelerinden gelişen mezenkimal orjinli benign tümörlerdir (1). Lipomlar yağ içeren herhangi bir bölgede gelişebilmekle birlikte yumuşak doku mezenkimal tümörlerin yaklaşık %16'sını oluştururlar (2). Lipomların etyolojisi kesin olarak belirlenememiş olup, inflamatuar süreçler,genetik bozukluklar, obezite, hiperkolesterolemi ve travma oluşumundan sorumlu tutulmuştur (3). Lipomlar yüzeyel ve derin yerleşimli olabilir. Yüzeyel yerleşimli olan daha yaygındır ve subkutan yağ dokuyu içerir,derin yerleşimli olanlar ise fasya altında yer alırlar (4). Bu olgumuzda tenar bölgede derin intramuskuler yerleşimli lipom hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaş erkek hasta birkaç senedir bulunan sol elde ağrısız kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol el tenar eminens volar yüzde inspeksiyonda sınırları düzenli şişlik mevcuttu. Palpasyonda ise semi-mobil,yumuşak solid kitle saptandı. Kitle üzerindeki deride herhangi bir ülserasyon veya inflamatuar reaksiyona rastlanmadı. Parmakların duyu muayeneleri doğalken,sol el 1. parmakta kitle etkisine bağlı oppozisyonda kısıtlılık mevcuttu. Hastanın ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemeleri yapıldıktan sonra genel anestezi altında operasyona alındı. Tenar eminens volar yüzdeki kitle üzerinden insizyon yapıldıktan sonra cilt, ciltaltı geçilerek tenar kaslara ulaşıldı.Tenar kaslar split edilerek kitleye ulaşıldı. Kitle diseksiyonla tenar kaslardan ayrılarak enblok çıkartıldı ve patolojik incelemeye gönderildi. Median sinirin motor ve duyu dalları görülerek korundu.

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmaması üzerine hasta postoperatif 1. günde antibiyotik ve anti-inflamatuvar tedavileri düzenlenerek taburcu edildi. Takiplerde nüks ya da geç komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Lipomlar, matür adiposit hücrelerinden gelişen mezenkimal orjinli benign tümörlerdir(1). Lipomlar tüm yumuşak doku tümörleri arasında en sık görülen yumuşak doku neoplazilerindendir. Prevelansının 100 kişide 2.1 olduğu tahmin edilmektedir. Lipomlar sıklıkla asepmtomatiktir. Semptomatik olduğunda ağrı, hassasiyet, eklem hareket açıklığında kısıtlılık ve sinir bası bulguları görülebilir. Klinik muayene ise nonspesifik olup inspeksiyonda kitle görülebilir. Lipomlar yüzeyel ve derin yerleşimli olarak kategorize edilebilir. Yüzeyel yerleşimli olanlar daha sık görülürken, derin lipomlar yüzeyel olanlarla karşılaştırıldığında daha nadir görülür. Geniş serilerde sadece %1-2' si derin lipom olarak bulunmuştur(5). Derin yerleşimli lipomlar intermuskuler ve intramuskuler lokalizasyonda olabilir. İntramuskuler lipomlar sıklıkla ekstremitelerde büyük kas grupları içinde(uyluk,deltoid,kol vb) yer alırlar.El yerleşimli intramuskuler lipomlar oldukça nadir görülür(4).

Radyolojik incelemelerde ilk olarak ultrasonografik görüntüleme kullanılabilir.Derin yerleşimli lipomların görüntülemesinde ise manyetik rezonans görüntüleme ile daha net değerlendirme yapılabilir. Kitlenin yerleşimi, etraf dokularla ilişkisi açısından radyolojik incelemeler preoperatif değerlendirme için kullanılmaktadır. Lipomların kesin tanısı ise histopatolojik inceleme ile belirlenmektedir. Lipomların tedavisi enblok cerrahi eksizyondur. Dev lipomlarda dahi malign transformasyon riski oldukça düşüktür(2). Derin yerleşimli lipomlarda enblok eksizyon cerrahi açıdan zorlayıcı olabilmektedir.Komplet eksizyon sonrası rekürrens oranı %5'ten az olarak raporlanmıştır. Nüks derin yerleşimli ve infiltratif lipomlarda; diseksiyon sırasında nörovasküler yapılara ve kas dokusuna zarar vermekten kaçınıldığı için daha sık görülür.

Sonuç: Tenar bölgenin intramuskuler lipomları nadir görülen,malign transformasyon riski düşük genellikle iyi huylu lezyonlardır. Tedavi seçeneği komplet cerrahi eksizyondur. Eksizyonun ana amacı genellikle el hareket fonksiyonunu artırmak, kozmetik görünüş ve eğer varsa sinir bası etkisini ortadan kaldırmaktır. Komplet eksizyon sırasında diseksiyon yapılırken etraf nörovasküler yapılar ve kas hasarını önleme açısından dikkatli olunmalıdır.

Lipomların malign dönüşüm riski düşük olsa da dikkatli bir patolojik inceleme iyi diferansiye liposarkomdan ayırt edilmesi için önemlidir.

Kaynaklar:

1. Berlund P, Kalamaras M. A case report of trigger wrist associated with carpal tunnel syndrome caused by an intramuscular lipoma. Hand Surg. 2014; 19(2):237-9.
2. Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma: factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. Acta Orthop Scand. 1983; 54(6):929–34.
3. Schrofft H, Hager D, Dunst KM, Huemer GM. Giant lipoma of the thenar. Images in Clin Med 2007;119(5–6):149.
4. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. Histopathology. 1988; 12(3):275-87.
5. Myhre-Jensen O. A consecutive 7-year series of 1331 benign soft tissue tumors: clinicopathologic data. Comparison with sarcomas. Acta Orthop Scand 1981; 52:287–293.
6. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, Pope TL, Gannon FH, Kransdorf MJ. From the archives of the AFIP: benign musculoskeletal lipomatous lesions. Radiographics. 2004; 24(5):1433-66.

Anahtar Kelimeler: intramuskuler, lipom, tenar, yumuşak doku tümörü

Tenar Bölge İntramuskuler Lipom

Tenar Bölge İntramuskuler Lipom İntraoperatif görüntüler

P-088

Palmar Bölgede Aberan Süperfisyal Fleksör Digitorum Kas Gövdesinin Mevcut Olduğu Bir Olgunun Sunumu

Emre Özbey, Hayri Ömer Berköz, Erol Kozanoğlu

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

Amaç: Süperfisyal fleksör digitorum kası, ön kol anterior kompartmanının en geniş kasıdır. Humeroulnar ve radial baş olarak humerus distali ile ulna ve radius proksimal kısımlarından başlayarak bileğe doğru kas gövdesini kaybederek 4 tendona ayrılıp karpal tünel içerisinden geçerek 2-5. parmakların orta falanklarının proksimalinde sonlanmaktadır. Median sinir tarafından innerve edilmektedir. Ana görevi kasıldığında metakarpofalangeal eklem ile proksimal interfalangeal eklemlere fleksiyon yaptırmaktır. Bu sunumda amacımız bu kasın tendon olarak var olduğu bölgelerde kas gövdesinin de var olabileceği ve mevcut bölgedeki kitlelerin ayırıcı tanısına girdiğini göstermektir.

Hasta ve Yöntem: Olgumuz 17 yaşında kadın hastadır. 15 Mart 2022 tarihinde hasta, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı El Cerrahi Polikliniği'ne sağ el Verdon Fleksör Zon 3'te yaklaşık üç yıldır hasta tarafından fark edilen, 4x3 santimetre büyüklüğünde kitle ile başvurmuştur. Yapılan fizik muayenesinde Verdon Fleksör Zon 1, 2 ve 3'te hipoestezi veya parestezi ile karşılaşılmamış, parmakların motor muayenesi doğal olarak saptanmıştır. Başvurusunda yaptırılan manyetik rezonans görüntülemesinin raporlanmasında palmar bölgede aksesuar kas gövdesinin mevcut olduğu belirtilmiştir. Yapılan peroperatif eksplorasyon sırasında kitlenin Verdon Fleksör Zon 3'te ikinci parmağın süperfisyal fleksör digitorum kası olduğu ve proksimal ve distalinde tendon olarak devamlılığının olduğu anlaşılmıştır. Kas gövdesi dikkatlice diseke edildiğinde içerisinde daha ince yapıda tendinöz yapının bulunduğu ve bu yapının proksimal ve distaldeki tendonuyla bağlantılı olduğu saptanmıştır. Kas gövdesi rezeke edilmiş, açığa çıkarılan tendon plike edilerek uygun tansiyonda çalışması sağlanmıştır.

Sonuç: Süperfisyal fleksör digitorum kasının sadece tendon olarak var olduğu Verdon Fleksör Zon 3'te nadiren kas gövdesinin de var olabildiği ve palmar bölge kitlelerinin ayırıcı tanısına girdiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Süperfisyal Fleksör Digitorum, Aksesuar Kas, Aberan Kas Gövdesi, Palmar Bölge Kitleleri, Verdon Fleksör Zon 3

P-089

Distal Alt Ekstremite Defektinin Dorsalis Pedis Ada Flebi ile Onarımı

Ali Can Aydın, Agit Sulhan, Saruhan Mahmutoğlu, Yunus Ertaş, Perçin Karakol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Distal alt ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonu Plastik cerrahlar için her zaman zorlayıcı bir problem olmuştur. Bu alanın rekonstrüksiyonunda karşımıza çeşitli seçenekler çıkmaktadır; deri greftlemesi, lokal flepler, cross-leg uygulamaları, perforatör flepler veya serbest flepler gibi çeşitli rekonstrüksiyon seçeneklerinin her birinin kendine ait birtakım avantajları ve kısıtlamaları mevcuttur (I). Alt ekstremite onarımlarında kullanılan seçeneklerden biri de dorsalis pedis ada flebidir. Bu çalışmamızda kliniğimizce dorsalis pedis ada flebi ile onarımı gerçekleştirilen bir vaka sunulmuştur.

Gereç ve Yöntemler: 67 yaşında, kadın hasta, yaklaşık 40 yıl önce sıcak su ile yanma sonrası oluşan sağ ayak bileğinde doku kaybı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Bu bölgedeki doku defektine yönelik 2016 ve 2020 yıllarında dış merkezde greft operasyonu yapılmıştı. Aralık 2021 tarihinde sağ ayak dorsumunun lateralinde marjolin ülseri ön tanısı ile tarafımızca eksizyonel biyopsi operasyonu yapıldı. Hastanın patoloji sonucu kronik iltihabi ülser ile uyumlu geldi. Daha sonra hasta 40 yıldır ayak bileğinde var olan doku defekti sebebiyle tarafımızca operasyona alındı.

Olgu: Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol ayak bileğinde 2016 ve 2020 yıllarında yapılan operasyona ait medialde 3x4 cm boyutunda ve lateralde 5x6 cm boyutlarında adapte greft alanları izlendi. Hastanın sağ ayak bileği lateralinde yaklaşık 4x4 cm boyutunda yaygın skar içeren doku defekt alanı mevcut idi. Ayrıca krus posteriorunda yaygın yanık skarları mevcuttu. Ayak bileği lateral alanını kapamaya yönelik dorsalis pedis ada flebi

tercih edildi. Hasta Ocak 2022 tarihinde operasyona alındı. Operasyon sırasında, defekt alanının temizlenmesi ve debridmanının yapılmasını takiben rekonstrüksiyon amaçlı dorsalis pedis bazlı dermoadipöz bazlı ada flebi tasarlandı. Cilt adası oblik olarak belirlendi. Belirlenen insizyon hattından girilerek paratenon üzeri plandan flep eleve edildi. Yapılan diseksiyon ile flebin süperomedial ucunda dorsalis pedis distali görünerek korundu. Flebe rotasyon sağlanarak adaptasyon sağlandı. Flep donör sahasını kapatmaya yönelik sağ inguinal bölgeden alınan TKDG flep donör sahasına adapte edildi.

Tartışma: Çalışmamızda kullanılan Dorsalis Pedis ada flebi alt ekstremite rekonstrüksiyonlarında diğer fleplere alternatif olarak değerlendirilebilir. Distal alt ekstremitenin yumuşak doku defektlerinin rekonstrüktif cerrahisi birtakım zorluklar içermektedir. Distal alt ekstremite defekt onarımında dorsalis pedis kullanımına ait literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu flebin dezavantajları arasında, donör bölgesinin morbiditesi, bu bölgenin greftlenmesi gerekliliği ve ayağın önemli kan damarlarının kullanılması gösterilebilir. Bu sebeplerden dolayı günümüzde bu flebin kullanımı pek popüler değildir(II) ancak seçilmiş hastalarda dikkatli bir diseksiyon ile bu flep kullanılabilir.

Sonuç: Distal alt ekstremite defektlerinin onarımında Dorsalis Pedis flebi her zaman akılda tutulması gereken, komplike hastalarda doğru bir şekilde planlandığında ve incelikle diseksiyonu yapıldığında defekt kapatımına olanak sağlayan güvenilir bir fleptir.

Kaynaklar:

(I) Akhtar S, Khurram F, Choudhary R, Khan AH, Ahmad I, Rashidi E. Use of dorsalis pedis artery fl ap in the coverage of distal lower leg defects. J Orthop Traumatol Rehabil 2014;7:69-72

(II) Hughes LA, Mahoney JL. Anatomic basis of local muscle fl aps in the distal third of the leg.Plast Reconstr Surg 1993;92:1144-

Anahtar Kelimeler: alt ekstremite flepleri, dorsalis pedis, flep

P-090
Önkol Volar Yüz Defekt Onarımında PIA Flep Kullanımı

Ali Can Aydın, Saruhan Mahmutoğlu, Abdullah Çölçınar, Yasin Canbaz, Perçin Karakol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Posterior Interosseöz arter bazlı perforatör flep daha çok distal önkol ve elin dorsal yüzünde, birinci web aralığında, baş parmağın proksimal interfalangeal eklemine dek olan kısımlardaki doku defektlerini kapatmaya yönelik kullanılır. Ayrıca bu alanlar haricinde bu flep, proksimal önkol volar yüz defektlerinde de kullanılabilir (I). Bu çalışmamızda, önkol volar yüzde doku defekti olan hastaya PIA flep ile rekonstrüksiyon yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 64 yaşında, dermatomyozit tanılı, yaklaşık 1 yıldır süregelen el bilek ağrısı şikayeti olan hasta Mayıs 2022 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Hastanın dış merkezde çekilen MR raporunda tenosivit ve skafoid kemikte kist ön tanıları mevcut idi. Hasta tarafımızca Mayıs 2022 tarihinde bu ön tanılar ile operasyona alındı. Operasyon sırasında tüm fleksör tendonların etrafını saran bir kitle formasyonu görüldü ve kitle eksize edildi. Hastanın patoloji sonucu nekroz gösteren kronik iltihabi granülomatoz inflamasyon ile uyumlu geldi ve hasta poliklinik takibine alındı. Hastanın poliklinik takipleri sırasında operasyon bölgesinde tenosinovite bağlı akıntısının devam ettiği ve bu bölgede doku defekti oluştuğu görüldü.

Olgu: Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ önkol proksimal 1/3'ten başlayıp el bileğine dek uzanan yaklaşık 6x2 cm boyutunda doku defekti mevcut idi. Hastanın sağ el bileği ödemli izlendi. Sağ el birinci parmağında aktif fleksiyon ve opozisyon hareketi kısıtlı idi, bunun haricinde aşikar bir motor veya duyu arazı saptanmadı. Hasta Haziran 2022 tarihinde operasyona alındı. Operasyon sırasında sağ el bileğin ve önkoldaki mevcut doku defekt alanlarına yönelik cerrahi ve hidrodebridman işlemleri yapıldı. El doppleri yardımı ile posterior interosseoz arter perforatörleri işaretlendi. Perforatörlere uygun olarak el bileğindeki doku defektini kapatmaya yönelik uygun ölçütlerde flep insizyonları tasarlandı ve flep subfasyal plandan eleve edilerek yeni yerine adapte edildi. Ameliyat sırası ve sonrasında herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma ve Sonuç: Üst ekstremite rekonstrüksiyonlarında lokal fleplerin yeri genellikle küçük defektler ile sınırlıdır. Daha büyük defektlerde ise lokal fleplerden ziyade daha büyük rejyonel flepler kullanılmaktadır (II). Posterior Interosseöz arter bazlı perforatör flep de önkol defektlerinde, volar bölgede de kullanılabilecek güvenilir bir fleptir.

Kaynaklar:

(I) Dogra BB, Singh M, Chakravarty B, Basu S. Posterior Interosseous Artery Flap for Hand Defects. Med J Armed Forces India. 2006 Jan;62(1):33-5. doi: 10.1016/S0377-1237(06)80150-4. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27407840; PMCID: PMC4923271.

(II) Balakrishnan G, Kumar BS, Hussain SA. Reverse flow posterior interosseous artery flap revisited. Plast Reconstr Surg. 2003;111:2364–2369

Anahtar Kelimeler: önkol defekt, flep, pia flep

P-093
Üst Ekstremitede Dev Nörofibrom: Nadir Bir Olgu

İlker Uyar, Kadir Yit, Burak Çatalkaya

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Nörofibromatozlar, ortak olarak sinir kılıfı tümörlerinin oluşumuna sahip olan bir dizi farklı genetik bozukluktur. NF1, NF2 ve schwannomatozisi içerirler. Nörofibromatozis 2 nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen otozomal dominant kalıtım özelliğiyle yeni nesillere aktarım riski taşımaktadır. Fonksiyonel ve estetik açıdan kompleks problemlere yol açan bu hastalığın cerrahi tedavisi semptomatik kalmakla birlikte plastik cerrahlar için zorlayıcı olabilmektedir. Bu çalışmada üst ekstremitede

dev pleksiform nörofibromu olan nadir bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta Ocak 2022 tarihinde polikliniğimize sağ elden başlayıp sağ omuza kadar uzanan çok sayıda ve dev kitle şikayetiyle başvurdu. Hasta sağ üst kolundaki kitlesinin sağ kolunu kullanmasını ve hareket etmesini engellediğini, estetik olarak kendisinde özgüven eksikliği yaptığını, sağ kolunu taşımakta zorlandığını ve giyinmekte zorlandığını ifade etti. Hastanın yaklaşık 35 yıl önce nörofibromatozis tip 2 tanısı aldığı, annesinin de nörofibromatozis tip 2 hastası olduğu öğrenildi. Hastanın daha önce nörofibrom eksizyonu nedeniyle multipl operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın bilinen katarakt, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanıları da mevcut. Hastanın toraks ve karın cildinde de multipl minimal nörofibromlar izlendi. Hastanın yapılan manyetik rezonans görüntülemesi '' Sağ humerus, ulna ve radius çevresinde volar ve lateral kesimlerde kas planlarından başlayarak cilde doğru uzanım gösteren T2 ağırlıklı serilerde serilerde yüksek - heterojen sinyal özelliği gösteren multipl dev yumuşak doku kitleleri izlenmektedir. Lezyon içerisinde yer yer kistik bölgelere ait olduğu düşünülen daha yüksek T2 hiperintensite gösteren alanlar barındırmaktadır. ''olarak yorumlandı. Total amputasyonu kabul etmeyen hastaya elektif aşamalı eksizyon planlandı.

Tartışma ve Sonuç: Temel olarak nöroloji ve beyin cerrahisi kliniklerince takip edilen nörofibromatozis hastaları cilt ve yumuşak doku lezyonları sebebiyle plastik cerrahi kliniğine başvurabilir. Bilinen medikal bir tedavisi olmayan bu tümoral kitlelerin tek tedavi seçeneği cerrahidir. Küçük kitleler tek seansta eksize edilebilirken, büyük boyutlardaki ve multipl kitleler çoklu seanslar ile eksize edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ekstremite, nörofibrom, nörofibromatozis

Figür

P-094

Orta Falanksta Epidermal Kist: Nadir Bir Olgu

Muaz Zuhour, Elif Cansu Baş, Mahmut Tekecik, Mehmet Dadacı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Konya

Giriş: Epidermal kistler, çevresi keratinize skuamoz epitelle çevrili, içi keratin ile dolu olan tümörlerdir. Vücutta herhangi bir bölgede görülebilen gerçek kistik oluşumlardır. Klinik olarak bakıldığında epidermal kistler genellikle ağrısız, yavaş büyüyen, düzgün sınırlı kitle olarak karşımıza çıkarlar(1).Literatüre bakıldığında epidermal kistler yumuşak dokuda sık gözlenmelerine karşın, kemikte çok nadir olarak görülürler(2).Kemik yerleşimli epidermal kistler genellikle kafa kemikleri ve falankslarda görülür (3). Bu vaka sunumundaki amacımız, çok nadir olarak gözlenen kemik yerleşimli epidermal kist olgusunu ele alarak, ayırıcı tanıların ve tanı anında karşılaşılabilecek zorlukların gösterilmesidir.

Olgu Sunumu: 39 yaş erkek hasta sol el 3.parmak orta falanksta ekstensör yüzde ele gelen sert kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde parmak flexion ve extensiyon hareketlerinde kısıtlılıkla beraber extensiyonda ağrı mevcuttu. Sol el 3.parmak orta falanks ekstensör yüzde ele gelen kitlenin sert ve üzerindeki cildi expanse eder nitelikte olduğu saptandı. Alınan anamnezde hastada herhangi bir travma öyküsüne rastlanmadı. Hastadan görüntülenme tekniği olarak ultrasonografi istendi. Hastanın çekilen yüzeyel doku ultrasonografisi, 2,5x1,5 cm ebatlı heterojen içerikli, tendon ile bağlantısı net ayırt edilemeyen, RDUS ile belirgin kanlanması izlenmeyen, içerisinde kuyrukluyıldız artefaktına bağlı olduğu düşünülen ekojeniteler izlenen hipoekoik lezyon görüldü şeklinde raporlandı. Hasta LAA operasyona alındı, uygun insizyonla ciltten girildi. Dijital arter, sinirler görülerek korundu ve kist çevre dokulardan serbestlenip rezeke edilerek spesimen patolojik incelemeye gönderildi(Resim 1). Cilt primer sütüre edildi ve kapalı pansuman uygulandı. Hastanın patolojik incelemesi sonucu epidermal kist olarak raporlandı.

Tartışma: Epidermoid kistler genellikle yumuşak dokunun lezyonudurlar ve kemikte çok daha seyrek görülürler. Kemik yerleşimli epidermal kistlerin en sık 25-50 yaş arasında, genellikle erkeklerde ve sol el distal falanks yerleşimli oldukları bildirilmiştir (4).

Kranial kemiklerde bulunan kistlerin konjenital olarak ortaya çıktığı düşünülürken, ekstremitelerde görülenlerin daha çok travmaya sekonder ortaya çıktığına inanılmaktadır(5). Bizim hastamızdaki epidermoid kist ekstremitede görülmesine rağmen travma öyküsü bulunmaması dikkat çekmektedir. Literatürdeki çoğu vaka gibi bizim vakamız da erkek hasta ve en sık rastlanılan yaş sınırları arasındadır. Vakaların çoğunda fizik muayenede kitle hareketle ağrısız olarak ele gelse de bizim vakamızda hasta parmak ekstensiyonunda ağrı tariflemektedir. Fizik muayeneye ek olarak ultrasonografi ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri kullanılarak tanıya gidilir.

Sonuç: Epidermal kistler nadir de olsa bizim vakamızda olduğu gibi kemik yerleşimli olup parmaklarda görülebilir. Uygun anamnez ve görüntüleme ile tanı konulabilir. Travmaya bağlı olabileceği gibi tamamıyla idiopatik olarak da gelişebilir. Fizik muayenede tendon kılıfı tümörü gibi başka patolojilerle karışabilir. Kitle çıkarılırken dijital arter ve sinirlerin korunmasına dikkat edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Ülkü C, MD, Uyar Y, MD, Kocaoğullar Y, MD. et all. IatrogenicEpidermalİnclusionCyst of the Parapharyngeal Space: UnusualComplication of EarSurgery, An İnterdisciplinaryApproach 2004; 1:14.
2. Sonntag. Epithelialcyst in fingerstump. Miinchen. Med. Wchnschr, 1923;70:1055-6.
3. Roth SI. Squamouscystinvolvingtheskullanddistalphalanges.) Bone JointSurgAm 1964;46:1442-50
4. Fisher ER, G), Skerrett R Epidermalcyst in bone. Cancer 1958;11(3):643-8. 6.
5. Mirra J.M.,Picci P, Gold R.H, Bone tumors, ClinicalRadiologicandPathologicCorrelations, Los Angeles California, Chapter 19, Mirra J.M., 1263-1264

Anahtar Kelimeler: epidermoid kist, falanks, tendon kılıfı tümörü

Resim 1

P-096

Sleeve Gastrektomi Sonrası Gelişen Peroneal Nöropatiye Bağlı Bilateral Ayaklarda Ektima Gangrenozum Olgusu

Mustafa Aydın Erdal, Fuat Uslusoy

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Günümüzde artan obezite sonucu sleeve gastrektomi ameliyatları artmıştır. Her ne kadar ameliyatın en sık komplikasyonu gastrointestinal komplikasyonlar olsa da yadsınmayacak kadar da nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Nörolojik komplikasyonlar sıklıkla B12, Folat, Tiamin, C ve E vitamini ve ya mikrobesin eksikliğine bağlı olabileceği gibi masif kilo kaybına bağlı olarak peroneal sinirin tuzaklanması da olabilir. Olgumuzda literatürde az bilinen ve gözden kaçırılan sleeve gastrektomi sonrası peroneal sinir nöropatisi gelişen ve devamında aralıksız buzlu su uygulayan hastanın bilateral ayaklarında ektima gangrenozuma bağlı cilt nekrozu gelişmesine değinilmiştir. Bu olguda masif kilo kaybına bağlı peroneal sinirin tuzaklanmasına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: 28 yaşında kadın hasta bilateral ayak dorsallerinde ve ayak bileklerinde nekroze yara nedeniyle kliniğimize başvurdu.(Resim.1) Alınan hikayesinde sleeve gastrektomi olduğu, ilk 6 ay içinde 130 (BMI:46,6) kilogramdandan 80(BMI:28,7) kilograma düştüğü, ameliyattan 6 ay sonra ayak dorsallerinde yanma şikayetleri ile bir çok kliniğe başvurduğunu, bu sürede neurontin ve fentanil bant kullandığını medikal tedavinin fayda etmemesi üzerine diz eklemini 90 derece fleksiyona alarak 4 ay boyunca ayağını buzlu suda tuttuğunu ve zamanla ayaklarında yara geliştiğini beyan etti. Hastanın şikayetleri başladığı zaman yapılan EMGsinde bilateral tibial ve peroneal sinirlerde nöropati ile uyumlu bulgular izlenmiştir.(Resim.2) Hastanın yapılan ilk muaynesinde diz ekleminde ekstansiyon kısıtlılığı, hamstring kasları kısalma izlendi ve quadriceps femoriste kas gücü 4/5 olarak değerlendirildi. Hasta destekli olarak bile mobilize olamıyordu. Hastanın geniş laboratuar sonuçlarında albümin:2,4g/dL(3,5-5,3g/dL) hariç patoloji saptanmadı. B12 ve B9 seviyeleri normal saptandı. Hastaya öncelikle olarak nekroz debridmanı yapıldı ve aynı seansta patolojik inceleme amaçlı doku örneği gönderildi. Uzun süreli suya maruziyet sonrası ektima gangrenosum düşünülen hastada patoloji sonucu ektima gangrenosum olarak raporlandı. Hastaya 3 hafta boyunca yara takibi yapılarak granülasyon dokusunun gelişmesi beklendi, bu süreçte hastaya aktif fizik tedavi egzersizleri başlandı. Masif kilo kaybına bağlı grade 2 abdominal pannusu olan hastaya abdominoplasti ve abdominoplasti materyalinden hazırlanan deri greftleri ile açık yara greftlemesi yapıldı. (Resim.3) 7 gün sonra hastaya tekrar fizik tedavi başlandı ve postop 14. Gününde hasta destekli mobilize olarak taburcu edildi. Literatür tarandıktan daha sonra hastanın anamnezi derinleştirildi. Hasta ilk altı ayda hızlı kilo verdiğini ve bu süreçte hayatında hiç yapamadığı için gün içinde genellikle bağdaş kurarak ve bacak bacak üstüne atarak oturduğunu ve bunu hayatında ilk kez yapabildiği için haz duyduğunu beyan etti.

Sonuç: Bariatrik cerrahi morbid obezitenin dramatik yanıt alınan tedavi biçimlerindendir. BMI>40 olan ve ya BMI>35 olan ve ek komorbid hastalıklara sahip olan hastalar bariatrik cerrahi için uygun adaylardır. Ama her cerrahi yöntem gibi beraberinde bir çok komplikasyona yol açabilir. Geç dönem komplikasyonları arasında en sık rastlanan gastrointestinal komplikasyonlar olup bunlar içinde en sık görüleni gastroözefagial reflüdür. Aynı zamanda vitamin ve mikrobesin eksikliklerine bağlı nöropatiler de yadırganmayacak kadar fazladır. Nöropati gelişen vakalarda en sık B12 vitamin eksikliği saptanmıştır. Hızlı kilo verme sonrası tuzak nöropati riski artmaktadır. Literatürde nöropatilerin en sık görülenleri karpal tunnel ve peroneal sinir tuzaklanmasına bağlı olduğu bildirilmiştir.

Bariatrik cerrahi geçiren hastalar plastik cerrahi kliniklerine sıklıkla başvurmaktadır. Bu hasta grubunda nöropati olabileceği akla gelmeli, muayane bulgusu varsa B12, folat, tiamin istenmeli gerekirse ilgili branşlara konsülte edilmeli ve replasman tedavileri başlanmalıdır. Hastalara sleeve gastrektomi sonrası peroneal sinir tuzaklanmasından kaçınmak için postür eğitimi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ektima gangrenozum, peroneal nöropati, sleeve gastrektomi

Olgu

P-098

Omuz Bölgesi Defektlerinde Pediküllü Latissimus Dorsi Flebi ile Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Taylan Cihan Zöhre, Özlenen Özkan, Mehmet Tapan, Mustafa Fırat Genç, Ömer Özkan

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

Giriş: Omuz bölgesi etrafında bulunan kas-kemik tümörlerinin eksizyonu sonrası oluşan geniş yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu için pediküllü latissimus dorsi flebi, cerrahi sahadan uzak sağlıklı, güvenilir kanlanması olan, anatomik sınırları belirli, derin doku enfeksiyonu riskini minimalize eden bir rekonstrüksiyon metodudur.

Amaç: Kliniğimizde, ortopedi kliniğince gerçekleştirilen tümör rezeksiyonları sonrası omuz bölgesinde oluşan geniş yumuşak doku defektinin, pediküllü latissimus dorsi flebi ile rekonstrükte edildiği vakalar ile ilgili tecbürelerimizi aktarmayı amaçladık

Hastalar ve Metodoloji:

Olgu 1: 20 y Erkek hasta, sol humerus proksimalinde osteosarkom nedeniyle tümör eksizyonu ve protez aracılı kemik defekti rekonstrüksiyonu ortopedi hekimlerince gerçekleştirilen hastaya eş zamanlı olarak artrodez uygulanmıştır.Hasta post operatif dönemde 4 kür kemoterapi tedavisi görmüştür. Hastanın takiplerinde protez ekspozisyonu gelişmesi sebebiyle hasta tarafımıza konsülte edilmiştir. Hastanın debridman sonrası oluşan yumuşak doku defektinin rekonstrüksiyonu amacıyla pediküllü latissimus dorsi muskulo-kütanöz flebi planlanmıştır. 18x8 cm cilt adası içeren flep cilt adası etrafından yapılan insizyon sonrası distalinden ve anteriorundan serbestlenmeye başlandı. Flep pedikülü a.v. torakodorsalis eksplore edildi, serratus anterior kasına verilen dal bağlandı. Kas kontraksiyonundan sorumlu 2 adet sinir eksplore edildi ve bağlandı. Flep mobilizasyonunu arttırmak amacıyla pedikül proksimale doğru diseke edildi ve yeterli mobilizasyon sağlandıktan sonra omuz ekleminde bulunan yumuşak doku defektini örtecek şekilde saat yönünün tersine rotate edildi ve cilt altı yağ dokusu planında oluşturulan tünelden ilerletilerek defekt bölgesine inset edildi. Flebin cilt adası içermeyen kısımları uyluk lateralinden alınan parsiyel kalınlıktaki deri grefti insetiyle onarıldı. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır.

Olgu 2: 81 yaş kadın hasta, sol deltoid bölgede Miksofibrosarkom tanılı kitle nedeniyle Radyasyon onkolojisi tarafından neoadjuvan radyoterapi tedavisi sonrası, Ortopedi hekimlerince tümör rezeksiyon cerrahisi planlanmıştır. Ortopedi tarafınca tümör rezeksiyonu yapılan hastada humerus başı ve gövdesinin proksimal 1/3'ünün ekspoze olduğu 40x21 cm boyutlarında defektin rekonstrüksiyonu amacıyla tarafımızca 27x13 cm cilt adalı pediküllü latissimus dorsi muskulo-kütanöz flebi planlanmıştır. Yukarıda bahsedilen cerrahi tekniğe uygun olarak flep doku defektine inset edilmiştir. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır.

Tartışma: Omuz bölgesinde oluşan defektler için deri greftleri, loko/rejyonel flepler veya serbest flepler rekonstrüksiyon seçenekleri arasındadır. Tümör rezeksiyonu sonrası hastalarda genellikle kritik yapıların ekspoze olduğu geniş defektler oluşmaktadır. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda deri greftleri ve loko/rejyonel flepler yetersiz kalabilmektedir. Hastaların görmüş olduğu adjuvan/neoadjuvan radyoterapinin sebep olduğu fibrotik yara ortamı serbest flep ile rekonstrüksiyon için kullanılacak alıcı damarların hazırlanmasında zorluk oluşturabilmektedir. Ayrıca serbest flep ile rekonstrüksiyon omuz ekleminin erken mobilizasyonuna engel teşkil edebilmektedir. Pediküllü latissimus dorsi muskulo-kütanöz flebi güvenilir vaskülaritesi, geniş defektlerin rekonstrükte edilmesine olanak sağlayan boyutları, derin doku enfeksiyonlarını önleyebilmesi, serbest flep ile karşılaştırıldığında teknik olarak daha az zaman alması ve post operatif dönemde erken eklem mobilizasyonuna olanak sağlaması nedeniyle değerlendirilmesi gereken alternatif bir rekonstrüksiyon metodudur.

Sonuç: Omuz bölgesinin geniş yumuşak doku defektlerinde serbest flep ile rekonstrüksiyonun uygun olmadığı hastalarda pediküllü latissimus dorsi muskulo-kütanöz flebi alternatif, güvenilir bir rekonstrüksiyon metodudur.

Anahtar Kelimeler: Kas flebi, Latissimus dorsi, pediküllü flep, omuz bölgesi defektleri

Hasta Fotoğrafları

P-099

Prematüre yenidoğanda ekstravasyon yaralanması sonrası gelişen dirsek kontraktür formasyonu ve tedavi süreci: Olgu sunumu

Ender Ceylan, Anıl Pehlevan, Kadir Çiçek, Necati Demir, Osman Enver Aydın

Adnan Menderes Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Aydın

Giriş: Ekstravazasyon damar içine infüzyon yoluyla verilen maddelerin, damar içi kompartmandan, intertisyel aralığa sızması ve birikimi anlamına gelir. Mevcut durum bazen kendiliğinden iyileşen minör komplikasyonlara sebep olabilirken, bazen de cilt kaybı, tendon-sinir hasarı, skar formasyonu sonrası kontraktür gibi rekonstruktif cerrahi gerektirebilecek fonksiyonel ve kozmetik defektler oluşturabilir. Daha ciddi tablolarda ise Kompartman Sendromu veya ekstremitenin amputasyonunu gerektirebilecek komplikasyonlara sebep olabilir. Prematurelerin venlerinin daha küçük ve frajil olması, cilt ve cilt altı dokunun gelişiminin tamamlanmaması premature bebekleri bu komplikasyonlara daha açık hale getirmektedir.

Olgu: 26 GHPM postnatal 3. gününde olan bebek, sol kubital bölgede kalsiyum ekstravazasyonu nedeniyle tarafımıza danışıldı. Yapılan fizik muayenesinde sol ön kol ve kolda ödem ve ısı artışı mevcuttu. Dolaşım ve hareket muayenesi olağan, kavrama refleksi mevcuttu. İlerleyen dönemdeki takiplerinde şişlik ve ısı artışı dışında patoloji saptanmadı. Postnatal 16. günden itibaren kübital bölge ve ön kolda yüzeyel nekrotik alanlar gelişmeye başladı. Dolaşım ve hareket muayenesi bu dönemde de olağan görüldü. Bu dönemde yara yerleri pansumanında antibiyotikli pomad kullanıldı. Postnatal 20. Günde nekroz hattının oturmasını takiben yatak başı debridman yapıldı. Sonrasında sol dirsekte gelişen fleksiyon kontraktürüne yönelik atelleme ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bakısı önerildi. Post natal 26. günde kontraktür oranın giderek arttığı (istirahatte yaklaşık 60 derece fleksiyonda) görülmüş olup cerrahi müdahale endikasyonu oluşmuştur. Postanatal 28. Günde operasyonu planlanmış hasta için doku defektlerine yönelik bir gün önce anneden lokal anestezi altında dermatom yardımı ile uyluktan kısmi kalınlıkta deri grefti alındı. Greft uygun ve steril şekilde paketlenerek bir gün boyunca UV ışık altında bekletildi. Operasyon günü genel anestezi altında sol ön kol volar yüz proksimalinde mevcut açık yaradan mikromosqiuto kullanılarak eksplorasyona başlandı. Fasya düzeyine inildi. Bu seviyeden fasyatomiye başlandı. El bilek seviyesine kadar devam edildi. Bu sırada mevcut skar dokuları eksize edildi. Sonrasında dorsal yüze geçildi. EDC kas düzeyinde fasyatomi yapılıp, skar dokuları eksize edildi. Kubital bölgedeki kontrakte bandlar eksize edildikten sonra operasyon sonlandırıldı.Anneden alınan kısmi kalınlıktaki deri grefti mevcut doku defektlerine yerleştirilerek, uygun sütürasyon yapıldı. Greftlerin üzeri antiseptik ve parafin içeren tül sargı ile kapatıldı. İşlem sonrası dirsek EHA (eklem hareket açıklığı) belirgin artış görüldü. İlerleyen dönemde uygun pansuman yapılarak ve pozisyon verilerek takip yapıldı. Hastanın devam eden poliklinik takiplerinde annede kaynaklı deri greftinde rejeksiyon olduğu, ancak altta epitelizasyonun ilerlediği görüldü. Germe egzersizleri önerildi. Post op 3. Ayda pasif EHA 'nın tam olduğu, tümüyle epitelizasyon gerçekleştiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmış bebeklerin yaklaşık %4'ünde, ekstravazasyon yaralanmalarından kaynaklandığı düşünülen kozmetik veya fonksiyonel skar mevcuttur. Pretermlerde ise ekstravasyon yaralanmalarının %93'ü 26-28 gebelik haftasındaki bebeklerde meydana gelir. Bunun sebebi olgunlaşmamış cilt, küçük kan damarları ve zayıf venöz bütünlüktür. Ekstravazasyon yaralanmalarında tedavi süreci multidisipliner olup; yapılacak uygun cerrahi, yara bakımı ve fizik tedavi süreci ile fonksiyonel ve estetik iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ekstravasyon yaralanmaları, kontraktür, prematüre

İntra-operatif görüntü

İşlem sonrası EHA›da belirgin artış

P-100

1. Dünya Savaşı:Çanakkale'de bir Halk Sağlığı Problemi

Mustafa Akyürek, Harun Özügül

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Patlayıcı madde ile maruziyet sonucu oluşan el yaralanmalı hastalarda istenmeyen fonksiyonel kayıplar meydana gelebilmektedir. Bu hasta popülasyonunda; patlama sırasındaki maruziyet süresine, maddeye yakınlığına ve oluşabilecek deri yanıklarına bağlı motor ve duyusal fonksiyonları minimalize etmek için cerrahi müdahele zorunlu hale gelmektedir.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta sol elde yabancı cisim patlaması sonucu oluşan doku defekti sebebiyle acil servise başvurdu, hasta tarafımızca değerlendirildi. Hastanın anamnezi alındığında hurdacı olarak çalıştığı, hurda toplarken eski bir el bombası olduğu düşünülen cismi eline aldığı sırada patladığı öğrenildi. Yapılan adli incelemede cismin 1. dünya savaşından kalma bir el bombası olduğu anlaşıldı. Hastanın muayenesinde sol el palmar yüzde avuç içinden 1. web aralığına uzanan derin yanık mevcut olduğu görüldü. Hastanın 2. parmak distalinde duyu kaybı olduğu görüldü. Hastanın yara yerindeki yabancı maddeler uzaklaştırıldı ve pansumanı yapıldı. Hasta duyu kaybı için operasyonu kabul etmedi. Sonrasında 1 ay boyunca yara yeri sık aralıklarla pansuman ile takip edildi. Yara yerinde yeterli granülasyon sağlandığı görüldükten sonra sol kol

medial kısımdan alından tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Postoperatif erken dönemde hastanın herhangi bir şikayeti olmadı. Hasta 4. ayda kontrole geldiği sırada 2. parmak distalindeki duyu kaybına bağlı çakmak ile yaktığı, operasyon olmak istediğini belirtti. Bu his kaybını onarmak için 4. ve 5. parmakların sırasıyla ulnar ve radial taraflarındaki dijital sinirler 2. parmağın sinirlerine adapte edildi. Postoperatif kontrollerinde tama yakın iyileşme saptandığı, hastanın günlük hayatında herhangi bir sorun yaşamadığı görüldü.

Tartışma: Elde oluşan büyük defektlerde tam kalınlıkta deri grefti ile onarım fonksiyonel ve kozmetik açıdan da avantajlıdır. Donör saha kıl olmayan bölgeden tercih edilir, morbiditesi düşüktür ve primer onarımı mümkündür. Baş parmağın ve işaret parmağının duyusunun günlük hayatta önem teşkil etmesi, bundan dolayı buradaki sinirlerin onarımını zorunlu kılmaktadır. Erken dönemde primer onarımın yapılabildiği yerde ilk tercih olmakla beraber geç başvurularda sinir transferleri, hastanın operasyon sonrasında günlük hayatında güvenle ve etkili bir şekilde işlerini yapabilmesi açısından en uygun tercih olmaktadır. 1918'de biten 1. dünya savaşı esnasında işgalci devletler tarafından kullanılan patlayıcı mühimmatlar halen sivil halka zarar vermektedir.

Kaynakça:

(1) J Emerg Trauma Shock. Blast injuries to the hand: Pathomechanics, patterns and treatment 2013 Jan-Mar; 6(1): 29–36. doi: 10.4103/0974-2700.106322

(2) Arch Plast Surg. Full-Thickness Skin Grafting with De-Epithelization of the Wound Margin for Finger Defects with Bone or Tendon Exposure 2015 May; 42(3): 334–340. Published online 2015 May 14. doi: 10.5999/aps.2015.42.3.334

(3) Hand (N Y). Digital nerve injuries: a review of predictors of sensory recovery after microsurgical digital nerve repair 2012 Sep; 7(3): 233–241. Published online 2012 Jun 28. doi: 10.1007/s11552-012-9433-1

Anahtar Kelimeler: El travması, deri grefti, sinir transferi

El travması sonrası greft ile onarım

P-102

Romatoid Artritli hastalarda spontan tendon rüptürünün tanı ve tedavisi

İsmail Tekfiliz, İncilay Yılmaz, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Romatoid artrit (RA), ilerleyici ve sistemik inflamasyon ile karakterize, nedeni bilinmeyen kronik bir hastalıktır. Kronik poliartritin en yaygın şeklidir ve kadınları erkeklerden daha sık etkiler. Bilekte spontan ekstansör tendon rüptürü, cerrahi onarım gerektiren yaygın bir komplikasyondur.(1)

Bu vakada kliniğimize başvuran romatoid artritli hastanın tedavi yönetimi ve karşılaşılan komplikasyon hakkında deneyimimizi sunmayı amaçlandık.

Olgu sunumu: 20 yıl önce başlayan şikayetleri sonucunda dış merkeze basvuran ve 2010 yılında RA tanısı konan 30 yaş kadın hasta değerlendirildi. Ek komorbiditesi olmayan hastanın düzenli olarak takip ve tedavisi yapıldığı öğrenildi. Hasta ortalama 2-4 haftada bir olmak üzere steroid tedavisi aldığı ve en son bir yıl önce ıv steriod enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi.Yapılan fizik muayenesinde hastanın sağ el dorsumunda zone 6-7 seviyesinde 3*3cmlik alanda ciltte atrofi tespit edildi. 3.ve 4. Ekstensör digitorum communis(EDC) tendonlarının yüzeyelleştiği ve belirginleştiği gözlemlendi. Hastanın 3.ve 4. Parmak ekstensör motor muayenesinin doğal olduğu görüldü. Fakat tüm parmaklar hareket açısının azalmış olduğu tespit edildi. Hastanın el dorsumundaki atrofik bölgesine yönelik yağ enjeksiyonu planlanarak 20 cc yağ grefti enjekte edildi. Yara iyileşmesini takiben pasif fizik tedavi egzersizleri yapan hastanın erken dönem takiplerinde tüm fizik muayeneleri doğal tespit edilmiş olup ameliyat sonrası 1.ay kontrolünde sağ el 4.parmakta ekstansiyon hareketi görülmedi. 4.parmak proksimal interfaringeal seviyesinden fleksiyon pozisyonunda olduğu görüldü. Ön planda 4. Parmak ekstensör digitorum communis tendonunda rüptür olduğu düşünüldü. Eksplorasyon ve ekstensör tendon onarımı planlandı. Operasyonda 4.parmak EDC tendonu sütüre edildi. Hasta postop 1 ay fizik tedavi aldı. Ameliyat sonrası 3 ay takip edilen hastanın 4.parmak ekstensör hareketinde sorun görülmedi.

Tartışma: RA hastalarında spontan ekstansör tendon rüptürü sıklıkla görülür. Bu konuyla ilgili birkaç patogenetik hipotez tanımlanmıştır: (1)

(A) Engkvist ve Lundbord tarafından bildirilen ve Lister tüberkülünün yakınında tendonun zayıf vaskülarize olduğu görünen bir alanı tanımlayan vasküler teoriler mevcuttur.

(B) Mekanik teoriler, bilek kırığı ile ekstansör pollicis longus rüptürü arasında bir ilişki olduğunu bildiren farklı yazarlar tarafından desteklenmiştir.

(C) Tendonların inflamatuar sinovyum (tenosinovit) tarafından infiltrasyonu veya zayıflatılmış tendonların kemikli kenarlar üzerinde aşınması başka bir mekanizma olarak öne sürülmüştür. Ancak bu teoriler spontan ekstansör tendon rüptürünün nedenini tam olarak açıklayamamışlardır.(1)

Teşhisi doğrulamak ve yırtılmaya yatkın olabilecek diğer anormallikleri araştırmak için manyetik rezonans görüntüleme (MRI) kullanılır.(2)

Literatürde romatoid artritte spontan ekstensör pollicis longus (EPL) rüptürü ile karşılaşılmaktadır. (2) Sunulan bu vakada 4.parmak ekstensör tendon rüptürü ile karşılaşılmıştır. Operasyon sırasında yapılan değerlendirmede yağ enjeksiyonu operasyonun skarının

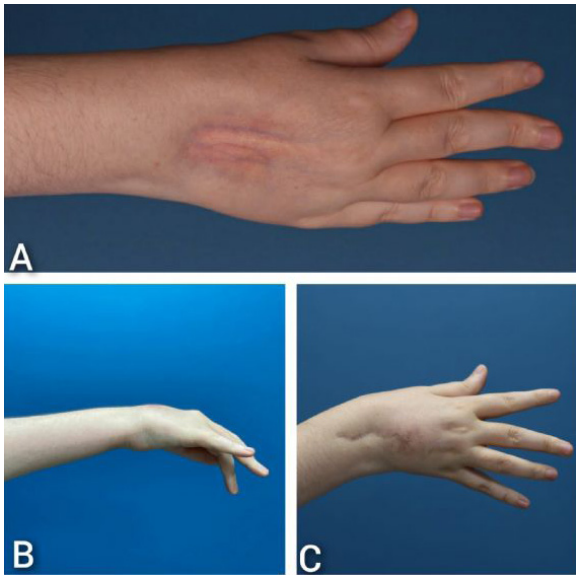
distalinden kesik olduğu tespit edildiğinden dolayı rüptürün hem yukarıda anlatılmış olan hipotezlerden hem de operasyona bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu vakadan yola çıkarak romatoid artritli hastalara yaklaşımda spontan tendon rüptürünü göz önünde bulundurup mümkün olduğunca travmatize etmekten kaçınılması önerilmektedir.

Referans:

1. HSUEH, Jung-Hua, et al. Spontaneous extensor tendon rupture in the rheumatoid wrist: risk factors and preventive role of extended tenosynovectomy. Annals of Plastic Surgery, 2016, 76: S41-S47.
2. AL-OMARI, Ali A., et al. Spontaneous rupture of extensor pollicis longus tendon: clinical and occupational implications, treatment approaches and prognostic outcome in non-rheumatoid arthritis patients: a retrospective study. Open Access Rheumatology: Research and Reviews, 2020, 12: 47.

Anahtar Kelimeler: romatoit artrit, spontan tendon rüptürü, yağ enjeksiyonu

Olgu sunumu



*A:Sağ el dorsumunda zone 6-7 seviyesinde 3*3 cmlik atrofik cilt B:Yağ enjeksiyonu operasyonu sonrası 1.ay kontrolü.4.parmak EDC tendon rüptürü C:Ekstensör tendon onarımı operasyonu sonrası 2.ay görünümü*

P-103

Akut Kompartman Sendromu Şüphesi Olan Bir Hastaya Yaklaşım

İlker Uyar[1], Aytunç Özsoy[1], Emrah Patat[1], Meltem Ayhan Oral[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Fasya konnektif bağ dokudan oluşan ve lifli yapıya sahip bir oluşumdur. Kas, sinir, arter ve venleri çevreler. Esnek olmayan yapısı sebebiyle, basınç artışı yaşanması durumunda, bu basıncı çevrelediği kas, sinir ve damar yapılarına yansıtır. Artan basınç sonucu oksijenizasyon azalmakta ve kaslarda nekroz gelişmektedir. Genellikle ekstremitelerde, ezilme, sıkışma tarzı yaralanmalarda görülen, oksijenizasyon bozukluğu, iskemi ve nekrozun izlendiği duruma akut kompartman sendromu denir. Kompartman sendromu araştırılırken öncelikle periferdeki dolaşıma bakılmakla beraber parmak rengi, ısısı ve distalde nabız alınması kompartman sendromunu dışlamaz. Tanı, hekimin klinik gözlemi ve değerlendirmesi ile konulur. Ağrı karşımıza ilk çıkan bulgulardan biri olup pasif gerilme ile artar, ancak sinir hasarının ilerlemesi ile ortadan kaybolur. Diğer önemli bulgular kas gücü azalması ve his kaybı yaşanmasıdır. Kompartman sendromu acil bir durumdur. Tedavisi fasyotomi yapılarak basıncın ortadan kaldırılmasıdır. Bu olgu sunumunda kompartman sendromu şüphesi ile takip edilen bir hastanın yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta, sol kolunun araba kapısı arasında sıkışması sonucu sol dirsekten bileğe kadar dermaabrazyon, kübital bölge lateralinde kasın ekspoze olduğu 4x4cm boyutlarında doku kaybı içeren defekt ve sol ön kol ve sol elde yaygın ödem şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde parmak kapiller dolumu olağan olmakla birlikte distal nabızlar alınamıyordu. Sol ön kol ve elde gerginlik, soğukluk, hipoestezisi mevcut olan hasta, pasif hareketle minimal ağrı tarifliyordu.

Hastanın hospitalizasyonu sonrasında ameliyathane hazır halde tutuldu ve hastaya elevasyon ve yüksek doz steroid uygulanıp, bir saat sonra tekrar değerlendirildi. İkinci bakıda ilgili ekstremitede ödemin azaldığı, duyusunun geri gelmeye başladığı ve distal nabızların tekrar alınabildiği saptandı. Bunun üzerine hastaya acil fasyotomi uygulanmadı. Medikal tedavi ve sık aralıklarla muayene ile takip planlandı. Ezilme tipi yaralanması olduğundan keratin kinaz(CK), böbrek fonksiyon tesleri, elektrolit ve aldığı-çıkardığı sıvı miktarları yakından takip edildi. Hastanın böbrek fonksiyonları ilk andan itibaren normal sınırlar içerisindeydi ve ilerleyen günlerde bozulma yaşanmadı. CK, ilk gün 546 olmakla birlikte hidrasyon sağlanması ile üçüncü gün normal değer aralığına geriledi. Tedavi süresince sıvı elektrolit dengesinde bozulma yaşanmadı. Hastanın ödeminin gerilemesi, duyusunun geri gelmesi, nabzının tekrar alınabilir olması, kapiller dolumunun olağan olması, böbrek fonksiyonlarının ve elektrolit parametrelerinin normal sınırlar içerisinde olması üzerine uygulanan yüksek doz steroid tedavisine azaltılarak son verildi. Kompartman sendromu şüphesiyle takip edilen hasta, medikal tedavi ve yakın klinik gözlem ile izlenmiş olup, klinik bulgularının ve laboratuvar parametrelerinin düzelmesi üzerine yatışının 9. gününde taburcu edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Akut kompartman sendromu acil bir durumdur. Keratin kinaz(CK), böbrek fonksiyon tesleri, elektrolit ve aldığı-çıkardığı sıvı miktarları yakından takip edilmelidir. Cerrahi tedavisi fasyotomi uygulanarak kompartmanın dekompresyonudur. Basınç yükününü azaltarak, hastayı basınç artışına bağlı komplikasyonlardan korumak hedeflenir. Tedavide geç kalınırsa geri dönüşümsüz olarak ekstremite hasarı meydana gelmektedir. Bunun yanında hücre ölümüne bağlı elektrolit dengesizlikleri düzeltilmeli, böbrek fonksiyonları takip edilmeli ve hasta hidrate edilmelidir. Akut kompartman sendromu şüphesi olan hastalar yakın takip altına alınmalı, ödem azaltıcı tedavi uygulanmalı, akut kompartman sendromu gelişmesi durumunda acil fasyotomi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Crush yaralanma, fasyotomi, kompartman sendromu

Figür

da zaman içerisinde büyümeye yatkındır. Sıklıkla insidental olarak tespit edilir ve yetersiz tedavi edilir.(3). Genel olarak, cerrahi girişim küçük damarsal patolojiler ve venöz malformasyonlar için uygundur. Fakat, bizim olgumuzda olduğu gibi diffüz ve büyük venöz malformasyonlarda çevre anatomik olarak hayati yapılara zarar verme ihtimali ve masif hemoraji riski nedeniyle görece olarak kontraendike olabilir.(4)

Sonuç: Son dönemde tanı ve tedavi prosedürlerinin yaygınlaşması nedeniyle venöz malformasyonların tedavisinde multidisipliner yaklaşım uygulanmaktadır. Lezyonun boyutuna göre karar verilmeli ve cerrahi girişim uygulancaksa yaygın lezyonlarda anatomik yapılara dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Venöz malformasyon, ray amputasyon, median sinir, ulnar sinir

P-104

Elde Nekrotik Parmak Amputasyonu: Beklenmeyen Bulgular

Erdem Zuhal, Mahmut Tekecik, Arda Soylu, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce

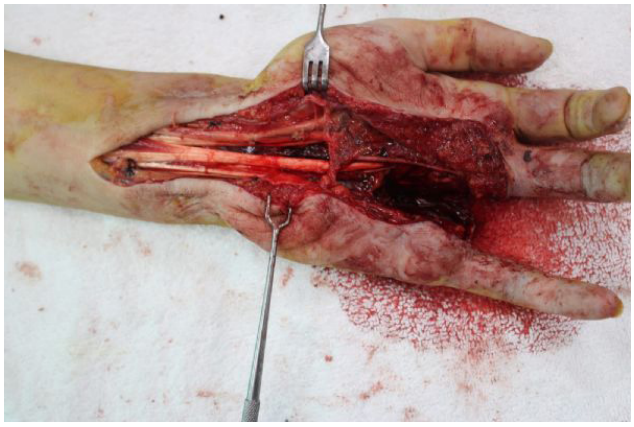
NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Konya

Giriş: Venöz malformasyonlar (VM'ler) klinik olarak geniş bir spektrumda ortaya çıkabilir ve vücudun herhangi bir yerinde görülebilir(1). Bu yüzden de tanı ve tedavi olduça zor olabilir. Venöz malformasyonların tedavisinde skleroterapi endovasküler girişimler veya cerrahi girişimleri içeren geniş bir spektrum söz konusudur. (2). Bu çalışmada daha önceden başarısız endovasküler girişim geçmişi olan oldukça zor bir bölgede yaygın şekilde hayati yapıları sarmış dev venöz malformasyon ile ilgili klinik tecrübelerimizi sunmayı hedefledik.

Olgu sunumu: Daha önce arteriovenöz malformasyon nedeniyle endovasküler girişim yapılan ve sol el 4.parmakta nekroz, sol elde dopler usg ve mr sonucuna göre yaygın vasküler malformasyon ile uyumlu kitleleri bulunan 39 yaşında kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Klinik muayenede sol el 4.parmakta total nekroz aktif akıntı ve koku mevcuttu. Sol el 4.parmakta nekroz sebebiyle ray amputasyon planlandı. Hastada yüksek ateş ve kanda enfeksyion parametrelerinde artış olması nedeniyle ivedilikle genel anestezi altında operasyona alındı.Sol el dorsali ve palmar yüzden uygun insizyonlarla girildi 4. Metakarp bazisi intakt bırakılarak osteotomi yapıldı.4. Parmak metakarp ile birlikte total ampute edildi.3. Parmak ulnar ve 5. Parmak radial taraf dijital sinirler korundu. Vasküler malformasyonla uyumlu kitlelerin fleksör tendon ve lumbrikal kaslara yapışık olarak ön kol distal 1/3 kısmına kadar uzandığı görüldü.distalden başlayıp proximale doğru ilerlendi karpal tünel - fleksör retinakulum serbestlendi ve tortiyoze olmuş venler paratenonlar üzerinden ayrılarak bağlandı.Vasküler kitlenin ulnar ve radial taraftaki bağlantıları kesilerek sinovyal yapılarla birlikte kitle total eksize edildi.median ve ulnar sinir,ulnar arter görülerek korundu.4. Parmak amputasyonu sonrası web rekonstrüksiyonu için 3. Ve 5. Parmak transverse metakarpal ligamanlarla birlikte eleve edilen periostal flepler süture edildi ve parmaklar yaklaştırıldı.Sol el dorsalindeki tortiyoze olmuş venlerde bağlanarak total eksize edildi.Kanama kontrolü sonrası 1 adet palmar 1 adet dorsal olarak 2 penröz dren yerleştirildi. İnsizyonlar primer süture edildi. Kapalı pansuman ve elastik bandaj uygulanarak işleme son verildi.

Tartışma: Venöz malformasyonlar vasküler morfogenezde bir hata oluşması ortaya çıkar. Doğumsal olarak ortaya çıksa

Resim



4.Parmakta total nekroz sonrası ray amputasyonu

P-106

başparmak yumuşak doku defektlerinde Brunelli flebi ile rekonstrüksiyon

Kadir Çiçek, Ender Ceylan, Serhat Çelikbağ, Anıl Pehlevan, Necati Demir

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Bağımsız hareket edebilen başparmak, elin fonksiyonlarının yaklaşık %40'ını oluşturur. Diğer tüm parmakları karşılayarak temas etmesi (oppozisyon) başparmağı el fonksiyonları için eşsiz hale getirir. Başparmağın kaybı el fonksiyonlarında ciddi derecede azalmaya neden olur. Konjenital veya kazanılmış olarak eksik olan başparmağın rekonstrüksiyonunda uygun uzunluk, tüm eklemlerde uygun hareket, iyi bir parmak ucu hissi ve kabul edilebilir estetik görünüm kazandırmak cerrahinin temel hedeflerindendir.

El yaralanmalarında hastanın erken rehabilitasyonunun sağlanması, yara enfeksiyonunun ve fonksiyon kaybının önlenmesi için yumuşak doku rekonstrüksiyonu en kısa zamanda yapılmalıdır. El kavrama ve parmak ucu kavrama, sıkıştırma hareketlerinde başparmağın uzunluğunu korumak ve volar pulpa dokusunun ince nesne ayrımı için duyarlı olması önemlidir. Bu yaralanmalarda lokal flepler ilk tercih olmaktadır.

Olgu Sunumu: 21 yasında kadın hasta 5 gün önce geçirdiği ezilme yaralanması sonucu gelişen sağ el başparmak pulpasındaki nekroz nedeniyle hastanemize başvurdu. Başparmağın interfalangeal eklemden distal uca kadar olan pulpası tamamen nekrotik idi. Grafide kemik patolojisi saptanmadı. Parmak hareketleri olağandı.

Operasyona alınan hastada, nekrotik dokuların debritmanı yapıldı. Debritman sonrası distal falanksın distal yarısı ekspoze oldu. Defekti rekonstrükte etmek için Brunelli flebi yapıldı.

Sonuç: Brunelli flebi başparmağın dorsoulnar kollateral vasküler beslenmesine bağlı homodijital, ters akımlı pediküllü bir fleptir. Anatomik çalışmalarda başparmağın dorsoulnar arterinin güvenilir olduğu gösterilmiştir. Başparmağın distal dorsal ve volar yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılabilir.

Brunelli flebinin avantajları arasında cerrahi tekniğinin basit oluşu, flebin versatil oluşu, flebin inervasyon olasılığı ve minimal donör alan morbiditesi sayılabilir. Homodijital bir flep olduğundan diğer parmaklarda morbidite oluşturmaz ve erken mobilizasyona izin verir. Dezavantajı olaral minimal web aralığı kontraktürü sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: başparmak, Brunelli flebi, dorsoulnar arter

preop çizim ve intraop elevasyonu

P-108

Elde Sirküler Tutulum ve Falanks Destrüksiyonu Gösteren Dev Hücreli Tendon Kılıf Tümörü:Olgu Sunumu

Yavuz Yıldırım, Mustafa Kassap, Uğurcan Gündoğar, Merve Aslan Akdoğan, Ergin Seven, Sebat Karamürsel

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

Giriş: Dev hücreli tendon kılıf tümörü, ilk kez Chassaignan tarafından tanımlanmıştır, bengin yapıda olup yavaş büyüme eğilimi göstermektedir.Etyolojısı tam olarak bilinmemektedir, ancak travmanın bu tümörün gelişimine neden olduğu ilişkin yayınlar lüteratürde mevcuttur.

Olgu: Hastanemiz Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrrahi polikiliniğine başvuran 62 yaşındaki kadın hastanın, sağ el 4 parmak proksimal falanksta kitle şikayeti mevcuttu, hastadan alınan anemnezinde kitlenin yaklaşık 1.5 yıldır var olması ve giderek büyüdüğü tespit edildi.Yapılan fizik muayenede 4 parmak duyu muayenesi normal,motor muyanesinde şişliğe bağli pip eklem hareket kısıtlığı tespit edildi, yapılan yumuşak doku USG incelemesinde,Dev Hücreli Tendon Kılıf Tümörü ön tanısı alması üzerine hastaya genel anestezi altında operasyon planı yapıldı.

Tartışma: Dev hücreli tendon kılıf tümörü yavaş büyüme gösteren hassasiyeti olmayan ve multi lobule nodular yapılardan oluşan yumuşak doku tümörüdür.Tendon kılıfı sinoviyal hücrelerden köken alır. Elin ikinci en sık begin neoplasmıdır, etyolojisi tam bilinmemektedir, ancak travma, neoplasi, hiperplazi, inflamasyon ve metabolik olaylar ile ilişkilendirilebilir. Erkek: kadın oranı 1:1,66. Kompresyon oluşturarak nörolojik sempotomlara neden olabileceği bilinmektedir.Genelikle 30-50 yaşlar arasında görülmektedir.Bazı lezyonlar lokal olarak agresif davranarak kemik invazyonu oluştrabilir.

Anahtar Kelimeler: Tendon, Kılıf, Tümör, Dev, Eksizyon

Hastanın Preop Göüntüsü

P-109

Alt ekstremite malignite cerrahisi sonrası oluşan defektlerin onarımında daha iyi klinik ve fonksiyonel sonuç için hastaya özgü tedavi modalitelerimiz

Uğur Kaan Kalem[1], Tolga Aksan[1], Muhammed Beşir Öztürk[1], Korhan Özkan[2], Merdan Serin[1]

[1]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Alt ekstremitenin malign tümörleri, ortopedik onkolojik tedavilerin önemli bir bölümünü oluşturur. Eskiden çoğunlukla amputasyonla sonuçlanan bu tümörlerin tedavisinde son yıllarda onkolojik cerrahi prensiplerin değişmesi, radyoterapi ve kemoterapinin yardımının giderek artması ve rekonstrüktif cerrahi tekniklerin gelişmesiyle, ekstremite koruyucu cerrahi (LSS) önem kazanmıştır. Çalışmamızın amacı hastanemiz plastik cerrahi ve ortopedi kliniklerince ortaklaşa gerçekleştirilen alt ekstremite malignite rezeksiyonları sonrası oluşan doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda tercih edilen yöntemleri retrospektif olarak inceleyerek literatüre sunmaktır.

Materyal-Metod: 2019-2022 yılları arasında hastanemiz ortopedi ve plastik cerrahi klinikleri tarafından ortaklaşa opere edilen alt ekstremite malignitesi olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, komorbid durumları, malignite alt tipleri, uygulanan cerrahi müdahaleler, defekt boyutları, lokalizasyonları ve defekte yönelik rekonstrüksiyon tipleri analiz edildi.

Sonuçlar: Toplam 35 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların yaş ortalaması 42.5 idi. Bu çalışmada rekonstrüksiyon endikasyonlarının çoğu, primer kemik veya yumuşak doku sarkomlarının rezeksiyonu nedeniyle oluşan defektlerdi. Ek olarak, karsinom metastazlarının rezeksiyonu veya bazı lokal agresif iyi huylu kemik tümörlerinin rezeksiyonu sonrası oluşan defektler de dahil edilmiştir. 30 (%85) olguda erken yumuşak doku rekonstrüksiyonu, 5 (%15) olguda gecikmiş erken dönem yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Ortalama defekt boyutları 17.9 cm uzunluk (5-46 cm), 10 cm genişlik (3-28 cm) ve 6.7 cm derinlik (1.5-16 cm) idi. Çalışmaya alınan 35 olgunun 17'si (%49) uyluk, 8'i (%23) diz, 6'sı (%17) kruris ve 4'ü (%11) ayak defektleri nedeniyle opere edilmiştir. En sık uygulanan rekonstrüktif yöntem 18 olgu ile serbest doku nakli (%53) olurken, bunu 16 olgu (%44) ile lokal ve rejyonel flepler izlemiştir. Serbest doku nakillerinde, 7 vaka ile en yaygın kullanılanı Serbest Anterolateral Uyluk Flebi (ALT) (%39) idi. Lokal ve bölgesel flep seçeneklerinde en çok tercih edilen yöntem 7 olgu ile Medial Gastrocnemius Flep (%44) idi.

Sonuç: Tümör rezeksiyonu sonrası oluşacak defektlerin rekonstrüksiyonu hastaya özel planlanmalıdır. Cerrahi, onkolojik olarak güvenli sınırlara ulaşma ihtiyacını ihlal etmeden kas-iskelet tümörü cerrahisi prensibine göre yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite, ekstremite koruyucu cerrahi, rekonstrüksiyon, sarkom, serbest flep

Tümör ve flep tipleri tablo

Table 1: Tumor Types

PRIMARY	METASTASIS
• BONE	• Malign Melanoma 1
▪ Osteosarcoma 7	▪ Squamous Cell Carcinoma of Skin 1
▪ Chondrosarcoma 3	
▪ Ewing Sarcoma 2	
• SOFT TISSUE	
▪ Pleomorphic Sarcoma 5	
▪ Liposarcoma 1	
▪ Malignant Mesenchymal Tumor 2	
▪ Spindle Cell Sarcoma 2	
▪ Infantile Fibrosarcoma 1	
▪ Myxofibrosarcoma 2	
▪ Hemangioendothelioma 1	
▪ Epithelioid Sarcoma 1	
▪ Adamantinoma 1	
▪ Synovial Sarcoma 1	
▪ PVNS 1	
▪ Cribriform Carcinoma 1	
▪ Elastofibroma 1	
Total N: 32	Total N: 2

Table 2: Flap types and Anatomic Localisation

FLAP/ANATOMIC LOCALISATION	THIGH	KNEE	CRURIS	ANKLE	TOTAL
FREE					
ALT	3	-	1	3	7
FREE FIBULA	4	-	2	-	6
LATISSIMUS DORSI	3	-	-	-	3
TFL	-	1	1	-	2
REGIONAL					
MEDİAL GASTROCNEMIUS	2	4	1	-	7
VRAM	5	-	-	-	5
LOCAL FASCIOCUTANEOUS FLAP	1	-	1	-	2
MSAP	-	2	-	-	2
MGAP	-	1	-	-	1
MPAP	-	-	-	1	1
BICEPS FEMORIS MUSCLE FLAP	-	-	1	-	1
GRAFT					
STSG	2	7	1	-	10

P-110

Ters Akımlı Sural Flep

Göktekin Tenekeci, Toprak Geçgel, Yunus Emre Gökçe, Atakan Meriç Kahraman

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

Giriş: Bacağın 1/3 distal kısmında yer alan aşil tendonu, malleol ve topuk bölgelerini ilgilendiren yumuşak doku defektleri kapatılması güç olmakla birlikte bu bölgenin onarımı için birçok olası rekonstrüktif seçenek mevcuttur. Bu seçeneklerden deri greftleri bası alanlarının, tendon üzerlerinin ve ekspoze nörovasküler yapılar ile kemiklerin kapatılmasında uygun değildir. Lokal flepler ise bölgenin anatomik özellikleri nedeniyle donör alanlarının kısıtlı olması ve rotasyon arklarının dar olması, en boy oranlarının sınırlı olması gibi dezavantajlara sahiptir. Serbest doku transferleri ise mükemmel bir doku aktarımı hazırlar fakat operasyon süresinin uzun olması nedeniyle her hastada kullanılabilecek bir teknik değildir.Ters akımlı sural flepler bu bölgenin rekonstrüksiyonu için sık kullanılan seçeneklerden birisidir. Bu çalışmamızdaki amacımız retrospektif olarak taradığımız hastalarımızdaki tecrübelerden elde etmiş olduğumuz dersleri paylaşmaktır.

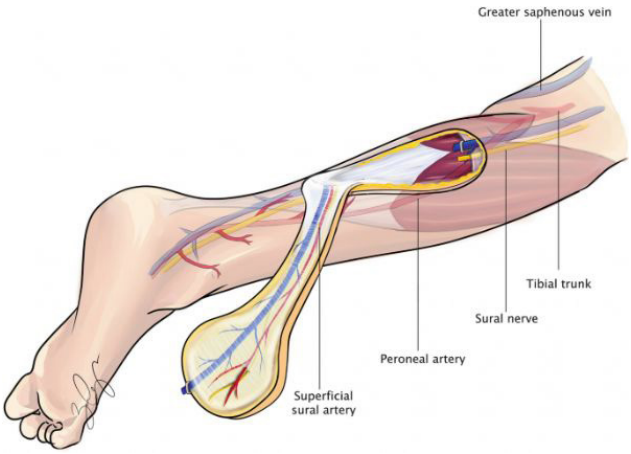
Materyal-Metod: Kliniğimizde 2015-2022 yılları arasında yaşları 5 ile 85 (ortalama 43,3) değişen 3 kadın 17 erkek hastada kruris distal 1/3'ünde ve topukta yer alan defektler ters akımlı sural flep ile onarıldı. Hastalar 1-84 ay (ortalama 21,05) süre ile takip edildi. Defekt boyutları 10-150 cm² (ortalama 53,3 cm²) olarak ölçüldü. Hastanede yatış süresi ise 7-120 gün (ortalama 43,1) olarak belirlendi. Etyolojik sebepler ise 4 hastada (%20) ateşli silah yaralanması, 10 hastada (%50) trafik kazaları, 2 hastada (%10) öncesinde mevcut olan osteomiyelite sekonder, 2 hastada (%10) cilt tümörü nedeni ile, 1 hastada (%5) diyabetik ayak yarası, 1 hastada da (%5)

bası yarasına bağlı olmuştur. Hastaların 8'i (%40) aktif sigara içicisi, 1'i (%5) öncesinde sigara öyküsü mevcut, 11 hasta (%55) ise sigara kullanmamaktadır. Eşlik eden komorbiditelere baktığımızda ise 5 hastada (%25) bilinen diyabetes mellitus, 4 hastada(%20) periferik arter hastalığı,1 hastada (%5) ise kronik astım tanısı mevcut idi. 19 olguda flepler tümüyle viabl iken 1 olguda (%5) distal yarısında kayıp gözlendi. Tüm olgularda pedikül tünelize edilmeyip üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Fleplerin 9'unda (%45) venöz konjesyon görüldü. Bunun sebeplerinden birisi de venlerdeki kapakçıkların ters yönde kalmasıdır. Postoperatif süreçte 1 hastada (%5) venöz konjesyona bağlı flepte kısmi kayıp, 3 hastada (%15) öncesinde mevcut olan osteomiyelitin tekrarladığı ve 1 hastada(%5) da flep çevresindeki greftlerinde kısmi kayıp haricinde komplikasyon gözlenmemiştir. Tüm hastalarda donör alan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı.

Tartışma ve Sonuç: Kruris distal 1/3 ve topuğu içerisine alan defektlerin rekonstrüksiyonu plastik cerrahlar için önemli bir konudur. Travma veya deformasyona sebebiyet veren diğer olay altta yer alan tendinöz ve kemik dokuları içerisine alabilir veya direk açıkta bırakabilir. Ters akımlı sural flep bacağın majör arterlerini feda etmez. Ayrıca bu flep cerrahi teknik olarak kolay ve hızlı oluşu, operasyonda kan kaybının minimal oluşu, ince bir flep olması nedeniyle kaba bir görüntüye sebep olmaması, mikrovasküler anastomoz gerektirmemesi nedeni ile cerrahi süresinin kısa olması gibi avantajları mevcuttur. Dezavantajları arasında ise sural sinirin hasarlanmasına bağlı duyu kaybı gerçekleşebilmesi,donör ve alıcı saha morbiditeleri gösterilebilir. Sonuç olarak kanlanmasının güvenilir olması, majör arterlerin korunması, operasyon süresinin kısalığı nedenleriyle kruris distal 1/3 ve topuğu içerisine alan defektlerin onarımında ters akımlı sural flep güvenle kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: sural, reverse, flep

Şekil



P-112

Uyluk Bölgesi Yumuşak Doku Defektinin VRAM Flep İle Rekonstrüksiyonu Deneyimlerimiz

Ramazan Furkan Akman, Ömer Özkan, Mehmet Tapan, Bilge Kaan Ulutaş, Özlenen Özkan

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

Giriş: Ewing sarkomu, çoğunlukla hayatlarının ikinci on yılındaki adolesanları etkileyen ikinci en yaygın primer malign kemik tümörüdür ve yüksek metastaz oranlarına sahiptir. Ewing sarkomu, tüm kemik sarkomlarının %10 ila %15'ini oluşturur. 1921 yılında James Ewing tarafından tanımlanan bu tümör ve kemiğin 'klasik' Ewing sarkomu, iskelet dışı Ewing sarkomu, göğüs duvarının malign küçük hücreli tümörü (Askin tümörü) ve yumuşak doku temelli ilkel nöroektodermal tümörler (PNET) olarak alt sınıfları bulunmaktadir. Geçmiş yıllarda %85-90 mortalite oranına sahip tümörün tedavisinde geniş cerrahi eksizyon + çok ajanlı adjuvan kemo-radyoterapi ile 5 yıllık sağkalım oranı %20'nin altından %70'in üzerine çıkmıştır. Bu kombine tedaviye rağmen 5 yıllık takip sürecinde Ewing sarkom tanılı vakalarda %30 nüks oranı görülmektedir.

Cerrahi tedavisinde geniş eksizyon gerektiren bu tümörün rezeksiyonu sonucu oluşan defektin rekonstrüksiyonunda deri greftleri, lokal flepler,uzak flepler ve serbest flepler tercih edilebilir. Geniş rezeksiyon sonucu genellikle kemik, tendon ve damar gibi yapıların ekspoze olması nedeniyle deri grefti bu rekonstrüksiyon için uygun olmamamktadır. Bu nedenle rekonsrüksiyon için lokal ve uzak flepler, serbest flepler tercih edilmektedir.

Uyluk proksimalinde bulunan geniş defektlerde lokal flepler rekonstrüksiyon için her zaman yeterli olamamaktadır. Bu durumlarda rekonstrüksiyon alternatifi olarak serbest flepler, pediküllü ALT flebi, VRAM (vertikal rektus abdominis myokutanöz flebi), TFL flebi ve gluteal bölgeden planlanan lokorejyonel flepler tercih edilebilir.

Olgu: 30 y, Erkek

Sağ uylukta anteriorunda oluşan şişlik nedeniyle yapılan biyopsi sonucu Malign Mezenkimal Tümör olarak raporlanmıştır. Kitle 3 cm cerrahi sınırlarla tabanda sartorius ve rektus femoris kasları parsiyel olarak materyale dahil edilerek eksize edilmiştir. Hastaya post operatif dönemde 2 kür kemoterapi ve otolog KİT uygulanmıştır. Hastanın rutin takiplerinde 2021 yılında çekilen PET'inde nüks ile uyumlu kitle tespit edilmiştir. Hastaya neoadjuvan 3 kür Gemsitabin + Dosetaksel, 3 kür İrinotekan+Temozolamid olmak üzere toplamda 6 kür KT uygulanmış ve 25 gün süre ile RT uygulanmıştır.

Sonrasında hastaya çekilen kontrol MR'da nüks kitle tekrar değerlendirilmiş ve ortopedi bölümü tarafınan hastaya operasyon planlanmıştır.

Hastanın çekilen MR'ında TFL ve Rektus Femorisin lateral başına invazyon gösteren kitle için Ortopedi hekimleri tarafından trtokanter majör ve iliak kanadın bir kısmı dahil edilerek eksize edilmiştir. Eksizyon sonrası oluşan yaklaşık 40x20 cm boyutunda, iliak kanat ve trokanter majorun ekspoze olduğu doku defektinin onarımı için cilt adası içeren pediküllü VRAM ile rekonstrüksiyon planlandı. 15x10 cm boyutunda VRAM flebin karın sağ alt kadranda çizimi yapıldı. Planlanan flep karın sağ orta alt kadrandan yapılan vertikal insizyon sonrası transvers fasya üzerinden diseksiyona devam edildi. Hastanın deep inferior epigastrik arter pedikülü eksplore edildi ve diseke edildi. İnguinal alandan flep tünelize edilerek trakonter majörün üzerine kapatılacak şekilde inset edildi. Defekt distalinde kalan tabanında kasların ekspoze durumda bulunduğu alan

sağ uyluk posteriorundan ve posterolateralinden alınan STSG'lerin insetiyle onarıldı. Flep donör alan prolen mesh'in tabanda fasya üzerine sütürasyonu sonrası uygun şekilde onarıldı.

Takiplerde flep viabilitesinde bir problemle karşılaşılmadı. Hastanın postoperatif takiplerinde greft alanlarının çoğunun litik olması nedeniyle hastaya tarafımızca tekrar op planlandı. Hasta tarihinde tarafımızca tekrar operasyona alındı. Greft üzerindeki litik alanlar debride edildi. Debridman sonrası defekt sol uyluk anterolateralinden alınan STSG'lerin insetiyle onarıldı.

Hasta tarafımızca ve ortopedi hekimleri tarafından takip edilmeye devam etmekte. Takiplerinde ek bir problemle karşılaşılmadı.

Tartışma: Uyluk proksimalinde bulunan tümörlerin rezeksiyonu sonrası oluşan geniş doku defektlerinin rekonstrüksiyonu yetersiz çevre doku nedeniyle zor olmaktadır. Olgu sunumumuzda bahsedilen hastada olduğu gibi ALT ve TFL flep sahasının rezeksiyona dahil edildiği ve bu nedenle rekonstrüksiyonda bu fleplerin kullanılamadığı durumlarda VRAM flep ile onarım iyi bir alternatif olarak görülmektedir. VRAM flepte pediküle yüksek oranda manipülasyon ve mobilizasyon sağlanabilmesi flebin avantajlarındandır. Ancak donör saha morbiditesi, insizyonel herni ve mesh enfeksiyonu gibi dezavantajlar nedeniyle lokorejyonel diğer fleplerin kullanılamadığı durumlarda tercih edilmelidir.

Sonuç: İliak kanat, trokanter major gibi kemik yapıların ekspoze olduğu geniş yumuşak doku defektlerinde serbest flebin uygun olmadığı hastalarda VRAM pediküllü flebi güvenilir vaskülaritesi, geniş miktarda cerrahi alandan uzak sağlıklı doku sağlaması nedeniyle göz önünde bulundurulması gereken güvenilir bir rekonstrüksiyon metodudur.

Anahtar Kelimeler: Kas flebi, Uyluk geniş doku defekti, Vram flebi

Preoperatif ve Intraoperatif Dönem Fotoğraflar

P-116

Şişli Hamidiye Etfal Hastanesinde 5 Yıllık Parmak Replantasyon Deneyimi

Saruhan Mahmutoğlu, Yunus Ertaş, Oğuzhan Tekin, Perçin Karakol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Seyrantepe Hamidiye Etfal Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Mikrocerrahideki teknolojik ve cerrahi gelişmelere rağmen hala replantasyon sonuçlarında tatminkar bir başarı oranı tam olarak yakalanamamıştır (I). Parmak replantasyon operasyonlarının başarı oranları literatürde %50'lerden %90'lara dek değişen oranlarda gösterilmektedir (II). Biz de bu çalışmamızda kliniğimizde son 5 yılda yaptığımız replantasyon operasyonlarının başarı oranını ortaya koymayı amaçladık.

Metod: Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2018-2022 yılları arasında replantasyon operasyonu yapılan 353 hasta retrospektif olarak yaş, kesi tipi, kesi seviyesi, ven onarımı, ven grefti kullanımı, sinir onarımı, sigara kullanımı ve başarı oranı faktörleri açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 353 hastanın 300'ü erkek (%84.9), 53 tanesi kadın idi (%15.1). 353 hastada toplam replante edilen parmak sayısı 410'du. Amputasyonların 84'ü Tamai zon 1 (%20,5), 326'sı Tamai zon 1 dışı idi (%79.5). Parmak replantasyon operasyonu uyguladığımız hastaların 154'i aktif sigara kullanıcısı iken (%43,6), 199'u sigara kullanımını bırakmış veya hiç sigara içmemişti (%56.4). Toplam 84 Tamai zon 1 amputasyonuna yapılan replantasyonlardan 45'i başarılı (%53,5), 39'u ise başarısız olarak sonuçlandı (%46,5). Tamai zon 1 dışı toplam 326 amputasyonda ise 166'sı başarılı (%50,9) iken 160 tanesi ise başarısız idi (%49,1). Başarı oranı sigara kullanımıyla beraber incelendiğindeyse aktif sigara kullanan 154 hastadan 81'inde başarılı sonuç elde edilmiş iken (%52,5) 73'ünde sonuç başarısız idi (%47,5). Bu oranlar sigara kullanmayan veya bırakmış hastalarda incelendiğinde 198 hastanın 99'u başarılı (%50), 99'u ise başarısız idi (%50). Toplam başarı oranına bakıldığında parmak replantasyon operasyonu yapılan hastaların 211'i (%51,5) başarılı, 199'u (%48,5) başarısız idi.

Tartışma: Mikrocerrahi tekniklerinin ve aletlerinin gelişmesi ve endüstrileşmenin artmasıyla parmak replantasyonları daha sık yapılmaktadır (II). Kliniğimizde yapılan replantasyon başarı oranlarında sigara kullanımının başarı oranına etkisinin olmadığı sonucu çıkmıştır. Kliniğimizde parmak replantasyonlarının başarı oranı literatürdeki diğer çalışmalara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak amputasyon seviyesi, yaralanma şekli, komorbiditeler bakımından parmak replantasyonu için endikasyonumuzun geniş olması ve hasta kabul oranımızın yüksek olması sebep olarak gösterilebilir.

Sonuç: Replantasyon başarısızlıklarında etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasıyla replantasyon başarısının arttırılması mümkündür. Replantasyon tecrübesinin artması ve cerrahi tekniklerin gelişmesiyle başarı oranının artması beklenmektedir.

Kaynaklar:

I. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2017;23(4):311–316 doi: 10.5505/tjtes.2016.40040 Copyright 2017

II. Maricevich, M, Carlsen, B. and Mardini, S. (2011). "Upperextremity and Digital Replantation". Hand (N.Y.), 6, 356–363.

Anahtar Kelimeler: parmak amputasyonu, parmak replantasyonu, replantasyon başarı oranı

P-117

Acil ve elektif El Cerrahisi uygulamasında önemli bir varyasyon: Yüzeyel Ulnar Arter

Alirza Jahangirov, Tarıkcan Kumbaşı, Mehmet Can Nergizoğulları, Ömer Faruk Akpınar, Erol Kozanoğlu, Bora Edim Akalın, Dicle Yaşar Aksöyler, Hayri Ömer Berköz, Ufuk Emekli

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

Giriş: Damarsal yapılardaki yerleşim ve dallanmalardaki varyasyonlar, bu yapılar ile uğraşan klinisyenler için zorlayıcı olmaktadır. Özellikle Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi gibi mikrodamarlar ve anastomozlarla uğraşan bir anadalda bu zorluk daha da öne çıkmaktadır. Bu varyasyonların rekonstrüksiyon operasyonlarından önce ortaya konmaması operasyon sırasında morbidite ve mortalite ile sonuçlanacak durumlar oluşturabilmektedir. Bu çalışmada yüzeysel ulnar arter ile ilgili deneyimlerimiz sunulmuştur.

Hastalar ve Yöntemler: İlk olguda, on sekiz aylık kız hasta, birimimize sol kolunda gelişen şişlik sebebi ile Acil Travma birimi tarafından konsulte edildi. Hastanın yaklaşık beş saat önce beşikten düşme sebebi ile Acil Travma birimine başvurduğu, intravenöz kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi çekimi planlandığı ve intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası sol koldaki şişlik şikayetinin geliştiği öğrenildi. Hastanın devam eden takiplerinde sol koldaki şişliğin arttığı, pasif hareketle hastada şiddetli ağrı geliştiği saptandı. Bu aşamada hasta kompartman sendromu ön tanısı ile fasyotomi planlanarak operasyona alındı. Genel anestezi altında sol el palmar yüzden başlayıp önkol volarinde devam eden ve kol distaline uzanan, el dorsumunda ise 2.-3. ve 4.-5. metakarp seviyeleri arasında vertikal uzanım gösteren rutin fasyotomi insizyonları tasarlandı. El palmar yüzden operasyona başlanarak proksimale doğru deri, deri altı geçildi ve fasya da insize edilerek kompartmanlar rahatlatıldı. Bu aşamada önkol proksimal seviyesinde fasya üzerinde seyreden yüzeyel bir damar insize edildi ve pulsatil kanama fark edildi. Kanamanın pulsatil özelliği göz önünde bulundurularak damar proksimal ve distale doğru takip edildi. Distalde damarın önkol ulnarine ilerlediği ve ulnar sinirle buluşarak Guyon kanalına ilerlediği saptandı. Bunun üzerine ulnar sinir proksimale doğru takip edildi. Ulnar sinire proksimalde eşlik eden bir arter yapısı mevcut olmadığı saptandı. Bahsi geçen damar yapısının ulnar arter olduğu düşünülerek proksimalden damar diseksiyonuna devam edildi. Damar yapısı proksimale takip edildiğinde brakiyal arterden orijin aldığı saptandı. Radyal arterin de brakiyal arterden orijin aldığı ve normal seyrinde olduğu görüldü. İnsize edilen damar yapısının yüzeyel yerleşimli ulnar arter olduğu saptandı ve mikroskop büyütmesi altında 10/0 nylon sütür ile damar uçları anastomoz edildi.

İkinci olguda, yirmi dokuz yaşında kadın hasta, Plastik Cerrahi Acil Birimine sağ üst ekstremite Verdan fleksor zone 5'te kesi ile başvurdu. Hasta yaralanma bölgesinde ağrı şikayeti olduğunu bildirdi. Yapılan fizik muayenesinde üçüncü ve dördüncü parmakların proksimal interfalangeal eklemlerinde fleksiyon kısıtlılığı saptandı. Hasta ulnar arter, üçüncü ve dördüncü süperfisyel fleksor tendonların kesisi tanısı ile ameliyata alındı. Eksplorasyonda, ulnar sinirden uzakta seyreden ve derin fasyanın hemen altında bulunan kesilmiş yüzeyel ulnar arter görüldü ve mikroskop büyütmesi altında 8/0 nylon sütür ile damar uçları anastomoz edildi.

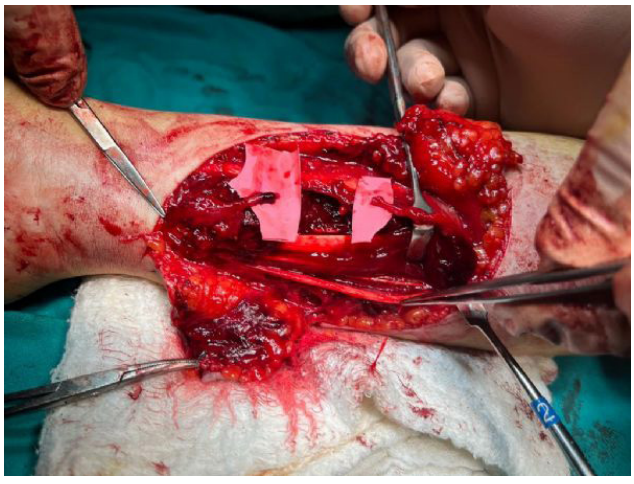
Üçüncü olgu, yirmi dokuz yaşında erkek hastaya bilinen dilde skuamoz hücreli karsinom nedeni ile hemiglossektomi ve rekonstrüksiyon için serbest radial önkol flebi ile onarım planlanmıştır. Hastanın operasyonu sırasında radyal önkol flebi kaldırılırken derin fasya altında seyreden yüzeyel ulnar arter görülmüştür. Serbest radyal önkol flebinin besleyici damarları ayrıldıktan sonra el dolaşımı gözlenmiş ve herhangi bir dolaşım kusuru görülmemiştir.

Bulgular: Bu çalışmada 28 Şubat ve 5 Haziran 2021 arası opere edilen üç hasta sunulmuştur. Hastaların ortalama yaşı 19.8 olup hastalardan biri erkek, ikisi kadındır. Hastalar ortalama sekiz ay takip edilmiştir. Takiplerinde yapılan Doppler Ultrasonografi tetkiklerinde her üç hastada arter akımlarının mevcudiyeti görülmüştür.

Sonuç: Yaygın cerrahi alanlarda meydana gelen vasküler anomaliler, cerrahi sırasında hasar olasılığını artırma eğilimindedir. Koldaki olağandışı kökeni ve subkutan seyri nedeniyle, yüzeyel ulnar arter kol ve önkol içindeki cerrahi prosedürlerde özellikle savunmasız olacaktır. Yüzeyel ulnar arter, her zaman akılda tutulmalıdır ve önkolda yapılacak işlemlerde olası bir damarsal varyasyona dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yüzeyel ulnar arter, fasyatomi, önkol kesisi, damarsal varyasyon

Verdan fleksor zone 5 kesisi olan bir hastada yüzeyel ulnar arter



Yüzeyel ulnar arterin ulnar sinirden uzakta ve derin fasyanın hemen altında kesildiğini görüyoruz.

P-118

Geç Primer Dönem Onarımı Yapılan Fleksör Tendonlarda Farklı Değişkenlerin Post Operatif Tendon Rüptürüne Etkisi

Bilge Kağan Aysal, Özlem Çolak, İlker Üsçetin, Batıbey Batmacı, Emre Gunenc

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Fleksör tendon yaralanmaları önemli ve cerrahi olarak sorunlu yaralanmalardır.

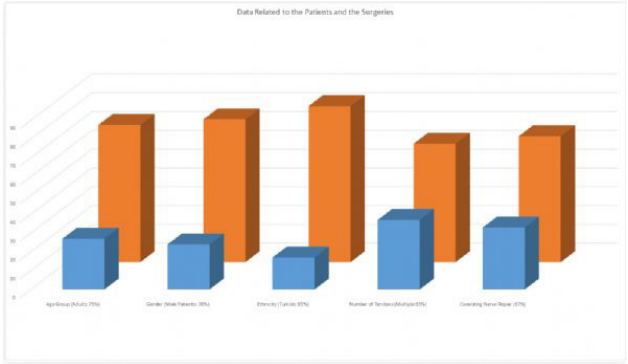
Evrensel olarak kabul görmüş onarım tekniklerinin kullanılmasına rağmen, çeşitli değişkenler tedavinin başarısını etkileyebilir. Çok sık olmamakla birlikte tendon yaralanmalarından sonra hastaların tekrar ameliyat olması gerekir, bu da morbiditeyi artırır. Fleksör tendon yaralanmalarından sonra primer tendon onarımı yapılan 73 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bunların 72'si gecikmiş primer onarım dönemindeydi. Hastaların yaşları 2 ile 61 arasında idi. Takip süresi 6 ile 9 ay arasında değişmekteydi. Toplam 211 fleksör tendonun onarımı yapıldı. Cinsiyet, yaş grubu (pediatrik ve yetişkin grubu), kimlik (yerli veya yabancı), onarılan tendonlar, onarım bölgesi, travma ile onarım arasındaki süre not edildi. Hastaların %5.5'i tendon yırtılması sonucu tekrar ameliyat edildi.

(n=4). Rüptür ve rüptür olmayan grupların medyan yaşları sırasıyla 19,5 ve 25 idi (p=0,815).

Pediatrik ve erişkin gruplar arasında fark yoktu (p=0,283). Travma ile onarım zamanı arasında geçen süre 7,13 ±6,96 gündü, rüptür ve rüptür olmyan grular arasında korelasyon yoktu(p=0,496). Tendon rüptürü olan hastaların tümü erkekti (p=0,567). Hastaların yüzde 63'ünde çoklu tendon yaralanması mevcuttu ve rüptür oranı %4,3 idi (p=0,623). Hastaların %67'sinde eşlik eden sinir yaralanmaları mevcuttu. (n=1,00). Hastaların %83'ü Türk vatandaşıydı ve tendon rüptürlerinde etnik kökenin önemli bir etkisi yoktu. Fleksör tendon yaralanmaları evrense olarak kabul görmüş cerrahi teknikler kullanılarak geç primer dönemde güvenle onarılabilir.

Anahtar Kelimeler: El Cerrahisi, Fleksör tendon, Rüptür

Hasta Ve Operasyon Bilgileri



P-120

Parmak Ampütasyonlarında Replantasyon: Klinik Sonuçların Retrospektif Analizi

Burak Alan, Selman Hakkı Altuntaş

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Parmak amputasyonlarında replantasyon başarısına etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Kliniğimizde yapılan replantasyon olgularında başarıyı etkileyebilecek değişkenlerin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: 2011 Ocak - 2022 Temmuz arasında acil servise parmak amputasyonu ile başvuran hastalardan replantasyon yapılan 204 hastayı retrospektif olarak inceledik. Multipl amputasyonlar da dahil edildiğinden toplamda 241 ampute parmak vakası olarak değerlendirildi. Vakalar amputasyonun tarafı, seviyesi, hangi parmak olduğu, yaralanma tipi, uygulanan anestezi türü olarak gruplanarak her grubun sonuca etkisi incelendi.

Bulgular: Replante edilen 241 parmaktan 122 tanesi başarılı idi (%50,62). Sol el parmaklarındaki amputasyonların sağ el parmaklarında yapılan replantasyonlara göre daha başarılı olduğu, keskin yaralanmaların künt ve ezilme yaralanmalarından daha başarılı olduğu, avülziyon tipi yaralanmanın ise en düşük başarı oranına sahip olduğu ortaya konuldu. Sol el parmaklarında yapılan replantasyonların travma tiplerine göre gruplandırıldığında ise keskin ve künt yaralanmalarda üstünlüğü olmadığı ancak ezilme ve kopma yaralanmalarında sağ el parmaklarının replantasyon başarısından üstün olduğu görüldü. Anestezi türünün, hangi parmak olduğunun ve yaralanma seviyesinin ise sonucu anlamlı düzeyde etkilemediği görüldü.

Sonuç: Parmak replantasyonlarında travma tipinin replantasyon başarısına etkisi konusunda bulgular literatürle uyumlu idi. Bölgesel anestezinin vazospazmı azaltarak başarıyı arttıracağını düşünüyorduk ancak bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Travmaya uğrayan tarafın başarıyı etkileyeceği ön görülen bir bulgu değildi. Sol el parmaklarında yapılan replantasyonlar özellikle kopma ve ezilme yaralanmalarında daha başarılı olması dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıktı.

Anahtar Kelimeler: Parmak, amputasyon, replantasyon

Sağ ve Sol El Parmak Replantasyonlarının Travma Tipine Göre Dağılımı

Trauma Type * Result Crosstabulation

Trauma Side				Result			Total
				success	partial necrosis	total necrosis	
Right	Trauma Type	Shape	Count	10	1	1	12
			% within Trauma Type	83,3%	8,3%	8,3%	100,0%
			Adjusted Residual	2,9	,7	-3,2	
		Blunt	Count	21	1	19	41
			% within Trauma Type	51,2%	2,4%	46,3%	100,0%
			Adjusted Residual	1,2	-,8	-,9	
		Crush	Count	18	1	28	47
			% within Trauma Type	38,3%	2,1%	59,6%	100,0%
			Adjusted Residual	-,9	-1,0	1,2	
		Avulsion	Count	9	3	22	34
			% within Trauma Type	26,5%	8,8%	64,7%	100,0%
			Adjusted Residual	-2,3	1,4	1,7	
	Total		Count	58	6	70	134
			% within Trauma Type	43,3%	4,5%	52,2%	100,0%
Left	Trauma Type	Shape	Count	13	1	3	17
			% within Trauma Type	76,5%	5,9%	17,6%	100,0%
			Adjusted Residual	1,5	-,3	-1,4	
		Blunt	Count	9	5	9	23
			% within Trauma Type	39,1%	21,7%	39,1%	100,0%
			Adjusted Residual	-2,3	2,9	,7	
		Crush	Count	24	0	13	37
			% within Trauma Type	64,9%	0,0%	35,1%	100,0%
			Adjusted Residual	,8	-2,1	,4	
		Avulsion	Count	18	2	10	30
			% within Trauma Type	60,0%	6,7%	33,3%	100,0%
			Adjusted Residual	,0	-,2	,1	
	Total		Count	64	8	35	107
			% within Trauma Type	59,8%	7,5%	32,7%	100,0%

P-125

Üst Ekstremitenin Nörovasküler Yaralanmalarında WALANT (Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet, ''Tamamen Uyanık, Lokal Anestezili, Turnikesiz Teknik'') Kullanımı

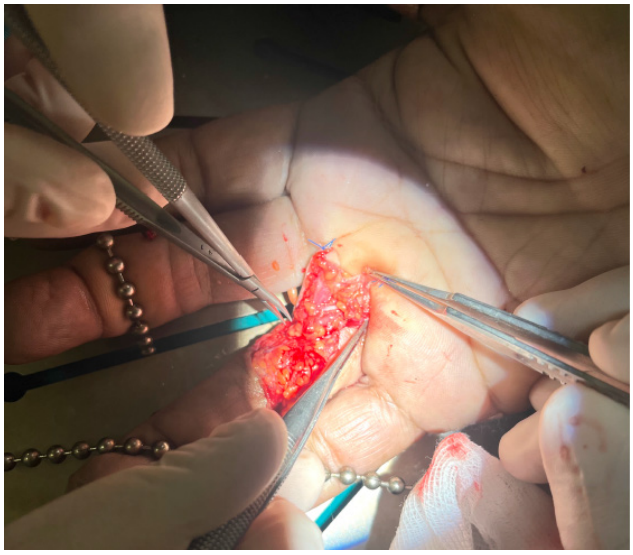
Mehmet Fatih Özçiler, Nurullah Gündüz, Oğuzhan Karasu, Serhat Şibar, Mehmet Sühan Ayhan

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

Son bir yılda (2021-2022 yılları arasında) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı bünyesinde acil servisten devir alınarak WALANT tekniği ile üst ekstremite rekonstrüksiyonu yapılan 5 hasta maliyet, ameliyat süresi, işe dönüş süresi açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: WALANT, el rekonstrüksiyonu, üst ekstremite rekonstrüksiyonu

Şekil C



63yaş, Erkek hasta. Sağ el 4.parmak ulnar taraf digital sinir koaptasyonu ve digital arter anastamozu yapıldı. İntraoperatif stabilite için el tahtasından faydalanılmıştır

Demografik veriler

	Yaş	Cinsiyet	İşlem	Ameliyat süresi (dk)	Yatış süresi (gün)	Maliyet (TL)
Hasta 1	61	Erkek	Sol el 2.parmak ulnar taraf dijital sinir koaptasyonu + proksimal falanks kw ile fiksasyon	120	1	1340,48
Hasta 2	45	Erkek	Sol el 5.parmak ulnar taraf digital sinir koaptasyonu	72	1	1892,24
Hasta 3	51	Erkek	Sağ el 4.parmak radial taraf digital sinir koaptasyonu + digital arter anastamozu	162	1	2076
Hasta 4	63	Erkek	sol el 2. ve 3. parmak fdp onarımı + sol el 3. parmak ulnar taraf digital sinir koaptasyonu + 2. parmak ulnar taraf digital sinir koaptasyonu + 3.parmak ulnar taraf digital arter onarımı	210	1	2596
Hasta 5	23	Erkek	sol el 1.parmak radial taraf digital arter ve digital sinir onarımı + distal falanks kw ile fiksasyon	140	1	1917

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri ve uygulanan yöntem ile ilgili veriler

P-126
Nadir El Yaralanmaları

Emrah Kağan Yaşar, Halil Işık,
Mustafa Canberk Gürbüz, Murat Şahin Alagöz

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

El travmaları sebebiyle kliniklere çok fazla başvuru olduğundan tedavileri büyük oranda standartize edilmiştir. Nadir karşılaşılan sebeplerle olan el travmaları ise bu yoğunlukta bazı durumlarda şiddetli klinik tablo ile başlamadıklarından hafife alınabilmekte veya ne yapılacağı bilinemediğinden acil müdahale gecikebilmektedir. Kliniğimiz sanayi bölgelerine yakın olduğundan kliniğimize birçok el travması başvurmaktadır.Bu bildirede 3 farklı nadir karşılaşılan travma olgularının(tablo-1) kliniğini ve tedavi basamaklarını tartışmayı planladık.

Olgu-1: 34y E hasta acil servise sağ el 3. ve 4.parmak tırnak seviyesinde crush yaralanma, sağ elde ödem sağ önkoldan başlayıp sağ kola doğru artan fluktuasyon ve cilt gevşekliği ve sağ dirsek proksimalinde kol dorsumunda yaklaşık 7x8 cm tam kat cilt nekrozu ile başvurdu.Bir gün önce kağıt katlamada kullanılan iki silindir arasında hastanın sağ elini sıkıştırması sonucu sırasıyla el,önkol ve kol proksimaline kadar sağ üst ekstremitesinin silindirler arasından geçmesi ile travma oluşmuş.Tomografisinde kolda sağ önkol ve kolda cilt altı sıvı ve sağ kol posteriorunda birikmiş 9x8x10 cm hematom saptandı(Figür-1).Sıkışma tarzı yaralanma olmasına rağmen hastada kompartman sendromuna dair bir bulgu saptanmadı.Ameliyata alınan hastada sağ dirsek proksimalindeki nekroz debride edildi, hematom boşaltıldı ve eksplorasyonda tüm ön kol ve koldaki cildin fasyokutan flep şeklinde alttaki kaslardan tamamen ayrıldığı, perfaratör ve asıcı bağ dokusu bağlarının koptuğu görüldü,el dorsumunu ve volarine fasyatomi insizyonları yapıldı, irrigasyon sonrası dirsek proksimalindeki açık yaranın olduğu yer olması gereken yere süturlarla sabitlendi ve açık yara 4 seans VAC ile takip edildikten sonra yara yarı kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.İlk başlarda sıkışma tarzı yaralanmaya benzese de bu yaralanmada kompartman lehine bir bulgu gelişmedi, kan ve idrar tablosunda belirgin bir kompartman bulgusu olmadı, silindirlerin etkisinin cildi tutup çekerek yapıştığı sabit yerlerden ayırdığı, cildin kas ve kemiklerin üzerinde bağlantısız bir örtü gibi kalmasına sebep olduğu ve ciddi bir kanamaya sebep olduğu görüldü.

Olgu-2: 17y E hasta yol yapım çalışması esnasında koluna ve daha az olarak da yüz ve boynuna zift temasıyla oluşan yanık nedeniyle başvurdu. Değerlendirmede tarif edilen bölgelerdeki ziftin deriye yoğun bir şekilde yapışmış olduğu görüldü(Figür-1). Ziftin bölgeden uzaklaştırılabilmesi için yanık alanlara hastane mutfağından temin edilen kapalı kutuda kahvaltılık pastörize tereyağı uygulandı(Şekil 2).30 dakika bekledikten sonra ziftin hemen çözündüğü tespit edildi. Bu şekilde vücudundaki tüm zift dikkatli bir şekilde uzaklaştırıldı. Oluşan 2. derece yanıklar pansumanla takip edildi ve birçok alanda ortalama 3 haftada kendiliğinden iyileşti.

Olgu-3: 20y E hasta bir hafta önce sol el 2.parmak pulpasına yüksek basınçlı yağ enjeksiyonu travması sonrası 7.günde tarafımıza başvurdu, muayenesinde pulpasında 2x2 mm'lik bir giriş deliği etrafı nekroze ve pulpada ekimoz bulunuyordu, hasta ilk başvurduğu merkezde bir girişim veya takip önerilmeden taburcu edilmiş(Figür-1). Tarafımıza başvurduğunda debridman için cerrahiye alınan hastada 1.parmakta fleksör zone 2 zone 3 kesişim yerine kadar ve 3.parmakta proksimal ve orta falanks volarinde nekrotik alanlar ve yabancı cisim tarafından etkilenmiş alanlar olduğu görüldü ve debridman-bol irrigasyon yapıldı ve açık bırakılarak iv antibiyoterapi ile takip edildi. Takiplerde hastanının distal falanks seviyesinde tam kat nekrozu gelişti ve nekroze alan ampute edildi.

Tartışma Sonuç: Kapalı travma sonrası gelişen Morel-Lavallee(1) lezyonuna benzeyen Olgu-1 yaralanmasında Morel-Lavallee'den farklı olarak ayrılmanın cilt fasya seviyesinde değil fasya dahil olarak kas üzerinden olduğu görüldü. Morel-Lavallee lezyonu genelde kalça,uyluk,diz, trokantarik bölgedelerde (2) gelişirken hastada yaralanma sağ üst ekstremitede gerçekleşmişti.Cilt altındaki perfaratörler etkilendiği için önkol ve koldaki cilt için dolaşım destekleyici pentoksifilin tedavisi verildi ve takiplerde travma sırasında gerçekleşen dirsek proksimalindeki nekroz dışında bir cilt kaybı görülmemiştir.

Olgu-2'de görülen katran yanıklarının genellikle şantiyelerde ve genellikle bir kova sıcak katran taşırken kaymanın veya yere serilmiş katranın içine düşmenin sonucu meydana geldiği bildirilmiştir(3) Literatürde kazaların çoğu çalışma yaşındaki genç erkekleri etkilediği ve yanıkların çoğu muhtemelen düşmeye karşı verilen refleks koruma haraketlinden dolayı üst ekstremiteler ve ellerde olduğu bildirilmiştir(3). Sıcak katranın yanıklarında ilk tedavi soğutmayı içerir ve genellikle su ile yapılır. Soğutma işleminde hipotermi gelişimi önlemek için soğutma işleminin katran sertleşene kadar yapılması önerilmektedir(3). Katranın vücuttan uzaklaştırılması için önceki zamanlarda direk debridman kullanılmıştır, ancak bu işlem ağrılıdır ve cilde zarar vererek daha fazla doku hasarına neden olduğu, ayrıca enfeksiyon riskini arttırdığı bildirilmiştir(3). Asfalt yanıklarında bazı yanlış uygulamalar (mazot, gaz yağı uygulaması gibi), yanık derecesini derinleştirm ekte ve katastrofik görünümlerle karşılaşılmaktadır(4). Terayağ,zeytinyağ,vazelin gibi maliyeti düşük, uygulaması kolay ajanlarla, özellikle de çok derin hasar oluşmamış yanıklarda, yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır(3-4)

Her 600 travmatik el yaralanmalarından biri enjeksiyon yaralanmalarıdır. Büyük merkezlerde yılda 1-4 başvuru olmaktadır. En sık non-dominant el işaret parmağı etkilenmektedir(5).Bu yaralanmalardaki en önemli nokta ilk başvuruda küçük giriş deliği ve belirsiz klinik tablosu yüzünden travmanın hafife alınması ve hastaların erken müdahale alamamasıdır. İlk başvuruda hafif klinik bulgular ile başlayan tablo kademeli olarak artar ve ağrı şişlik uyuşukluk belirginleşir ardından kompartman içindeki basınç yükselmesine bağlı olarak nekroz gelişir.Yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmalarında cilt altı yumuşak dokuya enjekte edilen materyalin içeriği, basınç miktarı, hastanın yaralanma bölgesi ve cerrahi debridman zamanlaması,Olgu-3 te olduğu gibi, prognozu belirleyen ana etmenlerdir. Zamanında yapılan dekompresyon-debridman ampütasyon riskini azaltmaktadır.Yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanması ile karşılaşıldığında ilk bulgular çok silik de olsa vaka ciddiye alınmalı ve literatürde bulunan tedavi ve takip algoritması ile hasta yönetimi sağlanmalıdır.

Kaynakça:

1. The Mayo Clinic experience with Morel-Lavalle 'e lesions: Establishment of a practice management guideline Terry P. Nickerson, MD, Martin D. Zielinski, MD, Donald H. Jenkins, MD, and Henry J. Schiller, MD, Rochester, Minnesota
2. The Morel-Lavallée Lesion: Diagnosis and Management
3. Zeytinyağı ile Katranın Vucüttan Temizlenmesi
4. Asfalt yanıklarında pratik bir tedavi metodu: vazelin uygulaması Birol Civelek, Düek Bağdatlı, Selim Çelebioğlu

5. High-pressure injection injury of the hand: an often underestimated trauma: case report with study of the literature N. Verhoeven Æ R. Hierner

Anahtar Kelimeler: Sıkışma yaralanması, Enjeksiyon Yaralanması, Zift yanığı

Figür-1

Figur-1:A ve B:Olgu-1,C:Olgu-2, D:Olgu-3

Tablo-1

Hasta	Yaş	Etyoloji	Müdahale	Komplikasyon
Olgu-1	34	Sıkışma ve avülziyon	Hematom boşaltma Debridman Greftleme	-
Olgu-2	17	Zift yanığı	Terayağı yardımlı debridman	-
Olgu-3	20	Enjeksiyon yaralanması	Seri Debridman Amputasyon	-

P-134

Devlet Hastanesinde Yüz Germe Tecrübelerimiz

Perçin Karakol, Mert Noyan Dabak, Yunus Ertaş, Alican Aydın, Agit Sulhan, Yasin Canbaz, Osman Sevindik, Berkan Şanlı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi ABD, İstanbul

Yüz germe operasyonları günümüzde en sık uygulanan estetik cerrahi prosedürleri arasındadır. Pek çok farklı cerrahi teknik tanımlanmış olmasına rağmen her bir tekniğin avantajları ve dezavantajlarının bulunması cerrahlar arasında ortak bir görüşe varılmasını güçleştirmektedir. Subkütan facelift prosedürleri teknik olarak daha basit ve fasiyal sinir hasarı ihtimalinin az olması nedeniyle tercih edilmektedir ancak etkinliği ve kalıcılığı derin plan tekniklerine göre daha sınırlıdır. SMASektomi, MACSlift, SMAS plikasyonu gibi SMAS manipülasyonu içeren teknikler subkütan facelifte göre daha etkilidir. Fasiyal sinir hasarı ihtimalinin nispeten az olması ve uygulama tekniğinin derin plan tekniklerine göre daha kolay olması pek çok cerrah tarafından tercih edilmesine neden olmaktadır. High SMAS, Derin Plan Facelift gibi SMAS tabakasının serbestleştirildiği teknikler diğer tekniklerden farklı olarak yüzün asıcı bağlarının (retaining ligaments) serbestlenmesini sağlar ve bu sayede daha kalıcı ve başarılı sonuçlar elde edilebilir. Ancak bu tekniğin uygulaması SMAS'ın eleve edilmediği tekniklere göre daha zordur, öğrenme eğrisi daha uzundur ve komplikasyon riski daha fazladır.

Farklı tekniklerin farklı avantaj ve dezavantajlara sahip olması, hasta ve teknik seçimini önemli kılmaktadır. Yüzün yaşlanma sürecinin iyi anlaşılması ve hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi bu seçim sürecinde en kilit noktayı teşkil eder. Pek çok durumda hastalar daha genç görünümlü bir yüz isteğiyle cerraha başvurmaktadır ancak yüzünde yakındığı problemler her zaman sorunun esas kaynağını oluşturmamaktadır. Hastanın beklentilerini doğru anlamak ve problemi doğru teşhis edip hasta ile uyum içerisinde doğru operasyon kararını almak, hasta ve cerrahın memnun kalmasını sağlayacak en uygun ve optimum operasyonu bulmada en önemli adımdır.

Biz bu çalışmamızda kliniğimizde son bir yıl içerisinde opere edilen 7 facelift hastası üzerinden tecrübelerimizi ve eğitim kliniklerinde neden giderek az uygulanan bir operasyon olduğunu olası gerekçeleriyle birlikte aktarmayı amaçladık.

Çalışmamız Ağustos 2021 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında hastanemizde opere edilen 7 hastayı kapsamaktadır. Hastaların tamamı kadın olup yaşları 43-58 arasında değişmektedir. Hastalarımızdan 2 tanesi MACS'lift tekniği ile 5 tanesi ise SMAS plikasyonu tekniği ile opere edilmiştir. MACSLift yapılan hastalardan birinin operasyonu boyun germe operasyonu ile kombine edilmiştir. Hastalarımızın tamamına yüz germeye ek olarak yüze yağ enjeksiyonu, 3 tanesine radyofrekans uygulanmıştır. Hastalarımızın tamamına operasyon sırasında dren yerleştirilmiş ve takiplerde drenlerinden gelen sıvı miktarı 30cc altına düşmesiyle drenleri çekilmiştir. Ortalama dren kalma süresi 3 gündür. Hastalarımızda postoperatif erken ve geç dönem komplikasyon görülmemiş olup, post-op 3-5 gün arasında taburcu edilmişlerdir.

Facelift operasyonlarını izlemek-uygulamak asistan eğitiminde önemli bir yere sahiptir. Ancak günümüzde devlet hastaneleri ve asistan yetiştiren eğitim kurumlarında yapılan yüz germe operasyonu sayısı giderek azalmaktadır. Mezun olmadan yüz germe operasyonu yapan asistan sayısı her geçen gün azalmaktadır. Eğitim kliniklerinde yüz germe gibi operasyonları yapmanın çeşitli zorlukları vardır. Her şeyden önce tecrübeli ve nitelikli cerrahların her geçen gün sayısı artacak şekilde eğitim kurumlarını terk etmesi, yapılan nitekli ameliyat sayısını pek çok klinikte azaltmaktadır. Yüz germe gibi uzun ve zorlu bir ameliyattan doktorların maddi kazanç sağlayamaması, malpraktis yasalarının giderek ağırlaşması, bu tür ameliyatları yapmayı tercih etmemelerine sebep olmaktadır. Her geçen gün ameliyathane imkanlarının azalması bu tür uzun ve zorunlu olmayan operasyonların uygulamasını azaltmaktadır. Öğrenme eğrisinin nispeten uzun olmasının ve ciddi komplikasyon risklerinin mevcut olması, eğitimcilerin yüz germe operasyonlarını asistanlara yaptırmayı tercih etmemesine sebep olmaktadır.

Mevcut sorunlar sebebiyle pek çok asistan yüz germe prosedürlerine hakim olamadan mezun olmaktadır. Estetik cerrahisinin en önemli operasyonlarından birinin asistan eğitiminde bu denli arka plana atılması, yeni yetişen plastik cerrahlar için önemli bir sorun teşkil edilmektedir. Bu tür operasyonların eğitim kliniklerinde, asistan eğitimine katkısı olacak şekilde daha yaygın olarak yapılması, uygulamaya izin verilmesi, yetiştirilen cerrahların niteliğini önemli ölçüde arttıracak, yeni teknikler tanımlanarak literature Türk plastik cerrahların katkısına imkan tanıyacaktır

Anahtar Kelimeler: Facelift, SMAS, Yüz Germe

Yüz Germe Ve Neck Lift Yapılan Hasta Preop-Perop ve Postop Fotoğrafları

Yüz Germe ve Neck Lift Yapılan Hasta Preop-Perop ve Postop Fotoğrafları

P-135

Augmentasyon Mamoplasti Operasyonlarında Kullanılan İmplant Hacmine Göre Hasta Memnuniyetinin Değerlendirimesi

Sergen Karataş, Sare Demirtaş, Ahmet Rıfat Doğramacı, Mustafa Sütçü, Zekeriya Tosun

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

Giriş: Augmentasyon mamoplasti, plastik cerrahi klinik pratiğinde memnuniyet oranı en yüksek operasyonlardan biri olup sıralamada en önlerde yer almaktadır. Uygun boyutta implant seçimi operasyon başarısında kritik bir önem taşımakla birlikte son dönem değişen estetik algılar ve sosyal medyanın hayata etkisindeki artış düşünüldüğünde operasyon için belirlenen uygun boyutta implant seçimi gerek hastayı gerek cerrahı zorlamaktadır. Bu çalışmanın amacı meme büyütme ameliyatlarında implant hacmi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Method: 2021-2022 yılları arasında augmentasyon mamoplasti operasyonu yapılan 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Otolog doku ile augmentasyon gerçekleştirilen hastalar ve kas altı implant yerleştirilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Protez hacmine göre hastalar iki gruba ayrıldı. 330 cc altı protez kullanılan 14 hasta Grup 1; 330 cc ve üstü kullanılan 16 hasta Grup 2 olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen 30 hastaya 'BREAST-Q Version 2.0 Augmentation Module Pre- and Postoperative Scale' ölçeği kullanılarak 'psikososyal ve cinsel iyilik hali, meme ve ameliyat sonucunun memnuniyeti' olmak üzere 4 konu başlığı altında sorular yönlendirildi. Elde edilen verilerin analizi SPSS Versiyon 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) programı aracılığı ile yapıldı. Mann Whitney u testi kullanılarak $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Grup 1'deki 14 hastanın yaş ortalaması 30,14 (21-43) yıl, postoperatif takip süresi 7,14 (1-12) ay, kullanılan protez hacimlerin ortalaması 276,43 (240-300) cc bulunurken; Grup 2'deki 16 hastanın yaş ortalaması 29,25 (18-41) yıl, postoperatif geçen süre 6,13 (2-12) ay, kullanılan protez hacimlerin ortalaması 382,50 (330-620) cc olarak tespit edildi.

Psikososyal iyilik hali kategorisi altında yöneltilen sorular preoperatif ve postoperatif olarak ayrı ayrı değerlendirildi. Verilen yanıtlar Grup 1 de preoperatif %37,14 ve postoperatif %82,71 iken Grup 2 de preoperatif %38 ve postoperatif %95,56 olarak hesaplandı. Preoperatif değerler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, postoperatif değerler arasında büyük protez kullanılan hastalarda küçük protez kullanılanlara göre anlamlı yüksek olduğu görüldü. (p:0,015)

Aynı şekilde cinsel iyilik hali ve meme memnuniyeti kategorileri altında yönlendirilen sorular da hastalar tarafından preoperatif ve postoperatif olacak şekilde değerlendirildi.

Cinsel iyilik hali kategorisinde; Grup 1 preoperatif %19 ve postoperatif %75,93, Grup 2 ise preoperatif %25,56 ve postoperatif %94,56 olarak değerlendirildi. Preoperatif değerler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, postoperatif değerler arasında büyük protez kullanılan hastalarda küçük protez kullanılanlara göre anlamlı yüksek olduğu görüldü. (p:0,03)

Meme memnuniyeti skalasında; Grup 1 preoperatif %18,21 ve postoperatif %82,29, Grup 2 preoperatif % 25 ve postoperatif % 90,19 olarak tespit edildi. Preoperatif ve postoperatif verilen yanıtlar her iki grup karşılaştırılarak değerlendirildiğinde anlamlı bir fark tespit edilmedi. (p:0,498 ve p:0,294)

Ameliyat sonucunun memnuniyeti hakkında hastalara sorulduğunda küçük protez kullanılanlarda % 88,29 ve büyük protez kullanılanlar % 94,50 memnuniyet yüzdelerinin olduğu görüldü. Her iki grubun ameliyat memnuniyeti kıyaslandığında büyük protez kullanılanların daha yüksek olduğu görülürken gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü. (p:0,193)

Tartışma ve Sonuç: Literatürde hastaları kozmetik meme büyütme operasyonuna yönlendiren ve bu operasyon için motive eden etkenlerin psikososyal kökenleri olduğu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Meme hacminden ve şeklinden memnuniyetsizlik; bunun doğrultusunda özgüven ve öz değer kaybı, hayat kalitesinde azalma gibi şikâyetler, hastaları operasyon için motive eden nedenler arasında yer almaktadır. [1,2]

Başarılı operasyonların gerçekleştirildiği ve yüksek hasta memnuniyetinin elde edildiği augmentasyon mamoplastide kullanılacak uygun implant hacmi operasyonun temelini oluşturur. Protez seçimi hasta ve cerrahın ortak kararı sonucu alınır. Son dönemde değişen estetik algılar ve hastaların talepleri, cerrahları uygun implant hacminin seçiminde büyük protez kullanımına yönlendirmektedir. Meme büyütme operasyonunu ve hasta memnuniyetini değerlendiren birçok çalışma mevcut iken, implant hacmine göre meme büyütme operasyonu ve hasta memnuniyeti değerlendiren çalışma ulaşılabilen literatürde rastlanmamıştır. [3,4,5]

Çalışmada büyük implant boyutlarının, hastaların psikososyal ve cinsel iyilik hallerine katkıları daha fazla olduğu görülmüş ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Operasyon sonucunun memnuniyeti ve operasyon sonrası mevcut meme memnuniyeti değerlendirildiğinde de büyük implant kullanılan hastalarda küçük implant kullanılan hastalara göre memnuniyetin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak implant ile meme büyütme ameliyatlarındaki başarı; doğru hasta seçimi, doğru plan ve uygun implant hacmi seçimine bağlı olmakla birlikte implant hacminin

hastaların psikososyal, cinsel iyilik halini etkileyebilen bir faktör olduğu akılda tutulmalıdır.

Kaynakça:

1. Psychological issues associated with breast augmentation, ssues Ment Health Nurs 2009 Jun;30(6):377-82.
2. Psychological Considerations in Cosmetic Breast Augmentation, Plast Surg Nurs 2007 Jul-Sep;27(3):146-54.
3. The effect of breast augmentation surgery on quality of life, satisfaction, and marital life in married women using BREAST-Q as a validation tool, J Family Med Prim Care. 2020 Feb; 9(2): 711–713.
4. Analysis of satisfaction and well-being in the short follow-up from breast augmentation using the BREAST-Q, a validated survey instrument, Aesthet Surg J 2013 Feb;33(2):245-51
5. Understanding the effect of breast augmentation on quality of life: prospective analysis using the BREAST-Q, Plast Reconstr Surg. 2014 Apr;133(4):787-795.

Anahtar Kelimeler: augmentasyon mamoplasti, implant seçimi, meme büyütme

P-138

Yüz ve Boyun Germe Ameliyatlarında Komplikasyon Yönetimi

Fatih Berk Ateşşahin, Hüseyin Emre Ulukaya, Safa Eren Atalmış, Erk Evren, Adnan Menderes

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Medeniyetin ilerlemesi ve toplumların gelişmişlik düzeylerinin artması sonucunda insan yaşam ömründe belirgin bir ilerleme olmuştur. Ortalama yaşam sürelerinin artması toplumdaki yaşlı insan sayısını ve bu insanların toplumdaki oranını da arttırmıştır. İleri yaş grubunun çalışma ve sosyal alanlardaki mevcudiyeti fiziksel olarak da alt yaş gruplarıyla rekabet içinde olmalarına neden olmuştur. Bu nedenle insanoğlu her zaman dış görünüşünün genç kalmasını ister ve kırışıklık, çökme veya lekeler gibi yaşlılık göstergelerinin giderilmesi için çaba gösterir.

Bu durumda plastik cerrahi ameliyatlarındaki gelişmeler, teknik sayılarındaki artış, görsel medyadaki ilgi yüz gençleştirme ameliyatlarına olan talebi giderek artırmıştır. Biz de bu çalışmamızda 2014-2022 yılları arasında kliniğimize yüzde sarkma, şekil bozukluğu ile başvuran ve tarafımızca yüz germe(Ritidektomi) operasyonu yapılan hastaların ameliyat süreçleri ve sonuçlarıyla ilgili tecrübelerimizi paylaşacağız.

Gereç ve Yöntemler: Polikliniğimize 25.02.2014-09.05.2022 tarihleri arasında yüzde sarkıklık ve şekil bozukluğu ile başvuran hastalar arasından tarafımızca opere edilen 68 hasta olduğu bulundu. Hasta verileri hastanemiz otomasyon sistemi ve kliniğimizce tutulan kayıtlardan elde edildi. Tüm hastalar yaş, cinsiyet, eşlik eden komorbiditeler, uygulanan tedaviler ve operasyon sonrası dönemde komplikasyonlar açısından incelendi. Operasyon öncesi tüm hastaların en az 5 farklı açıdan yüz fotoğrafları çekilerek kliniğimizin sistemine kayıt edildi.

Cerrahi Teknik: Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. 1000 ml serum fizyolojik ve 1 ml 1/1000lik adrenalin ile preop hazırlanan solüsyonlar bilateral preaurikuler, postaurikuler, malar ve zigomatik bölgelere verildi. Bilateral frontotemporal saç çizgisi hizasından başlayarak preaurikulerden intratragal devam eden ve lobül arkasına dönülerek postaurikulere uzanan insizyon yapıldı. Kesinin preaurikuler komponentinen subkutan planda fasyokutan flep olarak yanak cildi nasolabial ve nasojugal sulcuslara yukarıda temporal bölgeye ve inferiordan boyun katlantısı üzerine dek diseke edildi. Fasiyokutan flebin altından SMAS vertikal ve horizontal olarak plike edildi.Preaurikuler, postaurikuler ve saç hattından fazla cilt eksize edilerek flep insizyon hattına suture edildi. Postaurikuler insizyondan inferiora doğru yine subkutan planda fasyakutan flep eleve edilerek superiora doğru gerildi. Fazla cilt eksize edilerek flep sütüre edildi. Oluşan poşlara 1 er adet 10luk hemovac dren yerleştirildi. Sütür hatlarına strip pansuman uygulandı ve tüm hastalara yüz korsesi intraoperatif olarak giydirildi.

Bazı hastalara yüz germe(ritidektomi) operasyonuna ek olarak; rinoplasti, yüze lipofilling, blefaroplasti gibi diğer yüz gençleştirme operasyonları da uygulandı.

Postoperatif Bakım: Tüm hastalar operasyon sonrası dönemde serviste izlendi. İlk gece tüm hastalar yakın arteryel tansiyon takibi nedeniyle monitörize izlenirken yüksek tansiyon saptanması durumunda hematom gelişmesini engellemek için antihipertansif ilaçlar ile tansiyon değerleri 140-90mmHg değerinin altına düşürüldü. Günlük olarak pansumanları yenilendi ve hemovac dren takibi yapıldı. Hemovac drenden <25ml/24 saat gelen olması ardından hastalar taburcu edildi. Yüz korselerinin en az 4 hafta olacak şekilde kullanımı hastalara önerildi. Taburculuk sonrası hastalar polikliniğimizde haftalık olarak 1 ay daha sonra 3 ve 6. Aylarda kontrole çağrıldı.

Bulgular: Toplamda 2 erkek, 62 kadın ve 4 transgender kadın hasta tarafımızca opere edildi. 68 hastanın yaş ortalaması 57,9 olarak hesaplandı. Ortalama hastanede kalış süresi 2,37 gün olarak tespit edilirken hemovac drenlerin çekiliş süresi ortalama 1,81gün olarak tespit edildi.Hastalardan kırk tanesinin en az 1 adet ek komorbiditesinin olduğu öğrenildi. 31 hastanın iste geçmişte yüze yönelik olarak en az 1 operatif işlem geçirdiği öğrenildi. Yüze yönelik olarak dolgu, botulinum toksin uygulanması, rinoplasti, lipofilling ve blefaroplasti operasyon öykülerinin en çok geçirilmiş operasyon olduğu görüldü. 4 hastanın iste geçirilmiş facelift öyküsünün olduğu öğrenildi. İntraoperatif olarak hastaların büyük bölümüne yüz gençleştirme amacıyla başka teknikler de uygulandı. Alt veya üst blefaroplasti, umblikal bölgeden elde edilen yağ greftlerinin yüzün çeşitli bölgelerine enjeksiyonu, septorinoplasti vb. teknikler ile hastalarda genç görünüm elde edilmeye çalışıldı. Hastalar servis izlemi ardından tarafımızca 6 ay-1yıl süre ile polikliniğimizde takip edildi. Postoperatif komplikasyon erken ve geç dönem olmak üzere tarafımızca 2ye ayrılarak sınıflandırıldı. Erken dönem komplikasyonlar arasında ağrı, kanama, hematom, sütür hattında dehissans, fasyal sinir hasarı, flep distallerinde ekimoz ve nekroz yer alırken geç komplikasyonlar skar, simetri, fasyal paralizi, enfeksiyon yer aldı.

Erken dönemde hastaların tamamına yakınında(88%) ağrı yakınması mevcutken parol, dekskeporfen vb NSAİİ ile ağrı kontrolü sağlandı. Bazı hastalarda Tramadol de analjezi de kullanılırken başka bir narkotik analjezik ihtiyacı olmadı. Sütür hatlarından sızma tarzında kanamalar haricinde hastaların hiç birinde hematom gelişmedi. Bundan da yola çıkarak hiçbir hastanın ekren dönemde 2. Bir opeasyon ile hematom boşaltılması ihtiyacı olmadı. Sütür hatları stripli olarak izlenen hastaların stripleri tarafımızca 1. Haftadaki poliklinik kontrollerinde çıkarıldı. İlk kontrolde sütür hattında dehissans bildirilen hasta sayısı 12 hasta

oranı %17,6 olarak değerlendirildi. 12 hastanın hiçbirine resütürasyon gibi ek cerrahi işleme gerek olmazken tüm hastaların insizyon hatları lokal yara bakımı ile takip edildi. Hiçbir hastada erken veya geç dönemde fasyal sinir hasarına yönelik bir bulgu saptanmadı.

Geç dönemde 6. Ay ve 1. Yıl kontrollerindeki hastaların skar hatları tarafımızca fotoğraflanarak da değerlendirildi. 3 hastada hipertrofik skar, 3 hastada deprese skar ve 8 hastada genişlemiş skar saptandı. Bu bulguların eşliğinde 14 hastanın 1 yıllık takibinde kötü görünümlü skara sahip olduğu saptandı. Yaklaşık olarak 5 hastadan 1 inde saptanan bu durumun sözel olarak hastaların skar şikayetleriyle paralel olduğu görüldü.

Tartışma: Yüz gençleştirme operasyonlarına yönelik olan ilgi günden güne artmaktadır. Son yıllarda invazif ve minimal invazif operasyon tekniği çeşitleri giderek artmaktadır. Tarafımızca da dolgu, botoks, ip askı, minifacelift, kaş askısı gibi teknikler de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda yüz gençleştirme tekniklerinin belki de en invazif olanı ritidektomi hakkında retrospektif olarak hastalarımızı araştırdık.

Daha önce facelift operasyonu geçiren 4 hasta tarafımızca tekrar opere edilmiş, malar bölgelerden aynı veya daha büyük uzunluktaki flepler tekrar eleve edilmiş ve cilt fazlalıkları eksize edilmiştir. 4 hastamızda da flep viabilitesinde sorun olmamış takiplerinde komplikasyon gelişmemiştir. 4 hastanında skarları kabul edilebilir ölçüde olarak değerlendirilmiştir.

Aşağıdaki postoperatif görüntülerde de görülebileceği gibi nazolabial oluklardaki derinlik artışında azalma, kaz ayakları kırışıklıklarında azalma, post aurikulere uzanan skar sayesinde kısmi boyun germe, mandibular bölgede cilt sarkıklarında azalma saptandı.

Operasyon sonrası dönemde erken dönemde hiçbir hastamızda ek müdahale gerektirecek hematom/kanama gelişmedi. Erken dönem komplikasyonu olarak ağrı dışında minimal sütür hatlarında dehissans ve flep distallerinde nekroz görüldü. Tüm hastalar lokal yara bakımı ve pomadlar ile takip edildi.

İnsan yaşam süresinin uzaması ve yaşlı popülasyonun iş/sosyal hayattaki aktivitenin artması ile popüler hale gelen fiziksel olarak genç görünme isteği ve facelift gibi bunu sağlayacak operasyonlara ilgi günden güne artmaktadır. Biz de bu çalışmamızda 2014-2022 yılları arasından kliniğimizde gerçekleştirilen facelift operasyonlarına yönelik olarak retrospektif olarak bir tarama yaptık ve sonuçlarını sizlerle paylaştık.

Anahtar Kelimeler: boyun germe, nekroz, SMAS, skar, yüz germe

P-139

Orta Yüz Germe cerrahisine Subsliyer insizyon ile yaklaşım

Günay Güldoğuş, Özlem Çolak, Batıbey Batmacı, Harun Erbek

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Günümüzün yüz gençleştirme yöntemi minimal cerrahi girişim ile ahenkli ve doğal görünümü vurgular. Orta yüz germe daha genç görünen bir yüze sahip olmak isteyen hastalarda sıklıkla uygulanan bir işlemdir.

Yüz gençleştirme bir profiloplasti işlemidir, alın, burun, ısırım, çene ucu ve boyundan oluşur.

Kişi yaşlandıkça yüz yapılarında gözle görülür değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler arasında en sık Malar yağ yastıklarının atrofisi ve alçalması,nazolabial kıvrımların derinleşmesi, cilt elastikiyetinin kaybı ve gıdı gelişimi yer almaktadır. Orta yüz germe cerrahi teknikleri geniş bir yelpazeyi içermektedir. Orta yüz germe teknikleri arasında yüzeysel müsküler aponevrotik sistem(SMAS) flep kaldırılması, Minimal erişimli kraniyal süspansiyon(MACS) ile derin bir düzlem ile yüz germe, subsiliyer insizyonla ve gingivolabial sulkuslardan yapılan insizyonlar ile yapılabilmektedir. Seçilecek cerrahi method hastaya en uygun olacak şekilde cerrahi girişim öncesi planlanmalıdır. Güvenli ve tatmin edici bir orta yüz germe cerrahisi yapmak için fasiyal düzlemlerin anlaşılması, güvenli planların bilinmesi çok önemlidir. Yanakta yüzeyselden derine doğru bu katmanlar deri, deri altı yağ, SMAS, parotis maseterik fasya ve parotis bezidir. Bu çalışmada 2022 yılı içerisinde kliniğimizde orta yüz germe ameliyatı yapılmış olan toplam 7 hasta sunulmuştur. Orta yüz germe için subsiliyer insizyon kullanılmıştır.

Subsiliyer insizyonda medialde lakrimal punktum seviyesinden lateral kantusun 7-10mm lateraline uzanım gösteren hatta cilt insizyonu ile girildi. Orbikularis okuli kasının pretarsal kısmı 4mm kalınlığında korunarak kas altı planda girildi ve preseptal planda diseksiyon yapılarak orbital rim periostuna ulaşıldı. Suborbikuler yağ yastıkçığı(SOOF) yapısı bozulmadan subperiostal plana girilerek orta yüz flebi subperiostal planda infraorbital damar sinir paketi korunarak üst gingivobukkal sulkus mukozası kraniyali seviyesine kadar eleve edilerek mobilize edildi. Takiben drill yardımı ile orbita inferolateral duvarına delik oluşturuldu. Ardından eleve edilmiş orta yüz flebi malar bölge seviyesinde perkütan iki adet sütür geçilerek orbita inferolateraline açılmış deliklere tespit edilerek askılandı ve orta yüz germe için istenen uygun görünüm elde edildi. Sütür gerginlikleri her iki taraf orta yüz simetrisi sağlayacak şekilde ayarlandı.

1 hastamıza aynı seansta üst göz kapağı bleferoplastisi, 1 hastaya pitoz cerrrahisi, 1 hastada bilateral alt göz kapağı blefroplastisi uygulandı. Lateral kantus desteği (profilaktik kantopeksi) bu cerrahi girişimin rutin bir parçası olup cerrahi sonrası estetik görünüme olumlu yönde fayda sağlamaktadır. Hastaların diğer cerrahi girişimler ile kıyasla daha erken zamanda normal hayatlarına dönüşleri, daha hızlı bir iyileşme süresi ve daha doğal bir görünüm elde edildiği görülmüştür. Tüm hastaların hasta memnuniyetini daha objektif bir şekilde değerlendirmek için ortalama cerrahi sonrası 4 aylık süre ile takip edildi. Hiç bir hastada erken ve geç cerrahi sonrası dönemde komplikasyon gözlenmedi. Sonuç olarak subsiliyer insizyon ile orta yüz germe tekniği efektif, düşük morbiditeli ve yüksek hasta memnuniyeti olan estetik cerrahi bir girişimdir.

Anahtar Kelimeler: yüzgerme, ortayüz, subsliyer, insizyon

P-141

Daha İyi Bir Skar Görünümü İçin Grade 4 Jinekomasti'de Liposuction Sonrası Rezeksiyon İle Onarım

Ali Emre Korkut, Ömer Özkan, Mehmet Tapan, Seyit Ahmet Korur, Özlenen Özkan

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

Giriş: Jinekomasti, erkek meme glandüler dokusunun iyi huylu büyümesidir ve erkeklerde en sık görülen meme patolojisidir. Yapılan çalışmalar erkeklerin en az %30'u yaşamları boyunca jinekomastiden etkileneceğini göstermektedir. Anksiyete, psikososyal rahatsızlık ve meme kanseri korkusuna neden olduğu için erken tanısal değerlendirme önemlidir ve hastalar genellikle tıbbi yardıma başvururlar. Jinekomastinin, östrojen üretiminin artması, androjen üretiminin azalması veya her ikisi nedeniyle östrojen ve androjen etkisi arasında bir dengesizliğe veya östrojen/androjen oranında artmaya bağlı olduğu bildirilmiştir. Jinekomastinin değerlendirilmesi, ayrıntılı bir tıbbi öykü, klinik muayene, spesifik kan testleri, görüntüleme ve doku örneklemesini içermelidir. Tedavi seçenekleri takip ve medikal tedaviden cerrahi tedaviye kadar değişmektedir. İlişkili bir durum olan psödojinekomasti, glandüler proliferasyon olmaksızın yağ birikimi olarak kendini gösterir ve en sık olarak obezlerde görülür. Ek olarak, anabolik steroidlerin artan kullanımı ve ksenoöstrojenler veya östrojen benzeri maddelerle çevresel kontaminasyon, erkek meme dokusunda glandüler proliferasyonu uyarabilir. Jinekomasti prevalansı, farklı değerlendirme yöntemlerinin kullanılması ve farklı yaş ve farklı yaşam tarzlarına sahip erkeklerin analizleri nedeniyle %32-65 arasında bildirilirken, otopsi verileri prevalansı %40 olarak göstermektedir.

Jinekomasti sınıflamasına göre (Barro's classification) grade 3 ve üzerindeki hastalarda, mevcut problemin giderilmesi amacıyla kliniğimizde çok aşamalı uygulama yapılmaktadır.

Jinekomasti Sınıflaması

Evre 1- Memede büyüme var ancak ciltte sarkma ve gevşeklik yok.

Evre 2- Memede kadınsı şekilde büyüme var ama ciltte sarkma yok.

Evre 3- Memede büyüklükle birlikte meme alt katlantı çizgisi belirginleşmiştir. Cilt fazlalığı mevcut.

Evre 4 - Meme kadın memesi gibi büyük ve katlantının üstüne sarkmış cilt fazlalığı var.

Kadınlarda meme redüksiyonu sonrası insizyon skarları gizlenebilirken erkeklerde jinekomasti eksizyonu sonrası skarlar meme dokusu olmadığı için inframammarian fold gibi alanlara gizlenememekte ve daha belirgin olmaktadır. Grade 3 ve üzeri hastalarda bir ya da birkaç seans liposuction sonrası rezeksiyon yapılarak daha az miktarda cilt dokusu çıkarılabilir ve estetik olarak daha iyi bir sonuçla beraber daha az insizyon skarı elde edilebilir.

Olgu Sunum: 21 y Erkek

Jinekomasti nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde grade-4 jinekomasti mevcut olduğu görüldü. Her iki meme sternal çentik- areola arası mesafe 24 cm ölçüldü. Palpasyonda subareolar glandüler dokunun artmış olduğu saptandı. Hastanın ek hormonal bozukluğu mevcut değildi. Hastaya tarafımızca liposuction sonrası farklı bir seansta eksizyon ile onarım planlandı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. 1 L Ringer Laktat solüsyonu içerisine 1 ampul adrenalin (1mg) konularak hazırlanan tümesans solüsyonu hazırlandı. Hazırlanan solüsyon her iki meme inferiorundan yapılan 0.5 cm transvers kesi sonrası her iki memeye 250'şer mL tümesans solüsyonu uygulamasını takiben liposuction yapıldı. Her iki memeden 500'er mL yağ dokusu aspire edildi.

Tartışma: Jinekomasti maskülanize görünümü bozan feminize görünüm yaratan, kişilerde sosyal etkiler oluşturan tablodur. Hastalarda anksiyete, psikososyal problemler, özgüven problemi yaratmaktadır ve estetik kaygılar doğurmaktadır. Jinekomasti Barro's sınıflamasına göre 4 gruba ayrılır. Tedavi yöntemleri arasında gözlem, medikal tedavi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Cerrahi tedavi yöntemleri arasında liposuction, cilt eksizyonu, glandüler doku eksizyonu gibi metodlar yer almaktadır. Literatürde cerrahi olarak tek seans ile de jinekomasti operasyonu yapılabileceği bilinmektedir. Fakat kliniğimizde önce liposuction seansı, sonrasında derinin kontrakte olmasından sonra diğer seanslar ile gland ve cilt eksizyonu yapılmaktadır. Bu yöntem ile postop estetik kaygılardan biri olan insizyon skarı daha az görülmektedir.

Sonuç: Grade 3 ve ileri jinekomastilerde daha estetik bir sonucun elde edilebilmesi için liposuction ve ardından cilt eksizyonu önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, Liposuction, Meme Estetiği

Hasta Fotoğrafları

P-143

Nadir Olgu: Tek Yumurta İkizlerinde Meme Redüksiyonu

Mert Şen, Okan Acicbe, Murat Enes Sağlam, Melih Çakaroğlu, Pınar Özbilgehan, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Meme redüksiyonu operasyonları estetik sonuçlarının yanında hastaların hayat kalitesini arttırmaya yönelik yapılan operasyonlardır. Makromastisi olan hastalar sırt ağrısı, kıyafet giyememe, dermatit gibi şikayetlerle başvurabilmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi olarak kliniğimize makromasti şikayetiyle başvuran tek yumurta ikizi 25 yaşında iki adet hastaların bir tanesinde bilateral memede simetrik grade 3 pitoz, diğer hastada asimetrik olarak sağ memede grade 3, sol memede grade 2 pitoz mevcuttu. Her iki hastaya inferior pediküllü wise paternine uygun meme

redüksiyonu operasyonu yapıldı. Intraop veya postop kan transfüzyonu gerekmedi. 3 gün boyunca her iki hastaya da dren takibi yapıldı. Postop 4. Günde her iki hasta sağlıklı olarak taburcu edildi. Postop 10. Günde ve 1. Ayda yapılan kontrollerinde hastaların operasyondan memnun oldukları, simetrinin sağlandığı görüldü.

Kliniğimizde meme redüksiyonu operasyonları sıkça yapılmakta olup cerrah tercihine bağlı olarak inferior pedikullu veya superomedial pedikullu wise paternine uygun plan yapılmaktadır. Karşımıza çıkan olguda hastaların tek yumurta ikizi olması, fenotipik özelllikleri tamamen aynı olmasına rağmen meme boyutlarında farklılık mevcuttu. Klinik pratiğimizde ilk defa karşılaşılan bu durumun literatürde de mevcut olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: *Estetik Cerrahi, Meme Redüksiyonu, Wise Pattern*

P-144

Hiperplazik Frontal Sinüse Sahip Olguda Rinoplasti Osteotomi Yönetimi

Sare Demirtaş, Ahmet Rıfat Doğramacı, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun

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

Amaç: Paranazal sinüslerden biri olan frontal sinüs, frontal kemiğin skuamöz parçasında süperior orbital rimin posteriorunda yer alan ve ince bir septum ile birbirinden ayrılan bir çift hava boşluğunu ifade eder. Frontal sinüsün nazal kavite ile bağlantısı ve burun ile yakın anatomik yerleşimi nedeniyle rinoplasti ameliyatlarında korunması önem arz eder.

Bu çalışmada hiperplazik frontal sinüsü olan rinoplasti olgusunda önceden yapılması planlanan klasik osteotomi yöntemlerinin, hastanın sahip olduğu bu anatomik varyasyona göre modifiye edilmesi ve bunu sağlayan preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinin cerrahi planlamadaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Dorsal hump, internal valv yetmezliği ve septal deviasyonu olan 19 yaşındaki kadın hastaya açık tekniğe uygun septorinoplasti operasyonu planlandı. Preoperatif dönemde internal nazal yapıları ve paranazal sinüsleri değerlendirmek için paranazal BT görüntüleri elde edildi. Kesitler incelenirken özellikle sagittal kesitlerde frontal sinüsün daha kaudalde yerleşim gösterdiği görüldü. Operasyon planlaması sırasında frontal sinüsün bu morfolojik farklılığı göz önünde bulundurularak normalde yapılması planlanan transvers osteotomiden vazgeçildi. Operasyon planı içinde yer alan bilateral alçaktan-alçağa lateral osteotomi yerine alçaktan-yükseğe lateral osteotomi uygulanmasına karar verildi.

Tartışma: Frontal sinüs doğumda mevcut olmayıp hayatın ilk bir yılında büyümeye başlar, genellikle pubertede nihai boyutuna ulaşır ancak bu bazen 24 yaşına kadar sürebilir. Büyüklüğü kalıtsal ve çevresel farklılıklara bağlıdır. Guerram ve arkadaşları(2014) ile Özcan ve arkadaşları(2018) BT koronal kesitleri üzerinde SOL(supraorbital çizgi) ve MOL(midorbital çizgi) anatomik işaretlerini kullanarak frontal sinüs vasyasyonlarını aplazik/hipoplazik, medium ve hiperplazik olmak üzere gruplara ayırmışlardır. Bu çalışmadaki olguda hastanın 19 yaşında ve kadın olmasının aksine Tatlisumak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hiperplazik frontal sinüs erkekte daha fazla ve en sık 35-40 yaşlarında görülmektedir.

Osteotomi işlemi rinoplasti operasyonlarında olmazsa olmaz prosedürlerinden biri olup, pek çok hastanın şikayetçi olduğu nazal dorsal hump redüksiyonu sonrası oluşan açık çatı deformitesinin kapatılması temel endikasyonudur. Çok geniş olan dorsum osteotomi sayesinde daraltılır, deviye ve asimetrik olan nazal kemikler yine bu sayede serbestleştirilip istenilen şekil verilerek asimetriler giderilir. Jacques Joseph'in orijinal nazal osteotomi tanımlamasından beri yıllar içinde çeşitli osteotomi teknikleri tanımlanmıştır ve hepsinin kendine özgü endikasyonları mevcuttur.

Lateral osteotomi, medial osteotomi ve transvers osteotomi nazal kemikleri lateralde maksilladan, medialde septumdan ve süperiorda frontal kemikten ayırıp serbestleyen klasik osteotomi teknikleridir. Bu olguda frontal sinüsün anterior tabulasına zarar vermemek için transvers osteotomi yapılmaksızın nazal kemikler sadece medial ve lateralden serbestlenmiştir. Lateralde osteotomi yapılırken preoperatif dönemde alçaktan-alçağa osteotomi planlanmışken hastanın hiperplazik frontal sinüsü nedeniyle osteotom nazal kemiğin frontal kemik bileşkesine kadar ilerletilmemiş ve osteotomi daha kaudal seviyede tamamlanmıştır. Frontal sinüsün inferior sınırının normale göre kaudalde yer aldığı olguda yapılan bu iki osteotomi modifikasyonu sayesinde frontal sinüs duvarına operasyon sırasında zarar verilmesinin önüne geçilmiştir.

Sonuç: Rinoplasti hastalarında bilgisayarlı tomografi görüntüleri sadece internal nazal ve septal problemleri belirlemekle kalmayıp birtakım atipik anatomik ve morfolojik fasiyal varyasyonları preoperatif dönemde detaylı şekilde gösterebilmektedir. Operasyon öncesi planlamada günümüzde sık kullanılan BT görüntüleri sayesinde sunulan olguda olduğu gibi, operasyon öncesinde hastanın sahip olduğu anatomik varyasyonlara hakim olunarak postoperatif gelişebilecek ciddi komplikasyonların da aynı zamanda önüne geçilebilmektedir. Bu nedenle hasta nefes problemi tariflemese dahi, rinoplasti operasyonu planlanıyor ise mutlaka preoperatif dönemde paranazal BT görüntüleri elde edilmesinin oluşabilecek komplikasyonları azaltabilmek adına faydalı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı Tomografi, Hiperplazik Frontal Sinüs, Rinoplasti, Osteotomi

P-145

Meme büyütme ameliyatı sonrası Mondor Hastalığı: Nadir görülen bir olgu sunumu

Doğukan Halil Dündar, İbrahim Tabakan, Eyüphan Gencel, Osman Metin Yavuz

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

Giriş ve Amaç: Mondor hastalığı göğüs duvarı yüzeyel venlerinin tromboflebiti ile karakterize göğüs duvarı ve nadiren peniste görülebilen bir hastalıktır. Mondor Hastalığı ilk kez 1939'da Henry Mondor tarafından tanımlanmıştır. Bu hastalık travma sonrası ve özellikle meme cerrahisi sonrasında görülebilen kendini sınırlayan bir hastalıktır. Görülme sıklığı %0,5 %0,8 olarak bilinmektedir. Amacımız meme cerrahisi sonrasında olgumuzda gelişen bu hastalığın özelliklerini ve yönetimini tartışmaktır.

Olgu: 36 yaş sigara kullanımı mevcut olan ek hastalığı olmayan hasta meme büyütme operasyonu için kliniğimize başvurdu. Tarafımızca bilateral inframamarian 4 cm.lik

insizyonlarla girilerek bilateral oluşturulan subpektoral poşa 225cc round silikon implant yerleştirildi. Postoperatif 3. haftada sağ meme inframamarian bölgede lineer seyirli ciltten kabarık ağrılı lezyon gelişti. Muayenelerimiz sonrasında Mondor hastalığı ve selülitten şüphelenildiğinden Doppler USG ile görüntüleme istendi. Doppler USG sonucu yüzeyel venlerde trombüs ve dilatasyon saptanılan hastaya non-steroidal antinflamatuar, sıcak uygulama ve antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavinin 5. haftasında hastalığın tamamen regrese olduğu görüldü.

Tartışma: Nadir görülen bu hastalığın etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Tanı konulan hastaların %50-60'ı idiopatiktir(2). Bilinen etkenler lokal travma, geçirilmiş meme cerrahisi, makromasti, dar kıyafetler, intravenöz ilaç bağımlılığıdır(3,4). Hastalık sıklıkla 2. ve 5. dekatlar arasındaki kadınlarda görülmektedir(5). Mondor hastalığında lateral torasik ven, torakoepigastrik ven ve superior epigastrik ven tutulumu olmaktadır(8). Bu venler içinde de en sık ortaya çıktığı ven torakoepigastrik vendir(3). Mondor hastalığında tutulan bu venlerin anatomik lokalizasyonu memenin üst iç kadranını kapsamadığından; hastalık üst iç kadranda görülmez. Genellikle tek taraflıdır ve erkeklerde daha nadir olarak görülmektedir. Olguların %75'inin kadın olduğu bildirilmiştir(7). Hastalığın tanısından klinik ve doppler görüntüleme yapılabilir(9). Biyopsi tanı konulamayan vakalarda kullanılabilir. Hastalığın tedavisine ağrı kesiciler, sıcak uygulama önerilmektedir. Antibiyoterapi antikoagülan-antiagregan kullanımı rutin olarak önerilmemektedir(8).

Sonuç: Meme cerrahisi sonrası göğüs duvarında ortaya çıkan ağrı kızarıklık şikayeti olan hastalarda Mondor hastalığının göz ardı edilmemesi gerekir. İnvaziv işlemlere gerek kalmadan tanı ve tedavisinin olması komplikasyon yönetimi açısından oldukça önemlidir.

Referanslar

1. Essentials of Plastic Surgery, Jeffrey E. Janis,Second edition,2014
2. Carla M, Robert L, DeWitty. Mondors disease. J Nati Med Asso 1996; 96: 359-363.
3. Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS, Phelan N, Grant Kels JM. Dermatologic diseases of the breast and nipple. J Am Acad Dermatol 2000; 43: 733-751.

Anahtar Kelimeler: meme büyütme, mondor, tromboflebit

Olgu

P-146

Medyal uyluk germede labial distorsiyonu önlemek için yeni bir yöntem

Selma Sönmez Ergün[1], Özcan Gayretli[2], Ahmet Kirazoğlu[1], Mehmet Fatih Çamlı[1], Yusuf Erbayat[1]

[1]Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.
[2]Anatomi ABD, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi-İstanbul.

Amaç: Medyal uyluk bölgelerinde deri sarkmasına ve yağ birikimine bağlı olarak gelişen kontur deformiteleri yaşlanan ya da aşırı kilo veren olgular için bir endişe kaynağıdır. Olguların endişelerine rağmen, plastik cerrahlar önceleri ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar ve kötü sonuçları nedeniyle daha önce tanımlanmış olan medyal uyluk germe tekniklerini kullanma konusunda isteksiz davranmışlardır. (1)

Medyal uyluk germe tekniğinde, tanımlanmasından bu yana postoperatif komplikasyonları azaltmak ve ameliyat sonucunun öngörülebilirliğini artırmak için birçok iyileştirme yapılmasına rağmen (2,3) vulvar distorsiyon henüz tam olarak önlenebilmiş değildir.

Bu çalışmada labial distorsiyonun önlemek amacıyla tarifliediğimiz yöntem sunulmaktadır.

Yöntem: Yatay ve dikey olarak çıkarılacak dokuları belirleyecek olan çizimler, ameliyathanede hasta ayakta dururken yapıldı. Yatay olarak çıkarılacak dokunun ön çizgisi kasık kıvrımı boyunca çizildi, arka çizgisi ise sarkan cildin hem medyale hem de yukarıya doğru çekilmesiyle belirlendi. Dikey olarak çıkarılacak kısmın merkezinde yer alacak olan dikey çizgi, uyluğun medial yüzeyi boyunca çizilerek oluşacak yara izinin uylukların içinde gizlenmesi sağlandı. Dikey olarak çıkarılacak doku cildin önden ve arkadan medyale doğru sıkıştıılmasıyla belirlendi. Yatay ve dikey olarak çıkarılacak kısımlar Şekil 1a'daki gibi çizildi.

Daha sonra, hasta kurbağa pozisyonundayken Fourchette'den (F noktası) başlayan bir yatay çizgi çizilip gluteal kıvrımla kesiştiği nokta A noktası olarak belirlendi. Böylelikle T şeklindeki kesilerin neden olduğu germe gücü nedeniyle oluşan labial distorsiyonu engelleyecek nokta belirlendi. A noktasının belirlenmesiyle T şeklindeki kesilerde T'nin hem apeksi hem de seviyesi belirlenmiş oldu (Şekil 1a).

Üçüncü derece ptozu olan üç kadın hastaya yukarıda tanımlanan nirengi noktaları kullanılarak T skar yöntemiyle medial uyluk germe işlemi yapıldı (Şekil 1b,c,d,e,f).

Bu yöntemle ameliyat edilen olguların hiçbirinde labial distorsiyon gelişmediği görüldü.

Tartışma: Derideki gevşeklik ve lokalize yağ birikintileri medial uyluk bölgelerinde kontur deformitesi olan hastaların temel şikayetleridir. Uyluğun üst üçte birlik kısmı ile sınırlı olan deri sarkıklığı Lockwood'un orijinal tekniği kullanılarak horizontal eksizyonla düzeltilebilirken, uyluğun üst üçte birinin ötesine uzanan deri sarkıklıkları dikey skar teknikleri ile düzeltilebilir (T, ters J veya L skar) (1,2,4).

Horizontal eksizyon sonrasında labial distorsiyon ile belirgin yara izi ve yara izinin aşağıya doğru yer değiştirmesi yaygın olarak görülür. Dikey skar tekniğinde ise ciltteki gerilim tüm uyluk yüzeyine dağıldığı için bu komplikasyonlar daha az görülür. Bu yöntemde 'köpek kulaklarını ortadan kaldırmak için yatay eksizyon yapılır (5,6).

Yatay cilt rezeksiyonu yapılacak olgularda labial distorsiyonu önlemek için perineal bileşke boyunca

aşağıya doğru yapılacak traksiyonun iletilme derecesini değerlendirmek önemlidir. Cram ve arkadaşlarının (6) çalışmalarında belirtildiği gibi, labial distorsiyonu önlemek için traksiyonun gluteal kıvrım üzerindeki pozisyonu üzerinde minimum etkisinin olduğu nokta seçilmelidir. Çalışmamızda bu noktayı A noktası olarak anatomik nirengi noktalarını kullanarak belirledik.

Sonuç: Günümüzde artan sayıda hastanın talepleri nedeniyle uyluk germe ameliyatları plastik cerrahinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Normal anatomiden yola çıkarak medyal uyluk germe sonrası oluşabilecek labial distorsiyonu önlemek için bir çizim yöntemi tasarladık. Böylece bu çizgiler ve belirlenen noktalar sayesinde medial uyluk germe işlemi sonrası vulvanın doğal görünümünün devamlılığını sağlamayı ve cerrahi planlamayı kolaylaştırmayı amaçladık.

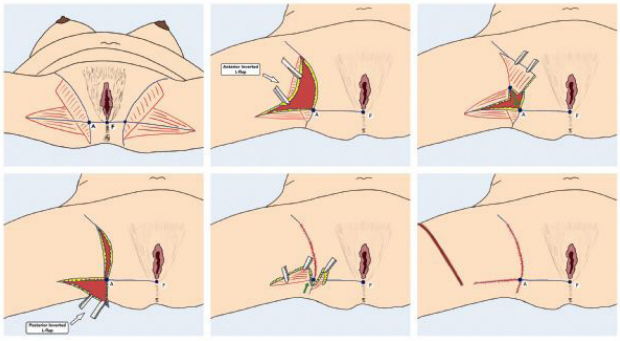
Kaynaklar:

1. Lewis Jr JR. The thigh lift (1957). J Int Coll Surg 27: 330-4.
2. Lockwood TE (1988). Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. Plast Reconstr Surg 82: 299-304.
3. Le Louarn C, Pascal JF (2004). The concentric medial thigh lift. Aesthetic Plast Surg 28: 20-3.
4. Bertheuil N, Carloni R, De Runz A, Herlin C, Girard P, Watier E, Chaput B (2016). Medial thighplasty: Current concepts and practices. Ann Chir Plast Esthet 61:e1-7. doi: 10.1016/j.anplas.2015.08.006.
5. L Labardi 1, Pietro Gentile, S Gigliotti, M Marianetti, G M Colicchia, M Pascali, L Brinci, V Cervelli (2012). Medial thighplasty: horizontal and vertical procedures after massive weight loss. J Cutan Aesthet Surg 5: 20-5. doi: 10.4103/0974-2077.94330.
6. Cram A, Aly A (2008). Thigh reduction in the massive weight loss patient. Clin Plast Surg 35:165-72. doi: 10.1016/j.cps.2007.09.005.

Resim 1a,b,c,d,e,f: Çizim yöntemimizin ve yapılan uyluk germe ameliyatının şematik gösterimi.

Anahtar Kelimeler: medyal uyluk germe, labial distorsiyon, cerrahi teknik

Resim 1 a,b,c,d,e,f



Resim 1a,b,c,d,e,f: Çizim yöntemimizin ve yapılan uyluk germe ameliyatının şematik gösterimi.

P-147

Covid-19 Enfeksiyonuyla Tetiklenen Poliakrilamid Dolgu Granülomatöz Reaksiyonu: Vaka Raporu

Burak Özkan[1], Pınar İncel Uysal[2], Süleyman Savran[1], Pelin Börcek[3], Çağrı A. Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]TOBB ETÜ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Aquafilling(BIOTRH, spol, s.r.o, Çek cumhuriyeti), bir tür sentetik biyobozunur olmayan hidrofilik jeldir1. %98 fizyolojik tuzlu su ve %2 poli (akrilamid - ko- N, NO-metilen-bis- akrilamid) içerir. Meme ve popo büyütmenin yanında bazı ülkelerde yüz gençleştirme amacıyla da kullanılmaktadır. Poliakrilamid jel nispeten yüksek oranda komplikasyon riskine sahiptir bu nedenle bazı ülkelerde Aquafilling kullanımı yasaklanmıştır,

Bu vaka raporunda, SARS-COV-2 enfeksiyonu sırasında inflamatuvar reaksiyondan muzdarip olan ve ardından yaklaşık on yıl önce yüz gençleştirme için enjekte edilen aquafilling 'e karşı yabancı cisim reaksiyonu geliştiren bir kadın hasta sunulacaktır.

Vaka Sunumu: 36 yaşında kadın hasta, sol yanağında 5 aydır mevcut olan asemptomatik nodül öyküsü ile başvurdu. Hikayesinde, dokuz yıl önce orta yüz gençleştirme için Aquafilling enjeksiyonu yapıldığı, o zamandan sonra hiç estetik operasyonu geçirmediği öğrenildi. Kliniğimize başvurusundan 6 ay önce sol yanağından ani başlayan ağrılı kırmızı şişlik geliştiği(resim 1a), yumuşak doku enefeksiyonu ön tanısıyla hastaneye yatırılarak parenteral antibiyotiklerle tedavi edildiği bize aktardı. Hastanede kaldığı süre boyunca grip benzeri bir hastalığın varlığı nedeniyle alınan Nazofaringeal sürüntüde PT- PCR tabanlı SARS-COV-2 tespit edilmiş. Eritematöz şişlik, sonraki 6 hafta içinde, artık şekil bozucu nodüller ile yavaş yavaş çözülme göstermiş. Daha sonra başka bir özel klinikte iyileşme olmaksızın hiyalüronidaz enjeksiyonu yapılmış.

Fizik muayenesinde sol yanağında hassas olmayan, iltihaplanmayan, hareketli nodül mevcuttu (Resim 1b). Göz kapakları ve perioral bölgede daha küçük cilt renginde ksantelazma benzeri papüller mevcuttu. Hasta başlangıçta sistemik kortikosteroid (oral metilprednizolon, günlük 1 mg/kg) ile minimal rezolüsyonla tedavi edildi (Şekil 1c). Nodülün cerrahi olarak çıkarılması gerçekleştirildi (Resim 1d-e-f). Histopatolojik inceleme, derin dermisin amorf yabancı cisim materyalini çevreleyen ve fokal olarak granülom benzeri yapılar oluşturan histiositik hücreler tarafından diffüz olarak infiltre olduğunu gösterdi (Resim 2). Hastanın klinik ve patolojik özellikleri dikkate alınarak yabancı cisim reaksiyonu tanısı konuldu.

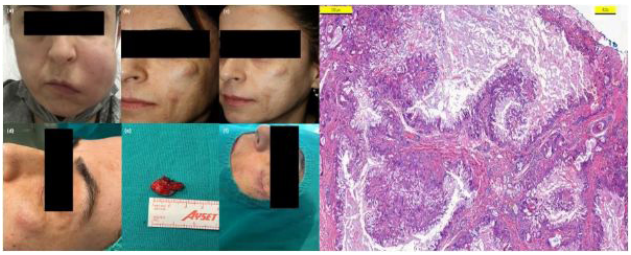
Tartışma: Aquafilling, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmamıştır. Ayrıca, aquafilling 1,3'ün uzun vadeli güvenliği konusunda artan endişeler hakkında birçok rapor bulunmaktadır. Bu raporlara göre meme deformitesi, materyalin cerrahi olarak çıkarılmasını ve rekonstrüksiyonu gerektirebilecek ana komplikasyondur. Meme veya kalça büyütme yapılan hastalarda en sık görülen komplikasyon %83 sıklıkta endurasyon ve kitlelerdir1. Öte yandan, muhtemelen yüz büyütme ajanı olarak sınırlı deneyim ve kullanım için çeşitli lisanslı HA dolgu maddelerinin mevcudiyeti nedeniyle, yüz bölgesinde Aquafilling ile ilişkili reaksiyon hakkında yetersiz literatür bulunmaktadır.

Yabancı cisim granülomu (FBG), poliakrilamid jellerin iyi bilinen bir geç inflamatuvar reaksiyonudur (LIR) FBG' nin kesin patogenezi ve tetikleyicileri hala belirsizliğini korumaktadır. Enjeksiyondan birkaç yıl sonra bile ortaya çıkabilirler ve genellikle tedaviye dirençlidirler. Yakın zamanda bir rapor, yüz gençleştirme için Aquafilling enjekte edilen bir hastada farklı zaman noktalarında geç başlayan reaksiyonlar tanımlanmıştır4. Diğer yandan hastamızın komplikasyonu enjeksiyondan çok daha geç ortaya çıkmıştır. SARS-CoV-2 enfeksiyonunun poliakrilamid jellere ve diğer kalıcı dolgu maddelerine yabancı cisim reaksiyonu ile ilişkisini göz önünde bulundurduğumuzda literatürde herhangi bir rapor bulanmamaktadır. Bununla birlikte, literatür taraması, SARS-CoV-2 enfeksiyonu veya aşılamasından sonra hyaluronik asit (HA) dermal dolgu maddeleri içeren LIR'leri vurgulamaktadır5-7. Bu raporlara dayanarak, koronavirüsün sitokin fırtınasında CD4+T-hücresi ve makrofaj aktivasyonunun aracılık ettiği immünolojik çapraz reaksiyon, HA dolgu maddeleri ile ilişkili sorumlu LIR'ler gibi görünmektedir. Hastamız için SARS-CO-V2 kaynaklı tip4 aşırı duyarlılık uygun olabilir.

Sonuç: Sonuç olarak, biyolojik olarak parçalanamayan ürünlerin, özellikle onaylanmamış olanlarının kullanımı, cerrahi müdehale gerektiren geç başlangıçlı komplikasyonlar için daha fazla risk oluşturmaktadır. Devam eden koronavirüs enefeksiyonu ve aşı programını göz önünde bulundurmalı ve yüz gençleştirme için uygun olmayan dolgu malzemelerinden kaçınılmalıdır. Acil servis sağlayıcıları, genellikle ilk temas noktası olduklarından, dolgu maddeleriyle ilişkili reaksiyonların belirgin tezahürlerinin de farkında olmalıdır. Hastalar ayrıca SARS-CO-V2 ile ilgili dolgu ve implant reaksiyonlarının riski hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aquafilling, Covid 19, Dolgu, Granülom

Resim 1



Figür 1a. Sol yanaktaki diffüz inflamatuar şişlik Figür 1b. Sol yanak ve marionette çizgilerinde görülen hassas olmayan,cilt renginde subkutanöz nodüller Figür 1c. Sistemik kortikosteroid tedavisi sonucu lezyonlarda görülen minimal iyileşme Figür 1d. Yanaktaki nodülün preoperatif görüntüsü Figür 1e. Eksizyon materyali Figür 1f. Cerrahi müdahaleden hemen sonrası Figür 2. Amorf materyalle çevrili diffüz yabancı cisim reaksiyonunu gösteren cilt biyopsi spesmeni

P-148

Bilateral Mastektomi ile Sonlanan Enjeksiyon: Vücut Geliştirmecilerin Yeni Kabusu Synthol

Emre Özer, Uğur Anıl Bingöl

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

Giriş: Son yıllarda vücut geliştirme sporlarına ilgi hızla artmaktadır. Bu sporlarla ilgilenen bazı sporcular daha hızlı ve kolay yoldan kas kitlesi elde edebilmek için anabolik steroid kullanımı veya kas içi yağ enjeksiyonları gibi çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Bölgesel hacim kazanmak için enjeksiyon amaçlı yağlar 20.yüzyılın başlarında kırışıklık azaltma ve meme büyütme gibi estetik işlemler için geliştirilmiş olup bu yağlardan Synthol isimli karışım son zamanlarda vücut geliştirme sporcuları tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Synthol içerik olarak % 85 susam yağı, %7,5 lidokain, %7,5 alkol karışımından oluşmaktadır. Synthol enjeksiyonu takiben kaslarda gözle görülür bir hacim artışı görülmektedir ancak daha sonrasında kaslarda fibrozis geliştirerek deformitelere yol açtığı bilinmektedir. Synthol benzeri yağların enjeksiyonunu takiben strok, pulmoner emboli, kas-sinir hasarı, cilt problemlerin geliştiği bildirilmiştir(1). Biz burada 27 yaşında yabancı uyruklu bir vücut geliştirme sporcusunun kendi ülkesinde meme ve kollarına synthol enjeksiyonu sonrası gelişen ağrılı kitlelerle polikliniğimize başvuran bir hastayı sunacağız.

Olgu Sunumu: 27 yaşında erkek hasta son bir senedir meme ve kollarında ağrılı ele gelen kitleler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 3 sene önce bölgesel hacim kazanmak amacıyla kendi ülkesinde kol ve meme bölgesine synthol adı verilen bir madde enjekte ettirttiğini söyledi. Yumuşak doku ultrasonografisi ve BT incelemelerinde her iki memede ve kollarda fibrotik karakterde çok sayıda lezyon saptandı. Hasta, kitlelerin hem kozmetik görünümünden hem de ağrı kaynağı olmasından şikayetçi olduğunu ve kitlelerden tamamen kurtulmak istediğini belirtti. Hastaya bilateral meme mastektomisi ve kollardaki kitlelerin eksizyonu gerçekleştirildi (Resim 1). İntraoperatif incelemede enjekte edilen kitlelerin meme dokusuna, triseps ve biseps fasyalarına yaygın invaze olduğu gözlendi. Patolojik incelemede yağ nekrozu yabancı cisim dev hücre reaksiyonu ile giden aktif-kronik iltihabi süreç, hyalinizasyon ile yoğun fibrosis ve distrofik kalsifikasyon saptandı.

Tartışma: Vücut geliştirmede bölgesel hacim kazanmak için yapılan kas içi yağ enjeksiyonları oldukça tartışmalı bir konudur. 1980'lerde popüler olmaya başlayan bu yöntemler vücut geliştirme sporcuları tarafından anında sonuç elde edebilmek amacıyla suistimal edilmektedir(2). Bunlar içinde susam yağı, ceviz yağı gibi maddelerin kas içine enjekte edilmesi kolay ulaşılabilir ve ucuz olması sebebiyle tercih sebebidir. Ancak bu yöntemler hem sistemik hem de bölgesel komplikasyonlara yol açtığı için büyük tehlike oluşturmaktadır. Bizim vakamızda kitlelerin çok sayıda ve aynı bölgede toplanması nedeniyle kitlelerin tek tek çıkartılması mümkün olmamış, her iki memeye mastektomi yapılmak zorunda kalmıştır. Her iki kolda kas fasyası üzerindeki kiteleler eksize edilmiştir. Buna rağmen pektoral kas, biseps ve triseps kasları içinde olan kitlelerin eksizyonu yoğun fibrozis ve geniş dağılım sebebiyle çıkartılamamıştır. Literatürde bölgesel hacim kazanmak için yapılan enjeksiyonların komplikasyonları için oral kortikosteroid, antibiyoterapi, cerrahi eksizyon kompresyon bandajları gibi çeşitli tedavi yöntemleri denenmiştir(3). Kozmetik amaçlı yapılan yağ enjeksiyonları sadece hacimli bir görünüm elde edilmesini sağlar ancak

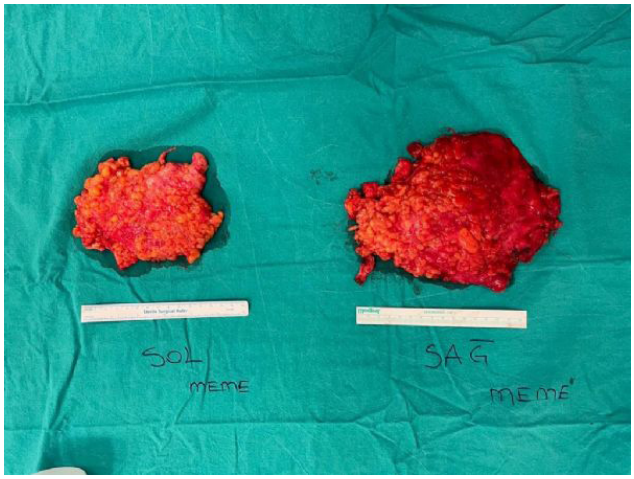
kas gücü ve performansında artış sağlamamaktadır. Bu yapılan işlemler sonrasında gelişen komplikasyonlar bu sporcular için hem mevcut kas kitlesinin kaybına hem de maddi manevi zararlara uğrattığından sporcular bu durumlar için uyarılmalıdır.

Referanslar:

1. Hall M, Grogan S, Gough B. Bodybuilders' accounts of synthol use: The construction of lay expertise online. Journal of Health Psychology. 2016 Sep 1;21(9):1939–48.
2. Banke IJ, Prodinger PM, Waldt S, Weirich G, Holzapfel BM, Gradinger R, et al. Irreversible muscle damage in bodybuilding due to long-term intramuscular oil injection. International Journal of Sports Medicine. 2012;33(10):829–34.
3. Sisti A, Huayllani MT, Restrepo DJ, Boczar D, Manrique OJ, Broer PN, et al. Oil injection for cosmetic enhancement of the upper extremities: a case report and review of literature. Acta Biomed [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2022 Aug 11];91(3):1–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32921778/

Anahtar Kelimeler: Vücut Geliştirme, Bölgesel Hacim Kazanma, Susam Yağı, Synthol, Yağ Enjeksiyonu

Resim 1



Sağ ve Sol Mastektomi Materyalleri

P-149

Emzirme Döneminde İzlenen Aquafill Komplikasyonu

Furkan Çeştepe, Kadir Barış Tiryaki, Burak Arkan, Perçin Karakol

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Son 10-15 yılda popularize hale gelen poliakrilamid hidrojel (PAAC) formunda bir dolgu olan Aquafill, özellikle yüksek hacimli düzeltmenin gerekli olduğu hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Değişik vücut bölümlerinin (yüz, meme, popo, basen, penis, vulva vb. gibi) augmentasyonunda yağ enjeksiyonunun alternatifi olarak kullanılmaktadır. Hastalarda 2-3 yıl sonra komplikasyonların giderek artması ve bu komplikasyonların yönetiminin zor olması, hyaluronidaz gibi bir enzim ile eritilememesi gibi nedenlerle kullanımı zamanla azalmaya başlamıştır. Aquafill sonrası komplikasyonlar yıllar sonra bile hekimlerin karşısına gelmektedir.

Materyal&Metod: 26 ay önce her iki memesine augmentasyon amaçlı Aquafill enjeksiyonu yapılmış olan 28 yaşındaki kadın veteriner hastanın yaklaşık iki sene hiçbir yakınması olmamış ve hasta Aquafill enjeksiyonu sonrası ikinci senesinde gebe kalmış. Doğumdan bir ay sonra tek memesinde ısı artışı, aşırı şişme ve yüksek ateş olması nedeniyle hasta meme cerrahisine başvurmuş. Meme ultrasonunda yabancı cisim artıklarının süt kanallarını tıkadığı tespit edilen hastaya drenaj amaçlı tüp takılmış, yaklaşık bir hafta sonra önce jel sonra süt formunda geleni olan hastanın dreni çekilmiştir. Yaklaşık üç hafta uygun antibiyotik tedavisi devam eden hastanın, bir haftalık gözlem süresi içinde memesinde fistül hattı oluşmuş ve süt dışarıya drene olmaya başlamıştır. Lokal pansumanla takip edilen hastanın aralıklı olarak ateşleri olmaya başlamıştır. Postpartum dönemde olması sebebi ile prolaktin seviyesi yüksek olan hastaya emzirme sırasında her iki memeyi değiştirerek emzirmesi tavsiye edilmiştir. Fistül hattından püy ile karışık süt gelen hastanın bebeğinde ateş gözlenmemiştir. Lökosit ve CRP değerleri normal sınırlarda gelmiştir. Bebekte gelişim geriliği görülmemiştir.

Bulgular: Fistül bölgesinden alınan örneklerde kültürde üremesi olmayan ve biyopsileri granülomatöz reaksiyon lehine gelen hastanın süt miktarı azalmış, erken dönemde tek memede gelişen blokaj nedeniyle o memeden süt gelmemeye başlamıştır. Defekt sahası genişletilerek yabancı cisim reaksiyonuna neden olan kalsifiye bölgelere debridman yapılmış ve bu bölgeler primer kapatılmıştır. Geç dönemde yapılan meme ultrasonu kontrollerinde memenin farklı kadranlarında intraglanduler dolgu artıkları kalsifik lezyonlar olarak gözlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Lokalize doku reaksiyonlarından migrasyonla uzak alanlara yayılabilmeye, şiddetli granülomatöz lenfadenitten meme kanserine kadar giden geri dönüşümsüz ve yönetilmesi zor komplikasyonları olan Aquafill uygulamaları için, doğru hasta seçimi, enjeksiyonların steril şartlarda yapılması, hastaya yeterli bilgi verilmesi, mevcut şikayetlerine yönelik başka tedavi modalitelerinin önerilmesi ve hastadan mutlaka onam alınması önemlidir. Aquafill gibi vücut dolgularının tamamının erimesi mümkün olmayıp, yaklaşık %30'luk miktarı 10 sene sonra yapılan tetkiklerde bile vücut taramalarında ortaya çıkabilmektedir. Multipl uygulamalarda bu birikim daha da fazladır ve Aquafill dolgusunun tamamen temizlenememesi, kanserojen etkinin devamına neden olmaktadır.

Kaynakça:

1. Zhenxiang Wang, Shirong Li, Lingli Wang, Shu Zhang, Yan Jiang, Jinping Chen, Donglin Polyacrylamide hydrogel injection for breast augmentation: Another injectable failureMed Sci Monit, 2012; 18(6): CR399-408
2. Senegal P. Amin, Ellen S. Marmur, David J. Goldberg Complications from Injectable Polyacrylamide Gel, a New Nonbiodegradable Soft Tissue Filler Dermatol Surg 2004;30:1507–1509
3. Okada S, Okuyama R, Tagami H, Aiba S. Eosinophilic granulomatous reaction after intradermal injection of hyaluronic acid. Acta Derm Venereol 2008;88:69–70.
4. Pehlivanov G, Kavaklieva S, Kazandjieva J, Kapnilov D, Tsankov N. Foreign-body granuloma of the penis in sexually active individuals (penile paraffinoma). J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22:845–51.

5. Rieder E, Desai S, Mundi JP, Boyd KP, Patel RR, Ramachandran S, et al. Granulomatous dermatitis related to silicone implant. Dermatol Online J 2013;19:20708–11.
6. Yoo SJ, Lee KH, Jung SN, Heo ST. Facial skin and soft tissue infection caused by Mycobacterium wolinskyi associated with cosmetic procedures. BMC Infect Dis 2013;13:479.
7. Dessy LA, Mazzocchi M, Fioramonti P, Scuderi N. Conservative management of local Mycobacterium chelonae infection after combined liposuction and lipofilling. Aesthetic Plast Surg 2006;30:717–22.

Anahtar Kelimeler: aquafill, augmentasyon, komplikasyon, meme

P-150

Septorinoplasti Ameliyatında Gelişen Malign Hipertermi:olgu Sunumu

Halil Işık, Mustafa Canberk Gürbüz, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Malign hipertermi (MH), inhalasyon anestezikleri ve süksinilkolin gibi bazı ilaçların uygulanmasıyla ortaya çıkan farmakojenik, miyopatik bir bozukluktur. Hem kas hem de metabolizmayı etkileyerek taşikardi, ventriküler ektopi, solunum ve metabolik asidoz ve vücut sıcaklığında hızlı bir artış ile karakterize hipermetabolik bir kriz yaratır(1). Anestezi sırasında MH gelişme insidansı 1:10.000 ile 1:250.000 arasındadır(2).Olgu raporumuzda septorinoplasti ameliyatı sırasında MH gelişen bir hastadaki ameliyat sonrası takipler ve müdahaleler anlatılmıştır.

Olgu Sunumu: 29 yaşında E hasta dış merkezde septorinoplasti ameliyatı olurken ameliyatın sonunda taşikardi hipotansiyon ve hipertermi bulguları gelişince hastada MH protokolü gereğince hastanın ameliyatı sonlandırılmış tüm inhaler anestezikleri durdurulmuş, devre değiştirilmiş ve acil dantrolen tedavisi uygulanmıştır. Ardından yoğun bakıma alınan hasta amiadoron, nöradrenalin, hidrozon infüzyonu altında ve entübe şekilde dış merkez yoğun bakımdan kliniğimizin bağlı olduğu merkezin yoğun bakım ünitesine MH+multi organ yetmezliği tanısıyla sevkedilmiştir. Ameliyat öncesi tetkikleri normal aralıkta olup daha önce geçirdiği bir ameliyat sorunsuz bitirilmiş ve ailesinde de MH öyküsü bulunmamaktadır. Hasta yoğun bakım ünitesinde 4 hafta takip edildikten sonra nefroloji bölümüne devredilmiştir ardından taburcu edilmiştir.

Yoğun bakımda ilk muayenesinde hasta entübe ve sedatize takip edilmekteydi. Hastada bilateral periorbital ekimoz, burun dorsumundan başlayıp tip supratip ve alar bölgelere uzanan ödem ve ekimoz mevcuttu (şekil 1). Dış merkezde nazal dorsuma atel ve nazal pasajlara bilateral doyle splint yerleştirilmişti. Atel ve splintler yatak başında alındı. Burun cildinde kapillerite alınamamaktaydı ancak insülin iğnesi ile ciltten kanama mevcuttu. Ameliyatta atılmış olan cilt ve mukoza süturları alındı. Septal bölgeden hematom drene edildi,burun kıkırdaklarının üstü irrige edildi.Burun cildinin beslenmesi için İ.V pentoksifilin tedavisi başlandı. Klasik nazal tampon bilateral yerleştirildi.Hasta post-op yoğun bakımda 4 hafta takip edildi ve her gün steril pansuman yapıldı nazal klasik tamponlar değiştirildi. Hastanın takiplerinde ilk bir haftada septumdan kolumelladan ve alar bölgeden spontan kanamaları gelişti.Kanamalar yatak başı koterizasyon ve baskı süturlarıyla durduruldu. Birinci haftadan sonra spontan kanamaların durduğu görüldü.Hastanın yoğun bakımdaki ilk kontrollerinde genel durumunun kötü olduğu akut böbrek yetmezliği geliştiği,karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmalar olduğu görüldü.Genel durumu kötü olan hasta nefroloji,gastroenteroloji, enfeksiyon, göğüs ve kardiyoloji bölümlerine danışıldı.Multiorgan yetmezliği sebebiyle multidisipliner takip yapılan hasta 3 hafta diyaliz tedavisi gördü. Yoğun bakıma alındıktan 12 gün sonra hasta ekstübe edildi. Diyaliz tedavisi ve medikal tedaviler ile 3. haftadan sonra hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyon değerleri düzelmeye başladı. Hastanın burundaki ödem ve ekimozları geriledi takiplerinde nazal septum mukozasında yüzeyel büller gelişen hastada burun cildinde veya mukozasında herhangi bir doku kaybı gelişmedi. Hasta 4. haftadan sonra takiplerinde böbrek yetmezliği geliştiği ve diyaliz tedavisi görmüş olduğu için nefroloji servisine devredildi ve 2 gün sonra taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Malign hiperterminin teşhisi, tüm bulgular ortaya çıktığında kolaydır. Ancak, yüksek derecede şüphe olmadıkça, MH'nin erken tespiti oldukça zor olabilir. Güçlü inhaler ilaçlar veya süksinilkolin kullanırken, aşırı taşikardi, takipne, ritim bozuklukları, ciltte beneklenme, siyanoz, artan sıcaklık, kas sertliği, terleme veya dengesiz kan basıncı MH için çok güçlü bulgulardır. Hastada malign hipertermi düşünülürse, tüm inhalasyon anestezikleri durdurulmalı ve devredeki hortumlar değiştirilmelidir. Hastaya hiperventilasyon yapılmalı ve 1-2 mg/kg bikarbonat verilmelidir. Acil şekilde 2.5 mg/kg'lık bir dantrolen bolusu verilmeli ve gerektiğinde tekrar edilmelidir (1).

Bir hastanın aile öyküsü yoksa, MH genellikle hastaya ameliyat sırasında anestezi verildikten sonra keşfedilir ve seyir ölümcül risk taşır. İnsidansı günümüzde nadiren olmakla birlikte, genel anestezi verilen her hasta MH gelişimi için risk taşımaktadır. Her ameliyat öncesi cerrahın ve anestezistin MH için acil müdahaleye hazır olması gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. TURPIN, Ivan M.; MANINO, Jan. Malignant hyperthermia in an office surgery suite: A case reprot. Aesthetic plastic surgery, 1989, 13.2: 121-123.
2. ROSENBERG, Henry, et al. Malignant hyperthermia: a review. Orphanet journal of rare diseases, 2015, 10.1: 1-19.

Anahtar Kelimeler: Malign Hipertermi, Septorinoplasti, Burun

Şekil-1

P-152

Pdo Yapısındaki İpler İle Kendi Kendine İşlem Yapıldıktan Sonra Görülen Yabancı Cisim Reaksiyonu Ve Tedavi Süreci, Olgu Sunumu

Oğuz Boyraz[1], Semanur Çakır[2], Ümit Türsen[2], Şakir Ünal[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Mersin

Giriş ve Amaç: Yüz bölgesinde germe ve lifting etkisi oluşturmak amacıyla ipler ile yapılan cerrahi olmayan estetik işlemler günümüzde popülaritesini giderek artırmaktadır. Bu işlemler uygun hastalarda cerrahiye alternatif bir işlem olarak hem hasta hem de cerrah tarafından tercih edilebilmektedir. Yüz bölgesindeki bu işlemler sıklıkla boyun germe, orta yüz germe, kaş kaldırma, mandibular hattın belirginleştirilmesi, alın germe, burun ucunun kaldırılması amacıyla kullanılmaktadır. Absorbable monofilament polydioxanone (PDO) yapısında emilebilen ve silikon içerikli emilmeyen yapıya sahip olan sütürler en sık kullanılan ip materyalleridir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında PDO yapıya sahip iplere bağlı geç dönem yabancı cisim reaksiyonu görüldüğü belirtilmiştir. Bu sunuda ise PDO yapısındaki ipler kendi kendine işlem yapıldıktan sonra yabancı cisim reaksiyonu oluşan bir olgu sunumu tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu: 55 yaşında, diabetes mellitus tanısı olan kadın hastanın 1,5 yıl önce markasını bilmediği PDO yapıya sahip ipler ile boyun bölgesine kendi kendine işlem yaptığı öğrenildi. Hekim olan hasta, işlem sırasında 4 adet ip kullandığını, bu iplerin 2 tanesini boyunda vertikal eksende diğer 2 tanesini ise oblik eksende ilerleterek işlemi gerçekleştiğini belirtti. Ancak işlem bittikten sonra yaptığı kontrolde ipleri yanlışlıkla intradermal planda yani çok yüzeyel olarak uyguladığının farkına vardığını belirtti. İşlem yapıldıktan 1 ay sonra uygulama bölgesinde enfeksiyon belirtileri başlamış, enfeksiyon boyun bölgesi ve submental bölgedeki çevre dokulara yayılmıştır. Cilde fistülize olacak kadar ilerleyen bir enfektif tablo görülmesi üzerine dış merkezde ikili antibiyotik tedavisi verilmiş ve yara yerinden doku kültürü ve biyopsisi alınmıştır. Alınan doku kültüründe atipik mikobakteri ve diğer enfeksiyon etkenleri açısından üreme görülmemiş ancak alınan doku biyopsisinde yapılan histopatolojik incelemede granülomlar görülmüştür. Granülom görülmesi üzerine yapılan ek incelemelerde tüberküloz PCR sonucu negatif bulunmuştur. Aktif enfeksiyon tablosu geriledikten sonra hastanın boyun bölgesinde oluşan yaklaşık 8x6 cm boyutunda, sert ve nodüler yapıda, ciltten kabarık görünümde ve boyunda kontraktüre sebep olan skatrize görünümün tedavisi için dış merkezde 10 kez intralezyonel steroid enjeksiyonu, 2 kez de sistemik kortikosteroid tedavisi verilmiştir. Hasta 1,5 yıl devam eden bu tedavi süreci sonrası boyun bölgesindeki kontraktürün düzeltilmesi için polikliniğimize başvurdu. Hastadan tarafımızca da ek incelemeler yapıldı ve derin doku biyopsileri alındı. Yapılan histopatolojik incelemelerde tekrar granülom ve yabancı cisim reaksiyonu görülmesi, aktif enfeksiyon belirtileri sona ermiş olması üzerine ameliyat planlandı. Boyun bölgesinde orta hatta yerleşen ve submental bölgeye uzanan 5x4 cm boyutundaki düzensiz sınırlı ve kontraktüre sebep olan skar dokusu için işleme başlandı. Eksizyon sırasında epidermis, dermis, cilt altı yağ doku ve platysma kası fasyasını da invaze eden kistik, nodüler yapıda ve kontraktüre neden olan skar dokusu tamamen uzaklaştırıldı. Eksizyondan sonra submental bölgeden başlayarak tiroid kıkırdak üzerine dek uzanan defektin kapatılması için karşılıklı fasiyokütan flepler kaldırıldı ve Z-Plasty tekniği ile flepler defekt bölgesine sütüre edilerek boyun bölgesindeki kontraktür açıldı.

Tartışma ve Sonuç: Cerrahi olmayan estetik işlemler günümüzde giderek daha sık uygulanmaktadır. Uygun hastalarda cerrahi yerine tercih edilen ip ile germe ve kaldırma işlemleri hastalar tarafından hiçbir risk ve komplikasyon içermeyen masum işlemler olarak düşünülse de bu işlemler sırasında ve sonrasında oluşabilecek yabancı cisim reaksiyonu, enfeksiyon, asimetri, sinir paralizisi, hematom, alerjik reaksiyon gibi komplikasyonlar hastalara işlem öncesi mutlaka anlatılmalıdır. Ayrıca cerrahi olmayan estetik işlemlerin günümüzde giderek sayıları artan hekim olmayan kişiler tarafından yapılması bu işlemlerin daha da riskli ve komplike olmasına yol açmaktadır. Bu olgu sunumunda görüldüğü üzere PDO yapıya sahip ip ile yapılan işlemler sonrası yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon tablosu gelişebileceği akılda tutulmalı ve işlem öncesi hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Ayrıca olgu sunumundaki hastada olduğu gibi kendi kendine yapılan uygulamalarda sterilizasyonun tam olarak sağlanamayabileceği ve buna bağlı enfeksiyon gelişebileceği, işlem sırasında iplerin gereğinden fazla yüzeyel kalabileceği ve bunun da yabancı cisim reaksiyonu riskini artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bunlara ek olarak bu çalışma, literatürde PDO yapısındaki ipler ile kendi kendine işlem yapıldıktan sonra yabancı cisim reaksiyonu görülen ilk bildiri olma özelliği taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Askı, Estetik, İp, PDO, Yabancı

Resim 1

Enfeksiyon tablosu geriledikten sonra geride kalan sınırları düzensiz, ciltten kabarık granülamatöz lezyonlar ve skar dokusu

P-153

Meme Küçültmede İnframamarian Koruyucu Dermal Üçgen Flep

Çağrı Berk Arıkan, Mustafa Sütçü, Zekeriya Tosun

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

Amaç: Horizontal ve vertikal sütürlerin birleştiği alan meme küçültmede cilt geriliminin en çok olduğu cerrahi alandır.1 Özellikle sigara kullanımı, diyabet gibi komorbid durumları olan hastalarda bu bölgede yara iyileşme problemleri ortaya çıkabilmektedir. Yara iyileşme problemleri hastanın

sosyal hayata dönüşünü ve hayat kalitesini bozmaktadır. Bu çalışmanın amacı meme küçültme sonrası cilt nekrozu, sütür dehissansı gibi yara iyileşme problemlerini inframamarian bölgede oluşturulan üçgen cilt flebi ile en aza indirmektir.

Yöntem – Gereçler: 2020-2022 yılları arasında 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 5'i sigara içicisi, 2 hasta diyabet, 3 hasta gergin ters t kapanma durumu olan hastalardı. Bu hastalara dermal üçgen flep planlandı. Diğer hastalarda yara iyileşme problemi ön görülmedi. Tüm hastalara inferosantral pediküllü ters T skarlı meme küçültme cerrahisi uygulandı. Hastalara midklaviküler hat inframamarian hatta 1.5 cm eşkenar üçgen olacak şekilde desepitelize olmayan inframamarian hat bazlı dermal flep planlandı. Medial ve lateral meme cildi bu üçgene sütüre edildi. Ters t orta hattında oluşan birleşme noktasındaki gerginlik azaltıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 42 idi. 20 hasta 2 gruba ayrıldı. Çalışmaya literatürde ters t skar tekniği ile iyileşme problemi olabilecek hastalar dahil edildi ve iyileşme problemi yaşaması öngörülmeyen hastalar dahil edildi.2 Yara iyileşme problemi yaşaması düşünülmeyen gruptan bir hasta ve yara iyileşme problemi yaşaması düşünülen bir hastada dehissans görüldü. Ki kare ile değerlendirildi. İstatiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Sonuçlar: Ters t skar tekniği ile yapılan meme küçültmelerde skar birleşme alanı literatürde zayıf nokta olarak bilinir.3 Yara iyileşme problemleri nekrozlar ve akıntılar genelde bu noktadan gerçekleşir. Küçük cilt üçgen flebi bu sorunların azalmasına katkı sağlayabilir. Vertikal olarak ek skar oluşturmasına rağmen alt bölgede olması ve küçük olması ile estetik olarak kabul edilir bir görüntü oluşturmaktadır. Yara iyileşmesi problemi yaşaması beklenen grupla yara iyileşme problemi yaşaması beklenmeyen grup arasında benzer istatistik sonuçlar dermal flebin koruyucu bir yöntem olduğunu düşündürmektedir. Yara iyileşme problemi olabileceği düşünülen hastalarda kullanışlı basit koruyucu bir yöntem olarak akılda tutulmalıdır.

1. Aravind P, Siotos C, Bernatowicz E, Cooney CM, Rosson GD. Breast Reduction in Adults: Identifying Risk Factors for Overall 30-Day Postoperative Complications. Aesthet Surg J. 2020 Nov 19;40(12):NP676-NP685. doi: 10.1093/asj/sjaa146. PMID: 32506130.
2. Fischer JP, Cleveland EC, Shang EK, Nelson JA, Serletti JM. Complications following reduction mammaplasty: a review of 3538 cases from the 2005-2010 NSQIP data sets. Aesthet Surg J. 2014 Jan 1;34(1):66-73. doi: 10.1177/1090820X13515676. Epub 2013 Dec 13. PMID: 24334499.
3. Rodgers A, Berry H, O'Brien R, Davis JM. A Comparison of Complication Rates in Wise Pattern Versus Vertical Breast Reduction. Ann Plast Surg. 2022 Jun 1;88(5 Suppl 5):S498-S500. doi: 10.1097/SAP.0000000000003158. PMID: 35690946.

Anahtar Kelimeler: Meme Küçültme, Estetik, Flep

Üçgen flep intraoperatif görüntü

flep cerrahi sonu görüntüsü

P-155

Maksillofasyal kırık nedeniyle opere olan hastalarda eşlik eden maksillofasyal dışı travmaların incelenmesi

Enes Nasuh, Nazım Mammadzada, Handan Derebaşınlıoğlu

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

Maksillofasyal travmaların etiyolojisinde trafik kazası, düşme, künt yaralanmalar gibi birçok neden sayılabilir. Maksillofasyal travmalar sonucunda oluşan fasyal kırıklara diğer vücut yaralanmaları eşlik edebilir. Maksillofasyal travma dışındaki yaralanmalar, ek morbidite ve mortaliteye neden olabileceğinden, yüz travmasının prognostik durumunu kötüleştirir. 01.01.2011-30.07.2022 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif, ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalında maksillofasyal travma nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastane bilgi sisteminden hastaların yaşı, cinsiyeti, kazanın etiyolojisi, aynı travmanın neden olduğu genel vücut yaralanmaları, direkt grafi, bilgisayarlı tomografi ve anamnez takip formlarından tespit edildi. Maksillofasyal kırıklar üst, orta ve alt yüz olarak sınıflandırıldı. Frontal kemik, orbita tavan kırıkları üst yüz kırıkları; orbita lateral, medial ve taban kırıkları, maksilla, zigoma kırıkları orta yüz; mandibula kırıkları ise alt yüz kırıkları olarak kabul edildi. Genel vücut travması ise abdominal, ekstremite, kraniyal, servikal vertebra, servikal bölge dışındaki vertebra kemikleri ve toraks travmaları olarak sınıflandırıldı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, hangi yüz bölgesinde kırık olduğu, eşlik eden travmalar, hastanede yatış süresi, yoğun bakım ünitesinde yatış süresi ve mortaliteleri değerlendirildi.

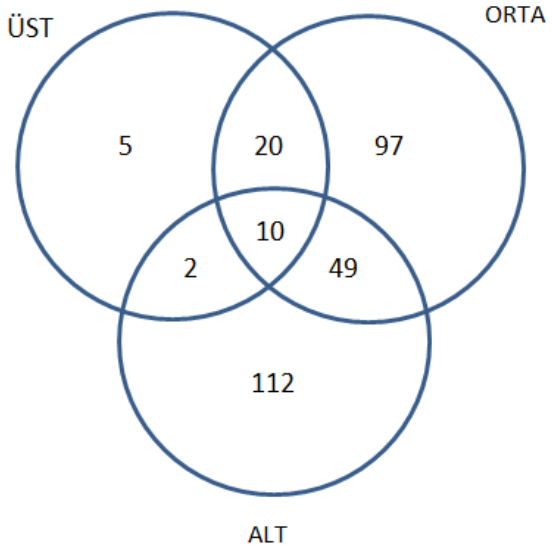
Çalışmamıza 243'ü(%82,4) erkek, 52'si(%17,6) kadın olan toplam 295 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 32.38±17.07 (maks:82, min:2) (n=64 <= 18 yaş) idi. 295 hastanın toplam 396 farklı maksillofasyal bölgesinde kırık tespit

edildi. Bu kırıkların 45'i(%11,36) üst, 176'sı (%44,4) orta, 175'i(%44,2) ise alt yüz bölgesinde lokalize idi. 224(%75,9) hastada sadece tek yüz bölgesinde kırık mevcuttu[n=5(%2,3) üst yüz, n=97 (%45,4) orta yüz, n=112 (%52,3) alt yüz]. 81 (%27,5) hastada birden fazla bölgede yüz kırığı vardı. Bu hastalardan iki bölgede yüz kırığı tespit edilenlerin sayısı 71(%24) iken, her üç yüz bölgesinde de kırığı olan hasta sayısı 10 (%3,4)'du. Maksillofasyal kırıkların kombinasyonlarının dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Toplam 106 (%36) hastada yüz kırığına ek olarak maksillofasyal dışı travma tespit edildi. Maksillofasyal dışı ek travmaya sahip olan hastaları yüz bölgelerine göre sınıfladığımızda %20.7'sinde (n=22) üst, %58.5'inde (n=62) orta, %65'inde (n=69) alt yüz kırığı izlendi. Travma etiyolojisi, maksillofasyal kırık bölgesi ve maksilofasyal dışı yaralanma ilişkisi Tablo 1'de gösterilmiştir. Uygulanan tedavi yöntemleri açık redüksiyon internal fiksasyon, Gilles yöntemi ile redüksiyon ve maksillomandibular fiksasyondu. Bu yöntemler arasında açık redüksiyon internal fiksasyon %56,2 (n=166) ile en sık uygulanan yöntem olduğu görüldü. Hastaların travma nedeniyle hastanede ortalama yatış süreleri 10.8±8,04 gündü(maks: 66 gün, min: 1 gün). Maksillofasyal dışı travmaya sahip olan hastaların hastanede ortalama yatış süresi 15,1±10,09 gün iken, maksillofasyal dışı travması olmayan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 8,4±5,33 gündür. 30 hastada travmaya bağlı yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. Ortalama yoğun bakımda kalış süresi 7.4±5,17 (maks:21 gün, min:1 gün)gündü. Yoğun bakımda kalan hastaların %83,3'ünde(n=25) maksillofasyal dışı travma mevcuttu. Serimizde mortalite %1,3(n=4) olarak hesaplandı. Hastalardan biri serviste diğer üçü yoğun bakımda kaybedilmiştir. Travma sonrası hastaların %80'i (n=236) travma günü hastanede kalma ihtiyacı göstermişken, %20'si (n=59) poliklinikten yatırılmıştır.

Çalışmamızda, tek yüz bölgesinde maksillofasyal kırığı olan hastaların kırık lokalizasyonunun daha çok orta veya alt yüz bölgesinde olduğu görüldü. İki yüz bölgesinde kırığı olan hastalarda ise orta ve alt yüz kırık kombinasyonu en çok izlenen varyasyondu. Her üç bölgede kırık ise daha nadir görüldü. Maksillofasyal travmanın en yaygın sebebi trafik kazası iken, sırasıyla düşme ve künt travmalar bunu takip etmekteydi. Künt travmalar daha çok orta yüz bölgesinde kırığa sebep olurken, düşme sonucu meydana gelen yüz kırıkları daha çok alt yüz bölgesinde meydana gelmişti. Maksillofasyal travmaya eşlik eden diğer vücut travmaları ise diğer etiyolojilere göre daha sık olarak trafik kazalarına bağlı olduğu tespit edildi. Maksillofasyal dışı travmaların orta ve alt yüz bölgesi kırıklarında daha çok birlikte olduğu ancak üst yüz kırığı olan hastaların yaklaşık olarak yarısında ek travma olduğu izlendi. Maksillofasyal dışı travmalar ise en sık ekstremitelerde izlendi. Maksillofasyal dışı travmaya sahip olan hastaların ortalama hastanede yatış süresi daha fazlaydı. Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların %83.3'ünde(n=25) maksillofasyal dışı ek travma mevcuttu.

Anahtar Kelimeler: Alt Yüz Kırıkları, Ekstremite Travması, Maksillofasyal Travma, Orta Yüz Kırıkları, Toraks Travması, Üst Yüz Kırıkları

Şekil 1. Maksillofasyal Kırıkların Yüz Bölgelerine Göre Dağılımı



Şekil 1. Maksillofasyal kırıkların yüz bölgelerine göre dağılımı

Tablo 1. Travma etyolojisine göre maksillofasyal kırıkların ve diğer travmaların dağılımı

Etyoloji	Hasta Sayısı n(%)	Üst Yüz Kırığı n(%)	Orta Yüz Kırığı n(%)	Alt Yüz Kırığın n(%)	Maksillofasyal Dışı Travma n(%)
TK	107(%36,2)	16(%43,3)	66(%37,5)	69(%39,9)	65(%61,4)
Düşme	89(%30,2)	10(%27)	48(%27,3)	55(%31,8)	24(%22,6)
Künt Travma	80(%27,1)	6(%16,2)	49(%27,8)	38(%22)	10(%9,4)
Motosiklet Kazası	14(%4,7)	3(%8,1)	10(%5,7)	8(%4,6)	6(%5,7)
ASY	4(%1,5)	2(%5,4)	2(%1,1)	3(%1,7)	1(%0,9)
KDAY	1(%0,3)	0(%0)	1(%0,6)	0(%0)	0(%0)
Toplam	295(%100)	37(%100)	176(%100)	173(%100)	106(%100)

TK:Trafik Kazası ASY:Ateşli Silah Yaralanması KDAY:Kesici Delici Alet Yaralanması

P-158

Panfasyal Fraktürlere Yönelik Klinik Yaklaşımımız

Bilge Kağan Aysal, Poyraz Düzgün, İlker Üşçetin, Semih Tiber Menteşe, Harun Erbek, Özlem Çolak

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Kesin bir tanım yerleşmiş olmamakla birlikte, frontal kemik, orta yüz ve mandibuladan en az ikisini içeren maksillofasyal bölge kırıkları panfasyal kırıklar olarak kabul edilmektedir. Çoğunlukla yüksek enerjili travmalar sonucu meydana gelen panfasyal kırıklar, maksillofasyal kemik devamlılığını sabit bir nokta olarak sağlayabilecek stabil bir kemik olmamasından dolayı cerrahi açıdan zor vakalar olarak kabul edilmektedir. Özellikle motorlu araç kazaları, yüksekten düşmeler ve ateşli silah yaralanmaları en yaygın sebepler olarak gösterilebilir. Yüz genişliği, projeksiyonu ve yüksekliğini sağlayan horizontal ve vertikal buttresslerin onarım aşamasında dikkate alınarak cerrahi planlamanın yapılması daha yüksek cerrahi başarı sağlanması için gereklidir. Günümüzde tek aşamalı olarak olabildiğince erken dönemde fraktürü içeren her bir cerrahi alanın açık redüksiyonu çoğu merkezde tercih edilen yöntem olmaktadır. Ancak ilk operasyonda istenilen sonuç elde

edilemediğinde ikincil girişimler gerekli olabilmektedir. Her bir fraktür onarımında ilk dikkate alınacak boyut genişlik olmakta ve her bir maksillofasiyal birim için birbirini tamamlayıcı onarımlar tedavide esas nokta olmaktadır. Bazı vakalarda yumuşak doku defektleri de cerrahi onarım için zorluk yaratabilmektedir. Farklı kliniklerin fraktür onarım için "yukarıdan-aşağıya", "aşağıdan-yukarıya", içeriden-dışarıya" veya "dışarıdan-içeriye" olmak üzere farklı yaklaşımları bulunmakla birlikte, bu sıralamaların birbirlerine karşı üstünlüğünü gösteren çalışmalar sınırlı kalmıştır. Hangi yöntem tercih edilirse edilsin, başarılı bir sonuç için özellikle referans noktası olarak kullanılabilecek stabil bir kemik fraktürünün belirlenip onarımın sıralı olarak uyarlanması önem taşımaktadır.

Panfasyal fraktür onarımı sonrasında en sık karşılaşılan problem orta yüzde yetersiz projeksiyon, yüzde genişleme ve maloklüzyonlar olarak bildirilmektedir. Yumuşak doku deformiteleri de postoperatif dönemde sık karşılaşılan sorunlardan olmaktadır. Bu problemlerin her biri kişiye özel fizik muayene ve görüntülemeler değerlendirilerek detaylıca hazırlanan preoperatif planların deneyimli ve donanımlı merkezler tarafından özenlice ve titizlikle uygulanması ile mümkün olabilmektedir. Birçok hastada preoperatif, perioperatif ve postoperatif dönemde multidisipliner yaklaşım gerekli olabilmektedir.

Özellikle hastalar için uzun postoperatif dönemde olabilecek orta yüzde yetersiz projeksiyonlar için nazoetmoidal bölgenin uygun redüksiyonu ve ihtiyaç halinde uygun kemik greftlerinin kullanımı gerekebilmektedir. Yüzde genişleme açısından ise hem mandibular fraktürlerin hem de nazoetmoidal fraktürlere yönelik kombine yaklaşımlar önemli olmaktadır. Maloklüzyonlar da özellikle uygun mandibular redüksiyon ve fiksasyon uygulamalar ile daha olumlu sonuçlar verebilmektedir.

Bu sunuda kliniğimizde 2020 yılından beri tedavisi yapılan 3 adet panfasyal fraktürün klinik özelliklerinin aktarılması yoluyla kliniğimizde panfasyal kırıkların ameliyatları esnasında uygulanan ve oklüzyonun sağlanması, orta yüz projeksiyonun restore edilmesi, yüzün genişlemesinin önlenmesi, orbital "frame"lerin yeniden oluşturulması gibi yaklaşımları içeren cerrahi karar verme mekanizmaları ile uzun vadede elde edilen sonuçlar ve panfasyal fraktürlerde daha iyi sonuçlar alınabilmesi için yapılması gereken uygulama önerilerimizin Meslektaşlarımızla paylaşılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Panfasyal fraktürler, Maksillofasyal travma, Buttress

Panfasyal vakaları

Olgu	Yaş/ Cinsiyet	Travma tipi	Travma ve Operasyon arası süre (gün)	Operatif Yaklaşım	Postoperatif Takip Süresi (ay)
1#	20/Kadın	6. kattan düşme	6	Yukarıdan aşağıya	10
2#	21/Kadın	4. katta düşme	4	Yukarıdan aşağıya	6
3#	38/Erkek	15 metre yükseklikten düşme	8	Aşağıdan yukarıya	18

P-161

Meme rekonstrüksiyonunda DİEP(derin inferior epigastrik perfatör) flep deneyimlerimiz

Oğuzhan Palabıyık, Merve Aslan Akdoğan,
Prof Dr Sebat Karamürsel,
Doç Dr Hülda Rıfat Özakpınar

Yıldırım Bayezit Üniversitesi Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Meme kanseri günümüzde 8 kadından 1ini etkilemektedir. Meme kanserleri olgularında mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu otolog dokular ve/veya implantlar ile sağlanabilir. İdeal estetik sonuçlar sağlaması nedeni ile otolog doku ile onarımların popüleritesi giderek artmaktadır. Bu otolog doku ile rekonstrüksiyon seçenekleri implant ile onarımlara göre daha karmaşık ve uzun süreli cerrahi gerektirir. Yoğun perforatör varlığı nedeniyle yoğun cilt ve cilt altı dolaşımının olduğu DİEP flepler en çok tercih edilen otolog doku ile onarım seçeneklerinden biridir. DİEP flebin perforatörleri karın ön duvarının cilt ve cilt altı dokularını besler. Yeni oluşturulan meme dokusunu da bu cilt oluşturur. DİEP flebin donör alanı ise klasik bir abdominoplasti operasyonu gibi kapatılır. Bu çalışmada 2018-2022 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilmiş olan 28 farklı hastada 35 adet (21 hasta unilateral, 7 hasta bilateral) DİEP flep incelenmiştir. Bu hastaların komplikasyon oranlarını azaltıp memnuniyeti artırmak amacı ile kliniğinizde yapılmış olan DİEP flep tecrübelerimizi ve fikirlerimizi derlemiş bulunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: DİEP flep, meme, rekonstrüksiyon

P-162

Orta Hat Göğüs Duvarı Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda İMA Bazlı Perforatör Flep Kullanımı

Alperen Aras, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz, İncilay Yılmaz

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

Giriş: Göğüs duvarındaki küçük ve orta büyüklükteki defektlerin rekonstrüksiyonu için geleneksel tedavi şekilleri radikal debridman, irrigasyon ve pansuman ile cerrahi revizyon veya vaskülarize yumuşak doku flepleri ile rekonstrüksiyon seçeneklerini içerir. Biz kontralateral İnternal Mammarian Arter Perforatör (IMAP) flebini nüks meme kanseri eksizyonu sonrası göğüs duvarında iyileşmeyen, lokalize ülserleri olan, kostaların açığa çıktığı bir hastada kullandık. Göğüs duvarı medialinde meydana gelen küçük-orta boyuttaki defektlerde İMAP flebi ameliyat süresinin kısalığı, postoperatif döneminin rahat, donor saha morbiditesinin minimal ve daha az invazif bir yöntem olması sebebiyle göz önünde bulundurulması gereken bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Vaka: 54 yaş kadın hasta. 2006 yılında İnvazif Duktal Karsinom nedeniyle Modifiye Radikal Mastektomi geçirmiş ve hastanın 2022 yılında Stewart insizyonu medialinde nüks gelişmiş. Nüks kitlenin eksizyonunun ardından hastanın yara iyileşmesinde problem ortaya çıkmış. Radyoterapi

planlanan hastanın göğüs medial duvarındaki açık yarasının rekonstrüksiyonu için tarafımıza yönlendirildi. Hastanın öncesinde herhangi bir kardiotorasik cerrahi geçirmemiş olması da göz önünde bulundurularak İMAP flebi planlandı. Lezyonun geniş eksizyonu akabinde ortaya çıkan defektin boyutu ve şekli değerlendirildi. Sağ göğüs orta hatta, eski Stewart insizyonu medialinde 4 x 7 cm boyutunda, 3. ve 4. Kostaların ve interkostal kasların ekspoze olduğu defekt ortaya çıktı. Flep dizaynı için el dopleri yardımıyla kontralateral taraf 2. Ve 3. İnterkostal alanlardan cilde çıkan perforatörler belirlendi. Defektin sol tarafı komşuluğunda sol meme medialinde çizim yapıldı. Çizim doğrultusunda inferiordan insizyonla girildi. Subkutan planda lateralden mediale doğru hassas diseksiyon ile İMA'nın 3. İnterkostal boşluktan çıkan perforatörü parasternal bölgede bulundu. Subkutan planda defekt kalınlığına uygun şekilde flep elevasyonu sağlandı. Pedikül, vasküler aksının 180 derecelik rotasyona müsaade edeceği şekilde parsiyel skeletonize edildi. Ardından flep 180 derece rotasyona getirildi ve defekt üzerine serildi. Flebin fazlalık olan distal ucu eksize edildi. Kanama kontrolü takibinde ameliyat lojuna 1 adet hemovak dren yerleştirildi ve donor saha primer olarak onarıldı. Donor saha onarımında ve flep adaptasyonunda erimeyen monofilamant cilt sütürleri kullanıldı.

Bulgular-Sonuç: Flep postoperatif dönemde stabil dolaşım gösterdi ve tamamen hayatta kaldı. Postoperatif 24. saatte dren çıkarıldı ve hasta eksterne edildi. Poliklinik takiplerinde yara iyileşmesinde herhangi bir problem görülmedi. Postoperatif 2. haftasında sütürleri alındı. Postoperatif 3. haftasında başlayıp postoperatif 7. haftasında sonuncusu olmak üzere 17 kür radyoterapi alan hastanın takiplerinde herhangi bir sorun görülmedi. Eksizyon materyallerinin histopatolojik analizlerinin sonucunda kronik granulasyon dokusu saptandı. Herhangi bir malignite lehine sonuç elde edilmedi.

Tartışma: Sternal bölgedeki yara kapanması için mevcut olan yumuşak doku rekonstrüksiyon seçenekleri arasında; tek taraflı Pektoralis Major(PM) kas "turn over" flep, tek taraflı PM kas rotasyon flebi, rektus abdominus kas flebi, bilateral PM kas flepleri, latissimus dorsi kas flebi, omental flep, serbest flepler, vakum destekli kapatma (VAC) ve bunların kombinasyonları yer alır. Kendisini sınırlamış geniş ve komplike olmayan defektlerde İnternal Mammarian Arter, Anterior-Posterior İnterkostal arterlerden baz alan fasyokutan perforatör fleplerin kullanımları da mümkündür.

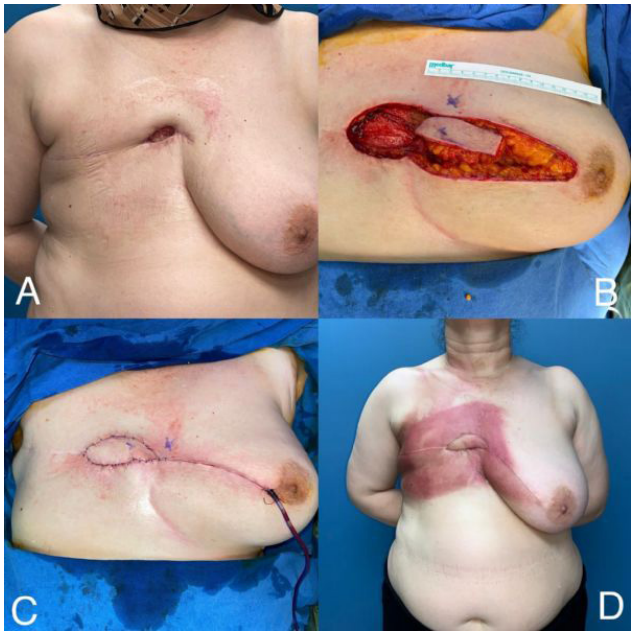
Göğüs duvarı rekonstrüksiyonu için pediküllü perforatör flepler yaygın olarak kullanılmamaktadır. Avantajları, flebi kastan ödün vermeden çıkarmanın donör bölgedeki morbiditeyi minimuma indirebilmesidir. IMAP flepleri, İnternal Mamarian Arterin perforatörleri tarafından sağlanan ada flepleridir. Tek bir perforatör tarafından sağlanan bir ada kanadının izole edilmesi, tasarımda çok yönlülük sağlar ve dönüş arkını arttırır. Bu flep karşı göğüs duvarına ulaşmak için 90-180 derece rotasyona getirilebilir ve eliptik şekli nedeniyle donor alan 7 cm içinde primer kapatılabilir. İnternal mammarian arterinden perforatör damarların varlığının doğrulanması gerekmekle birlikte, flebin endikasyonu medial, tek taraf yerleşimli ve göğüs duvarında kısmi kalınlıkta defekt olabilir. El tipi Doppler veya renkli Doppler ultrasonografi gibi invaziv olmayan cihazlarla damarlar kolayca tespit edilebilir. IMAP flepini kaldırmak, donör sahada minimum morbidite ile kolay ve hızlıdır. Ayrıca göğüs duvarının medial, lokalize rekonstrüksiyonu için düşünülmesi gereken güvenilir ve daha az invaziv bir seçenektir. Radyoterapi alması gerek meme hastalarında yara iyileşme sorunu karşılaşıldığı takdirde hızlı çözüm sağlayacak yöntemlerden bir tanesidir.

Kaynaklar:

1. Masaki Takeuchi & Hiroyuki Sakurai (2013) Internal mammary artery perforator flap for reconstruction of the chest wall, Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery, 47:4, 328-330
2. Kalender V, Aydm H, Karabulut AB, Ozcan M, Amiraslanor A. Breast reconstruction with the internal mammary artery pedicled fasciocutaneous island flap: description of a new flap. Plast Reconstr Surg 2000;106:1494–8.
3. Bakamjian VY. A two-stage method for pharyngoesophageal reconstruction with a primary pectoral skin flap. Plast Reconstr Surg 1965;36:173–84.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı rekonstrüksiyonu, İnternal Mammarian Arter, Perforatör flep

Preoperatif, Operatif ve Postoperatif fotoğraflar



A: Sağ göğüs orta hatta iyileşmeyen, kronik, ülsere, kostaların ekspoze olduğu açık yara. B: Subkutan planda lateralden mediale doğru hassas disseksiyon ile İMA'nın 3. İnterkostal boşluktan çıkan perforatörü parasternal bölgede bulundu. Subkutan planda defekt kalınlığına uygun şekilde flep elevasyonu sağlandı. C: Flep adaptasyonu ve donor saha primer onarımı ile ameliyatın tamamlanması. D: Postoperatif 3. haftasında başlayıp postoperatif 7. haftasında sonuncusu olmak üzere 17 kür radyoterapi alan hastanın postoperatif 10. haftadaki görüntüsü.

P-163

Meme küçültme sonrası spontan gelişen gigantomasti olgusu

Hayri Ahmet Burak Nurşen, Muaz Zuhour, Mahmut Tekecik, Bilsev İnce

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

Giriş: Gigantomasti nadir olmakla beraber meme dokusunun aşırı büyümesiyle karakterize bir durumdur. Her memenin 1,5 kg ve üstünde büyümesi şeklinde tanımlanmaktadır[1]. Bu durum hastaları fiziksel ve psikososyal olarak etkilemektedir. Hastalarda mastalji, ciltte ülserasyon ve enfeksiyon, postüral problemler, sırt ağrısı, ve sürekli traksiyona bağlı 4./5./6. interkostal sinir hasarı gelişmesiyle nipple bölgesinde duyu kaybı gibi çeşitli bulgulara neden olabilmektedir. Günümüzde kabul görmüş bir sınıflanma şekli mevcut değildir. Etyoloji ise tam anlamıyla aydınlatılamamıştır[2]. Bu olgu sunumunda kliniğimizde meme küçültme operasyonu geçirdikten sonra gigantomasti gelişen bir vakamızı sunmak istedik.

Olgu Sunumu: 32 yaşında kadın hasta kliniğimize makromastinin sebep olduğu omuz ve sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu (bkz resim 1-A). Hasta muayene edildikten sonra redüksiyon mamoplasti operasyonu planlandı. Hastadan genç yaşta olması nedeniyle mamografi yerine bilateral meme ultrasonografisi istendi. Meme ultrasonografisinde her iki meme parankimi heterojen fibroglandüler doku zeminine sahip olup sağ ve sol memede multiple fibroadenomlar görüldü ve radyologlar tarafından BIRADS skorlaması 3 olarak değerlendirildi. Hasta superomedial pedikül tekniğine uygun olarak opere edildi. Her iki meme 36 cm'den 21 cm'ye taşınarak her bir memeden 1300 g meme dokusu çıkartıldı. Hastanın postop takiplerinde komplikasyon görülmedi ve hasta taburcu edildi. Çıkarılan materyallerin patoloji sonucu fibrokistik değişiklikler olarak yorumlandı. Hasta operasyondan üç yıl sonra bilateral gigantomasti şikayetiyle başvurdu (bkz. resim 1-B). Fizik muayenede palpasyonla sert kitleler halinde büyümüş meme dokusu izlendi. Hasta tekrar operasyona alınarak cilt koruyucu mastektomi yapıldı ve meme dokusunun tamamı patolojiye gönderildi. Rekonstrüksiyon için ekspande olmuş fazla cilt intraop spy cihazıyla görüntülendi ve dolaşımsız cilt kısımları çıkarılarak her iki memeye 460 cc implant yerleştirildi. Meme başları free nipple tekniğine göre yeni yerlerine adapte edildi. Patoloji raporu her iki meme için fibroadenom olarak yorumlandı.

Tartışma: Gigantomastisi olan hastalara bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunda etyolojiye yönelik bir neden tanımlanamamış olup en sık sebep idiopatik olarak görülmektedir. Etyolojiye bakıldığında bazı hastalarda hormonal değişiklere bağlı, bazı hastalarda ise ilaç kullanımına bağlı gigantomasti görülmüştür. Hormonal değişikliğe bağlı gelişmiş gigantomastiye aşırı hormonal salınım veya fizyolojik sınırlardaki hormona meme dokusunun hipersensitif olması neden olmaktadır. Pubertede görülürse Juvenil gigantomasti gebelikte görülürse gestasyonel gigantomasti olarak adlandırılır. Pubertenin herhangi bir döneminde görülebilir ve unilateral ya da bilateral olabilir[3]. Kollajen birikimine bağlı fibrozis, hücresel hiperplazi, karakteristik olarak intertisyum ve periduktal ödem ve lenfatik dilatasyon görülür. Glandular hiperplazi, stromal hiperplazi ve fibroadenomlar karakteristik olarak görülür[4]. Histolojik incelemeler glandüler dokuda artmış östrojen ve progesteron reseptörlerini ve reseptörlerde hipersensitivite olduğunu göstermiştir. Gestasyonel gigantomastide ise reseptörlerde prolaktin hipersensitivitesi karakteristik bir özelliktir[5]. Gigantomastinin nadir de olsa bilinen bir başka etyolojisi ilaçlarla indüklenen formudur. İlaçlar içinde özellikle penisilamin, neotetazon, siklosporin gibi ilaçlar suçlanmıştır. Bu ilaçların hangi mekanizmayla hastalığa sebep olduğu ise hala bilinmemektedir. Gigantomastisi olan hastaların bazılarında ise altta yatan myastenia gravis, hashimoto tiroiditi, kronik artirit gibi immünolojik risk faktörleri görülmektedir. Tedavi kısmına bakacak olursak literatürde cerrahi ve medikal tedavilerin olduğunu görmekteyiz[2]. Literatürde gigantomastisi olan bir olguda spontan regresyon da bildirilmiştir[6]. Medikal tedavi ajanları olarak bromokriptin, medroksiprogesteron, tamoksifen ve danazol gibi ajanların kullanıldığını görmekteyiz. Bromokriptin prolaktin hormonunu baskılayan bir ajan olup yüksek dozlarda kullanıldığında meme dokusunda involüsyona sebep olarak gestasyonel gigantomasti için bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bromokriptin tedavisi için doğum sonrası başlanarak 6 ay süreyle tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. Gestasyonel gigantomastisi olan hastalarda cerrahi planlaması varsa cerrahi doğum sonrasına ertelenmelidir. Bromokriptin tedavisi sonrasında ek olarak cerrahi planlaması da yapılabilir. Her ne kadar bromokriptin gestasyonel gigantomastide etkili olsa da juvenil gigantomastide bir etkisi gözlenmemiştir. Tamoksifen ve medroksiprogesteron gibi tedavi seçenekleri juvenil gigantomastide kullanılan faydalı tedavi seçenekleri olarak gösterilmiştir. Cerrahi tedavi seçeneklerine bakarsak redüksiyon mamoplasti ve mastektomi kabul gören cerrahi tedaviler olarak literatürde yer etmiştir. Meme küçültme genel olarak ilk cerrahi tedavi seçeneği olup hormonal tedavilerle kombine edilebilir ancak meme dokusunun tamamı çıkarılmadığı için her zaman kesin sonuç vermeyebilir. Meme küçültmede doğal meme dokusunun bir kısmı geride bırakıldığı için daha iyi bir tedavi seçeneği olarak görülebilir ancak ikinci ameliyat olasılığı açısından hasta seçimi iyi yapılmalıdır. Mastektomi sonrası implant ya da özdoku ile rekonstrüksiyon daha kesin sonuçlar vermektedir[2].

Sonuç: Gigantomastinin ayırıcı tanılarına bakarsak, meme karsinomları filloides tümörü ve fibroadenom görülebilmektedir. Gigantomasti genellikle bialteral olmakla beraber nadir olarak unilateral de olabilir. Tedavi öncesi tanı amaçlı görüntülemeler yapılmalı gerekirse histoptaolojik örnek alınmalıdır. Literatürde etyolojilerin bazıları aydınlatılmış olsa da gigantomastinin en sık sebebi hala idiopatiktir. Gigantomastisi olan hastalarda redüksiyon mamoplasti sonrası nüks görülse de[2] öncesinde gigantomastisi olmayan hastada meme küçültme operasyonu sonrası gigantomasti gelişmesi karşılaşmayı beklediğimiz bir durum değildir.

Kaynaklar:

1. Dafydd H, Roehl KR, Phillips LG, Dancey A, Peart F, Shokrollahi K. Redefining gigantomastia. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Feb;64(2):160-3. doi: 10.1016/j.bjps.2010.04.043. Epub 2010 Jun 8. PMID: 20965141.
2. Dancey A, Khan M, Dawson J, Peart F. Gigantomastia--a classification and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(5):493-502. doi: 10.1016/j.bjps.2007.10.041. Epub 2007 Nov 28. PMID: 18054304.
3. Baker S, Burkey B, Thornton P, et al. Juvenile gigantomastia: presentation of four cases and review of the literature. Ann Plast Surg 2001;46:517e26.
4. Hollingsworth DR, Archer R. Massive virginal breast hypertrophy at puberty. Am J Dis Child 1973;125:293e5.
5. Kupfer D, Dingman D, Broadbent R. Juvenile breast hypertrophy: report of a familial pattern and review of the literature. Plast Reconstr Surg 1992;90:303e9.

6. Dharini, Venkataram T, Raghuprakash S. Gestational gigantomastia with spontaneous resolution in an Indian woman. BMJ Case Rep. 2018 Mar 28;2018:bcr2017224009. doi: 10.1136/bcr-2017-224009. PMID: 29592998; PMCID: PMC5878311.

Anahtar Kelimeler: gigantomasti, meme küçültme, mastektomi, dev fibroadenom

Resim 1

Resim 1-A redüksiyon mamoplasti vakası preop görünüm Resim 1-B gigantomasti vakası mastektomi öncesi görünüm

P-164
Dolgu sonrası meme nekrozu

Moath Zuhour, Mahmut Tekecik, Zikrullah Baycar, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı

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

Giriş: Meme büyütme ameliyatı en çok uygulanan estetik ameliyatlardan birisidir. Temel iki tane yöntemi var; birincisi silikon protezler, ikincisi dolgu enjeksiyonudur. Meme dolguları, ağrı ve yabancı cisim reaksiyonları gibi ilişkili komplikasyonları nedeniyle daha az kullanılır. Ancak bu dolgu materyalleri genellikle yasa dışı olarak uygulanmakta ve bu da estetik veya yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu komplikasyonlar yabancı maddeler çıkarılarak tedavi edilir ve silikon implantlar veya otolog doku kullanılarak memeler yeniden rekonstrükte edilir.

1.Vaka sunumu: Yaklaşık 2 ay önce dış merkezde her memeye 300 cc hyalüronik asit dolgusu yaptıran hasta tarafımıza memede ağrı ve akıntı şikâyetiyle başvurdu. Hasta plastik cerrahi servisine yatırılarak antibiyotik tedavisine başlandı. Hastaya günlük kapalı pansuman ve sıvazlanarak akıntı drenajı uygulandı(Fotoğraf 1,A). Yatışının 10. Gününde hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve subkütan mastektomi uygulandı. Ameliyat sırasında dolgu materyalinin meme dokusunun içinde her yere diffüze olduğu ve granülomlar oluşturduğu gözlemlendi. Meme boşluğu tentürdiyot ile yıkanarak her memeye 350 cc HR silikon protez yerleştirildi(Fotoğraf 1,B). Hastanın takiplerinde yaklaşık iki hafta arayla ağrı şikayetleriyle tekrar tarafımıza başvurdu. Hastaya USG çekilerek ve uygun antibiyoterapi uygulanarak cerrahi işleme gerek olmadan şikayetlerin gerilerdiği görüldü.

2.Vaka bildirimi: Yaklaşık 3 hafta önce dış merkezde her memeye 250 cc hiyalüronik asit dolgusu yaptıran hasta tarafımıza özellikle sağ memede şiddetli ağrı şikâyetiyle başvurdu. Hastanın çekilen USG'sinde sağ memede daha belirgin olmak üzere sıvı koleksiyonların olduğu görüldü. Hasta enfeksiyon bölümüne danışılarak uygun antibiyoterapi başlandı. Yatışı takip eden günlerde hastanın ağrısının düzelmediği fark edildi, fakat hastanın cerrahi tedavi istemediği anlaşıldı. Hasta enfeksyion bölümüne devr edildi. Devr işlemini takip eden 4. Günde hasta bize danışıldı. Sağ memede meme ucunu içine alan geniş cilt nekrozu dikkati çekti(Fotoğraf 1,C). Meme çok hassas ve pürülan akıntının geldiği gözlemlendi. Hastaya tüm memesini kaybedeceğini ve onarım seçenekleri anlatıldı. Hastanın tedavisi hala devam etmektedir.

Tartışma: İmplant yerleştirme yoluyla meme büyütme, genel anestezi gerektirir ve cerrahın deneyimine büyük ölçüde bağlıdır. Ayrıca, nihai sonuçların revize edilmesi için tekrarlayan ameliyatlar gerekebilir. Bu nedenle, cerrahlar dolgu enjeksiyonlarını kullanarak daha basit prosedürleri araştırdılar; bunlara otolog yağ ve biyomateryallerin kullanımı dâhildir. Otolog yağ enjeksiyonunda yabancı cisim reaksiyonu görülmez; ancak yağ emilimi, nekroz ve kireçlenme gibi sorunlar mevcuttur(1,2). Yağ greftinin donör alan gerektirmesi bir dezavantajdır. Onun için parafin, petrolatum, bitkisel yağ, lanolin, arı mumu, silikon jel ve poliakrilamid jel (PAAG) gibi başka biyomateryaller kullanılmıştır. Bunların çoğunun enfeksiyon, fibrozis, granülom ve cilt nekrozu gibi yabancı cisim reaksiyonlarından kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle meme büyütme için kullanımı yasaklanmıştır(3-5).

Dolgu materyalı genellikle meme parankimi, cilt altı dokusu, retromammary boşluk ve kas gibi farklı katmanlara dağılır. Bu nedenle enjeksiyon sonrası komplikasyonların tedavisi için yabancı madde, enfekte ve nekrotik dokularla birlikte çıkarılmalı, sağlıklı dokuyu olabildiğince korumaya özen gösterilmelidir. Daha sonra patolojik inceleme yapılmalıdır(6). Birinci hastamızda silikon protezi örtecek kadar sağlıklı doku koruyabildik, ancak bu ikinci hastada pek mümkün değildir çünkü nekroz meme ucuna kadar ilerlemiş durumdadır.

Meme rekonstrüksiyonunda, estetik sonuç sağladığı için NAC'nin korunması çok önemlidir. Meme ucu derisinin perfüzyonu ağırlıklı olarak deriden sağlanır. Meme ucuna giden damarların sadece üçte biri kanal demeti içinde hareket ederken, üçte ikisi meme ucu derisi içinde hareket eder (7), areolar perfüzyon hemen hemen sadece deri damarları yoluyla olur. Bu nedenle, NAC çevresindeki deri flebini korumak önemlidir. İkinci hastanın meme ucu dahil geniş cilt alanın nekroza gitmesi dolgunun çok yüzeyel tabakalara verildiğine işaret eder.

Sonuç: Literatürde önerilmediği halde meme dolguları bazıları tarafından halen uygulanmaktadır. Komplikasyonların erken teşhisi çok önemli. Şiddetli ağrı ilk bulgu olabilir. MR ve USG tanıda yardımcı yöntemlerdir, ayrıca fizik muayene ve ayrıntılı anamnez atlanmamalı. Tedavinin ilk aşaması antibiyotik olup nekrotik dokuların debridmanı hayat kurtarıcı olabilir. Dolgu komplikasyonu sonrası meme rekonstrüksiyonu tek aşamalı veya sonradan ikinci seansta olabilir. Debridman sonrası geri kalan dokuların temiz olduğundan emin olunursa tek aşamalı rekonstrüksiyon hasta konforu ve psikolojisi açısından daha avantajlıdır.

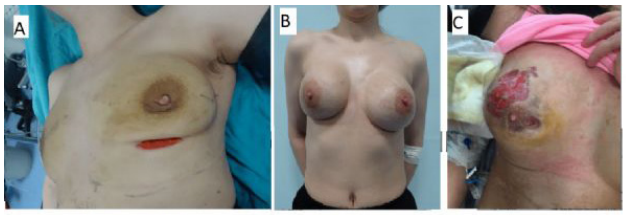
Kaynaklar:

1. Bircoll M, Novack BH. Autologous fat transplantation employing liposuction techniques. Ann Plast Surg. 1987;18(4):327-329.
2. Lewis CM. The current status of autologous fat grafting. Aesthetic Plast Surg. 1993;17(2):109-112.
3. Okubo M, Hyakusoku H, Kanno K, Fumiiri M. Complications after injection mammaplasty. Aesthetic Plast Surg. 1992;16(2):181-187.
4. Chen TH. Silicone injection granulomas of the breast: treatment by subcutaneous mastectomy and immediate

subpectoral breast implant. Br J Plast Surg 1995;48:71–6.
5. Ortiz-Monasterio F, Trigos I. Management of patients with complications from injections of foreign materials into the breasts. Plast Reconstr Surg 1972;50:42–7.
6. Rusby JE, Brachtel EF, Taghian A, et al. Microscopic anatomy within the nipple: implications for nipple sparing mastectomy. Am J Surg 2007;194:433–7.

Anahtar Kelimeler: dolgu, implant, meme büyütm

fotoğraf 1



A: birinci hastanın debridman sonrası intraop fotoğrafı
B: birinci hastanın implan sonrası postop. fotoğrafı
C: 2. hastanın meme ucunu içine alan nekrozun fotoğrafı

A: birinci hastanın debridman sonrası intraop fotoğrafı B: birinci hastanın meme protezi sonrası postop. fotoğrafı C: ikinci hastanın meme ucunu içine alan nekrozun fotoğrafı

P-165
Meme İmplantı Rüptürü

İncilay Yılmaz, Alperen Aras, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

Kocaeli Üniversitesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Meme implantları, mastektomi sonrası meme büyütme ve rekonstrüksiyonu için yaygın olarak kullanılmaktadır. Kapsül kontraktürü ve implant yırtılması meme implantasyonunun en sık görülen postoperatif komplikasyonlarıdır. Hastalar sıklıkla meme şeklindeki, boyutundaki veya sıklığındaki değişiklikler, kapsül kontraktürü, ele gelen kitleler veya meme ağrısı gibi semptomların hiçbirini göstermezler. Dolayısıyla bu tür komplikasyonlar dikkatli bir klinik ve radyolojik değerlendirme süreci gerektirir. İmplantın rüptürü, implant çevresinde oluşan fibröz skar veya kapsül içinde ya da ekstrakapsüler olabilir. İmplantın rüptüre olup olmadığının anlaşılmasında altın standart, implantın çıkarılması ve incelenmesidir. İmplant rüptürleri, iğne deliği büyüklüğünde delikler içeren fokal yırtılmalardan büyük, görünür yırtıklara ve implant kabuğunun tamamen parçalanmasına kadar geniş bir aralıkta karşımıza çıkabilir. Bu posterde implant rüptürünün sıklığını, nedenlerini, sekellerini ve tespitini bir olguyla birlikte gözden geçireceğiz. İmplant rüptürleri sanılanın aksine çok daha fazla karşılaşılan bir konu olması dolayısıyla önemlidir.

Olgu: 5 yıl önce meme protezi ile rekonstrüksiyonu yapılmış olduğu bilinen 50 yaş kadın hastanın, son 1 yıldır olan sağ memede sertlik ve hassasiyet şikayeti mevcuttu. Yapılan fizik muayenede memede asimetri olduğu görülüp kontrol için MR incelemesi planlandı. Yapılan MR incelemesinde sağ memede protez içerisinde curvi lineer sinyal intensitesi dikkati çekmekteydi. İlinguin bulbusu lehine yorumlandı. İntrakapsüler rüptür ile uyumluydu. Hastaya operasyon planlandı. İnframammarian folddan eski insizyon skarından girildi ve kapsüle ulaşıldı. Kapsül intakt görüldü ve kapsül protez ile birlikte total olarak intakt şekilde çıkarıldı. Daha sonrasında hastadan çıkarılan kapsül ve protez masada değerlendirildi. Kapsül açıldıktan sonra sağ protezin çok parçalı olarak rüptüre olduğu gözlendi(bkz. Şekil-1B). Ardından diğer memede kapsül ve protez total olarak dışarı alındı. Masada yapılan kapsülektomi sonrası sol protezin intakt olduğu görüldü.

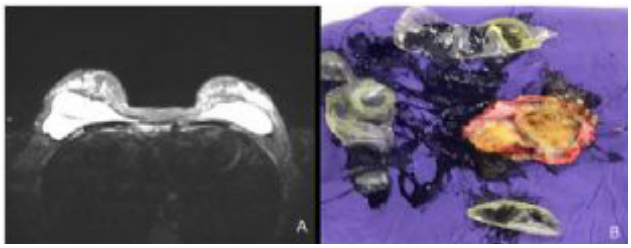
Tartışma: İmplant rüptürleri 2 ana kategoriye ayrılabilir: İntrakapsüler ve ekstrakapsüler. İntrakapsüler rüptürler makroskopik olarak fibröz kapsülü geçmeyen implant kabuğunun rüptürü olarak tanımlanmaktadır. Tüm implant rüptürlerinin %80-90'ını kapsamaktadır. Ekstra kapsüler rüptürler ise karşımıza daha seyrek olarak çıkmakla birlikte fibröz kapsülün ötesine çevre dokulara yayılımın olduğu rüptür türüdür. İmplant rüptürü mamografi sırasında memeye kompresyon uygulanması, santral venöz kataterin implant içine takılması, motorlu araç kazaları, düşmeler, silahlı yaralanmalar gibi pek çok sebeple ortaya çıkabilir. Elde edilen veriler, implant yaşının rüptürdeki ana faktör olduğunu göstermektedir. İmplant rüptürünü tespit etmek çeşitli muayene yöntemleri kullanılmaktadır ancak bununla birlikte görüntülemeye de ihtiyaç duyulmaktadır. Meme implantlarının bütünlüğünü değerlendirmek için mamografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) dahil olmak üzere çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Mamografi ve ultrasonografinin aksine, meme MRG'si hem intrakapsüler hem de ekstrakapsüler rüptürleri daha doğru bir şekilde gösterir. Özellikle "Yağ Baskılı T2 Sekansı" meme protezi rüptürünün değerlendirilmesinde faydalıdır. Silikon jel meme implantlarının rüptürü teşhisine yönelik yöntemler geliştirilmiş olsa da implant rüptürü olan kadınlar için uygun tedavi konusunda fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Bazı plastik cerrahlar, implant yaşlandıkça artan yırtılma riskini önlemek için implantların implantasyondan sonraki 8 yıl içinde profilaktik olarak çıkarılmasını tavsiye etmiştir[1]. Bazıları ise serbest silikonun sağlık açısından çok az risk oluşturduğunu veya hiç risk oluşturmadığını söylemektedir. İmplant rüptürü lokal komplikasyonlara (meme deformitesi, silikonoma veya granülom, ağrı, migrasyon) neden oluyorsa, değiştirme seçeneği ile çıkarılması gerektiği konusunda yaygın bir fikir birliği vardır. Ancak semptomları olmayan kadınlar için rutin tarama önerilmemektedir. Bu konuların daha iyi ele alınabilmesi için ileriye dönük takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Meme implantlarının rüptürü ve bunun sonuçları yalnızca implantlı kadınlar için değil, aynı zamanda klinisyenler ve implant üreticileri için de endişe vericidir. Bu konuya olan yaygın ilgiye rağmen implant rüptürü prevalansı gibi en temel bilgiler bile bilinmemektedir. Bu konuda yayınlanmış çalışmalar tipik olarak vaka serileridir ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça:

1. Zingaretti N, Rampino Cordaro E, Parodi PC, Marega G, Modolo F, Moreschi C, Da Broi U. Determinants of surgeon choice in cases of suspected implant rupture following mastectomy or aesthetic breast surgery: Clinical implications. Medicine (Baltimore). 2020 Jul 2;99(27):e21134. doi: 10.1097/MD.0000000000021134. PMID: 32629748; PMCID: PMC7337419. 2. Gorczyca DP, Gorczyca SM, Gorczyca KL. The diagnosis of silicone breast implant rupture. Plast Reconstr Surg. 2007 Dec;120(7 Suppl 1):49S-61S. doi: 10.1097/01.prs.0000286569.45745.6a. PMID: 18090814. 3. Brown SL, Silverman BG, Berg WA. Rupture of silicone-gel breast implants: causes, sequelae, and diagnosis. Lancet. 1997 Nov 22;350(9090):1531-7. doi: 10.1016/S0140-6736(97)03164-4. PMID: 9388410.

Anahtar Kelimeler: Meme, İmplant, Rüptür

Resim 1



A: Hastanın preoperatif MR Görüntüsü. Protezin total rüptüre olduğu ancak kapsülün korunduğu görüldü. B: Rüptüre Meme İmplant Materyali

P-166

Bilateral Aksiller Aksesuar Meme: Olgu Sunumu

Hayri Ahmet Burak Nurşen, Arda Soylu, Pınar Öztürk, Mehmet Dadacı

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

Giriş: Embriyonik hayatta meme gelişimi intrauterin 5.haftada başlamaktadır. Meme dokusu ektoderm ve mezoderm olarak iki embriyonik kökenden gelişmektedir. 6.haftada aksilladan inguinale uzanan süt çizgisi belirir. 10.haftada süt çizgisinin proksimal ve distal uçlarında regresyon görülür ve orta kısım gelişmeye devam ederek memeyi oluşturur[1]. Regrese olması gereken dokularda regresyon görülmezse en sık aksillada görülmekle beraber süt çizgisi üzerinde herhangi bir yerde aksesuar meme oluşabilir[2]. Aksesuar meme Kajava tarafından 1915 yılında sınıflandırılmıştır[3]. Pubertede östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle meme dokusu genişler. Meme bozuklukları pubertede nadir ve genellikle benign karakterdedir[1]. Aksesuar meme ırklar arasında insidans farkı olmakla beraber; asyalılarda daha sık[2], kadınlarda %2-%6 sıklıkta görülmektedir[3]. Aksesuar meme çoğunlukla aksillada görülmektedir[1]. Semptomlar genellikle aksillada şişlik, şişliğe bağlı omuz hareketlerinde kısıtlanma şeklinde kendini göstermektedir ve şikayetlerde puberte ve gebeliğe bağlı olarak şiddetlenme görülmektedir[3]. Bu olgu sunumunda biz de kliniğimize başvuran bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 55 yaşında kadın hasta bilateral aksiller bölgede şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu (bkz.resim 1). Alınan anamnezde kitlelerin uzun zamandır bulunduğu öğrenildi. Fizik muayenede kitleler palpasyona yumuşak ve mobil olarak görüldü. Ayırıcı tanı için hastadan görüntüleme olarak ultrasonografi istendi. Ultrasongrafi raporunda kitleleler radyolog tarafından adipoz dokuda artış olarak yorumlandı. Hastayla tedavi seçenekleri değerlendirilerek eksizyon kararı alındı. Hasta genel anestezi altında opere edilerek kitleler eksize edildi. Çıkarılan materyal patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu bilateral aksesuar meme olarak yorumlandı. Hastanın postop takiplerinde komplikasyon gelişmedi ve hasta taburcu edildi.

Tartışma: Aksesuar meme, normal meme dokusunun meme haricindeki yerlerde de görülmesi durumudur. İçerdiği doku spektrumu geniş olup gland, nipple, areola veya bunların kombinasyonundan oluşabilir[4]. Doku içeriğine göre 1915 yılında ektopik meme Kajava tarafından sınıflandırılmış ve bu sınıflama günümüzde hala kullanılmaktadır[3]. Aksesuar meme süt çizgisinde görülmesine rağmen bazı vakalarda yüz, sırt, uyluk gibi süt çizgisi dışında kalan bölgelerde de görülebilir en sık görüldüğü yer ise aksiller bölgedir. Otozomal dominant olarak kalıtılabilmekle beraber çoğu vaka sporadiktir. Bazı vakalarda kardiyovasküler ve renal anomaliler görülebilmekle beraber aradaki ilişki kanıtlayan bir delil bulunamamıştır. Kajava'nın sınıflamasına(bkz. tablo1) göre class 4 ektopik meme sadece glandular dokuyu içermektedir ve sadece puberte veya gebelikte görülen hormonal sitümilasyonla semptomatik hale gelmektedir. Klasik semptomlar menstüral siklusla beraber ağrı, şişlik, aksillada gerginlik, omuz hareketlerinde azalma ve iritasyona bağlı kıyafetlerden rahatsızlık hissetmedir[4]. Enfeksiyon, fibrokistik hastalık, kanser gibi normal meme dokusunda görülebilecek bütün patolojiler aksesuar memede de görülebilmektedir. Ultrasonografik görüntüleme tanıda kullanılan anahtar görüntüleme yöntemidir. Karşı taraf tutulumu açısından ultrasonografinin bilateral yapılması faydalıdır. Ayırıcı tanıda lenfadenopatiler, haidraadenitis supurativa, lipom, malignansi, sebase kist ve vasküler malformasyonlar bulunur. Tanıda şüphelenilen durumlarda ileri görüntüleme olarak mrg önerilir gerekli olması halinde ince iğne aspirasyon biyopsisi de yapılabilir. Tanıyı doğrulamak için ise histopatoloji zorunludur[4]. Tedavide genellikle eksizyon yapılmakta olup alternatif olarak liposuction da uygulanabilmektedir[3]. Liposuction yapılan hastalarda hasta memnuniyeti benzer olmakla beraber ameliyat skarı daha az olmaktadır ve postoperatif enfeksiyon oranları daha düşüktür. Ciltte fazlalık kalması durumunda liposuction sonrası cilt eksizyonu da yapılabilir. Postoperatif komplikasyonlar olarak seroma, hematom, enfeksiyon, rezidü gland dokusu ve aksillada kontur bozukluğu görülebilir. Ameliyatın ana endikasyonu patoloji yardımıyla tanıyı doğrulamak ve semptomları ortadan kaldırmaktır. Ameliyatın zamanlaması açısından gebelikten önce yapılması pek çok cerrah tarafından tercih edilmektedir çünkü genç yaşta yapılan ameliyatlarda hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu ve tekrar operasyon oranlarının daha az olduğuna dair bir görüş bulunmaktadır[4].

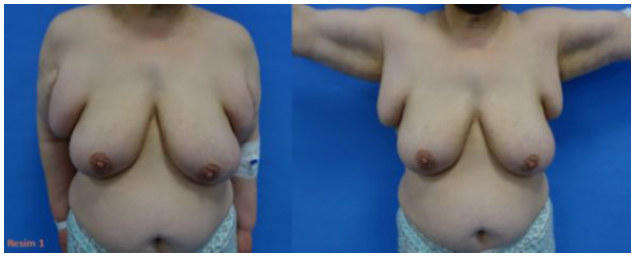
Sonuç: Aksesuar meme, meme dışında bir bölgede meme doksunun görülmesi durumudur. En sık aksillada görülmekte olup unilateral veya bialteral olabilmektedir. Tedavi önce aksiller patolojileri ayırt etmek için görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır[4]. Tedavide liposuction ya da eksizyon uygulanabilir[3]. Normal meme dokusunda görülebilecek tüm patolojik durumlar aksesuar memede gözlenebileceği unutulmamalıdır[4]. Hastayla birlikte uygun cerrahi prosedüre karar verilerek tedavi planlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Mareti E, Vatopoulou A, Spyropoulou GA, Papanastasiou A, Pratilas GC, Liberis A, Hatzipantelis E, Dinas K. Breast Disorders in Adolescence: A Review of the Literature. Breast Care (Basel). 2021 Apr;16(2):149-155. doi: 10.1159/000511924. Epub 2020 Nov 30. PMID: 34012369; PMCID: PMC8114041.
2. Down S, Barr L, Baildam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in the axilla. Br J Surg. 2003 Oct;90(10):1213-4. doi: 10.1002/bjs.4225. PMID: 14515288.
3. Patel PP, Ibrahim AM, Zhang J, Nguyen JT, Lin SJ, Lee BT. Accessory breast tissue. Eplasty. 2012;12:ic5. Epub 2012 Apr 23. PMID: 22536461; PMCID: PMC3336208.
4. De la Torre M, Lorca-García C, de Tomás E, Berenguer B. Axillary ectopic breast tissue in the adolescent. Pediatr Surg Int. 2022 Jul 19. doi: 10.1007/s00383-022-05184-1. Epub ahead of print. PMID: 35852592.

Anahtar Kelimeler: aksesuar meme, ektopik meme, süt çizgisi

Resim 1



Bilateral aksesuar meme vakası preop görünüm

Kajava'nın aksesuar meme sınıflaması

Sınıf 1	Gland nipple ve areaolayı içeren tam meme dokusu (polimasti)
Sınıf 2	Sadece gland ve nipple
Sınıf 3	Sadece gland ve areaola
Sınıf 4	Sadece gland
Sınıf 5	Nipple ve areola
Sınıf 6	Sadece nipple (politeli)
Sınıf 7	Sadece areaola
Sınıf 8	Sadece kıl yumağı

P-168

Pediküllü Anterolateral Uyluk Flebiyle Farklı Anatomik Lokalizasyondaki Defektlerin Rekonstrüksiyonu

Burak Özkan, Süleyman Savran, Orkhan Sahpazov, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Anterolateral uyluk flebi uzun ve güvenilir pedikülü, farklı kalınlıklarda kaldırılmasına imkan tanıması, düşük donör saha morbiditeleri gibi birçok avantajıyla rekonstrüktif mikrocerrahide en çok kullanılan fleplerden biridir. Pediküllü olarak kaldırıldığında ise kranyelde umblikus seviyesine kadar olan defektlerde, ters akımlı pediküllü olarak kaldırıldığında ise posterior uyluk ve diz bölgesi defektlerin kapatılmasında kullanılmaktadır. Bu çalışmada farklı anatomik lokalizasyondaki defektlerin kapatılmasında pediküllü Anterolateral uyluk flebi tecrübemizi paylaşacağız

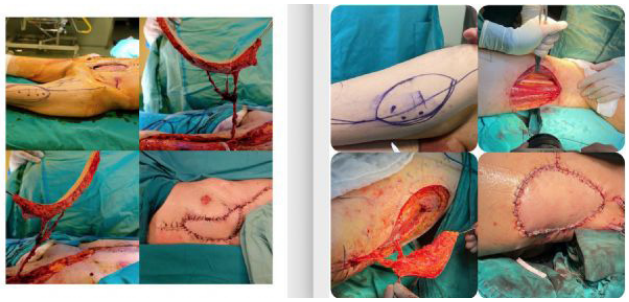
Gereç ve Yöntem: 2019-2022 yılları arasında pediküllü ALT flebi yapılan 12 hasta (7 erkek, 3 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 56 (32- 72). Defektlerin lokalizasyonu çoktan aza, inguinal bölge (4), trokanterik bölge(3), medial uyluk (2), posterior uyluk (2), umblikus (1). Defekt etiyolojileri en sık en anjiografiye sekonder hematom bağlı cilt defekti, protestik damar enfeksiyonu, yanık, abdominal cerrahiye sekonder yara ayrılması, sarkom rezeksiyonuydu. Tüm hastalarda perforatörler 8Hz el doppleri ile işaretlenip, cilt adası pedikülün uzunluğu hesaplanarak planlandı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 2.7 saat (2-4). Fleplerde erken ve geç dönem komplikasyon görülmedi. Flep donör sahası yanık etiyolojisi olan bir hasta hariç primer kapatıldı. Hastaların ortalama hospitalizasyon süresi 7 gün (4-18) Ortalama Defekt flep oranı ise 1/0.7 bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Anterolateral uyluk flebinin pediküllü olarak transfer edilmesi için pedikülün izolasyonu, ana artere kadar takip edilmesi, yan dalların bağlanması gerekmektedir. Pedikülün sıkışmaması için medial uyluk, inguinal bölge ve umblikusa transferlerde sartorius kasının altından geçirmek faydalı olacaktır. Ters akımlı fleplerde, preoperatif anjiografik değerlendirme flebin distal akımının görülmesi açısından faydalı olabilir. Posterior uyluğa transfer edildiğinde tensor fasia lata altından tünelizasyonlarda fasyaya skorlama yapılabilir ve kas-tendona bağlı bası ortadan kaldırılabilir. Serimizde komplikasyon oranının düşük olmasını, iyi preoperatif planlama ve dikkatli pedikül diseksiyonu olarak yorumluyoruz. Alıcı sahadaki çevre doku elastikyetinde flep cilt adası defektten daha küçük planlanabilir. Serimizde literatürde kullanılmı bildirilmiş iskial ve vulvar defektler bulunmamaktadır. Elimizdeki kohorttdan edindiğimiz tecrübe çerçevesinde pediküllü ALT flebinin umblikus ve diz arasındaki defektlerde güvenle kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: anterolateral uyluk flebi, pedikürlü flep, perforator flep

Resim 1



Sol-Umblikus seviyesinde geçirilmiş karın cerrahisine bağlı gelişen defektin kapatılmasında pediküllü ALT flebi Sağ-Posterior uyluk bölgesinde sarkom cerrahisi sonrası oluşan defektin ters akımlı pediküllü ALT flebiyle kapatılması

P-169

Latissimus Dorsi kas deri flebinin geniş kullanım yelpazesi

Çavgın Yıldırım, Berkay Çınar, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Latissimus dorsi (LD) kası anatomik olarak vücudun en geniş kasıdır. Bu sayede rekonstrüktif cerrahide özellikle geniş defektlerin tek flep kullanımıyla kapatımında oldukça değerlidir. Travma, tümör ve yanık sebepli geniş doku kayıplarında daha sık tercih edilir. Ölü boşlukların ve sirküler ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonunda da kullanılabilir. (1)Bu çalışmada latissimus dorsi kas flebinin kullanıldığı vaka örneklerinin sonuçlarının sunumu amaçlandı.

Materyal-Metod: 2017-2022 yılları arasında kliniğimizde LD kas/ kas deri flebiyle onarımı yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, komorbidite, defektin etyolojisi, defektin boyutları,tercih edilen alıcı damar, donör saha komplikasyonu, flep komplikasyonu, deri greftleme zamanlaması, işe dönüş süresi gibi değişkenler araştırıldı.

Flep donör sahada seroma riskini azaltmak için cilt altı zemine adaptasyon süturleri atıldı ve her hasta postop abdominal korse ile takip edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 47 (23-67), 5 kadın 12 erkek olan hasta grubunun ek hastalıkları her birinde farklı olarak diabetis mellitus(DM),hipertansiyon (HT),koroner arter hastalığı (KAH),psöriazis,çölyak hastalıkları saptandı.

Toplamda 17 hastanın 3 tanesi skalpte skuamöz hücreli karsinom (SCC),1 tanesi skalpte arteriovenöz malformasyon(AVM), 4 tanesi alt ekstremite travma,1 tane alt ekstremite yanık,2 tane alt ekstremite scc,2 tanesi üst ekstemite travma,1 tanesi üst ekstremite yanık gibi sebeplerle; 3 ü ise otolog meme rekonstrüksiyonu sebebi ile opere edildi. (Resim-1)

Skalp scc ve skalp avm hastalarında kalvarium rekonstrüksiyonu için titanyum mesh kullanıldı. Alt ekstremite travma hastalarında kemik fiksasyonu sağlandı. Meme rekonstrüksiyonu yapılan 1 hastada protez çıkarıldıktan sonra LD flep kullanıldı.

Skalp rekonstruksiyonu yapılmış olan hastaların 1 tanesinde oksipital bölgede basıya bağlı lokal nekroz izlendi. 3 hastada flep donör sahada seroma oluşumu izlendi ve bu seroma oluşan hastaların zemin adaptasyon süturleri atılmayan hastalar olduğu görüldü. 11 hastanın greftle operasyonu ikinci seansa bırakıldı. Üç tanesi eş seanslı yapıldı. Meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda greftleme işlemi yapılmadı. (Tablo-1)

Tartışma: Latisimus dorsi kası vücudun en büyük ve en ince kasıdır. Subskapuler arteryal sistem üzerinden çok farklı dizaynlar ile farklı dokuların kompozisyonu olacak şekilde kaldırılabiliyor olması, flebin öğrenme eğrisinin nispeten kolay olması, donör sahanın primer onarılabiliyor olması bakımından avatanjlı olması sayesinde sık tercih edilen bir fleptir. (2). 8-10 cm uzunluğundaki pedikül uzunluğu çoğu zaman serbest doku aktarımı için yeterli olsa da pedikülün kısa kaldığı vakalarda kasın uzunluğundaki fazlalık sayesinde farklı yöntemlerle bu tolere edilebilmektedir. Bu özellikle baş boyun bölgesinde ya da alt ekstremitede ve bazen çapraz bacak flebi kullanımında avantaj sağlar. Zamanla denervasyon atrofisine giderek fasyokutan flebin kalınlığı gibi bir formasyon kazanır.Geniş defekt rekonstruksiyonlarında alternatif olarak anterolateral tigh flep (ALT) vastus lateralis ile beraber kullanıldığında ya da deep inferior epigastrik arter flebi(DIEP) serbest olarak kullanılabilir. Ancak yine de LD flebi kadar geniş boyutlarda flep elde etmek zor olacaktır ve mevcut flep LD flebine göre bulky olarak kalacaktır. Bu da ilerleyen seanslarda ikinci bir flep debulking operasyonu gerektirebilir.

Sonuç: Her ne kadar yeni çalışmalarda fasyokutan flepler ile aralarında anlamlı farklılığın olmadığı gösterilmiş olsa da, enfektif ve hipoksik yaralarda kas fleplerinin lokal kan akımını iyileştirdiği ve oksijenizasyonu artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Özellikle geniş defektlerde tek flep ile bütün rekonstruksiyonun tamamlanacağı olgularda LD flebi bir kilometretaşıdır.

Kaynakça:

1. Free Latissimus Dorsi Muscle–Chimeric Thoracodorsal Artery Perforator Flaps for Reconstruction of Complicated Defects Does Muscle Still Have a Place in the Domain of Perforator Flaps? Lee, Kyeong-Tae MD; Wiraatmadja, Elrica Sapphira MD; Mun, Goo-Hyun MD; PhD
2. Technical Considerations and Clinical Applications of the Free Anterior Branch Split Latissimus Dorsi Flap Rachel N Cohen-Shohet 1, Sonja S Samant, Harvey Chim

Anahtar Kelimeler: alt ekstremite, latissimus dorsi kas deri flebi, mikrocerrahi, skalp rekonstrüksiyonu

Latissimus dorsi ile rekonstrüksiyonu yapılan hasta örnekleri(Resim-1)

A:Tibia ekspoze sağ alt ekstremite travması geçiren hastanın perop görüntüsü B:Şekil'A daki hastanın postop görüntüsü(cross leg latissimus dorsi kas flebi ile rekonstrüksiyon) C:Kemik ekspoze,pariyetooksipital bölgede scc tanılı lezyonu olan hastanın preop görüntüsü D:Şekil'C deki hastanın postop görüntüsü

Tablo-1: Hastaların demografik özellikleri

	YAŞ	CİNSİYET	ETİYOLOJİ	LEZYON-TRAVMA LOKALİZYONU	EK HASTALIK	DEFEKT BOYUTU(CM)	ALICI DAMAR	UYGULANAN EK İŞLEM	OPERASYON SÜRESİ DAKİKA(DK)	GREFTLEME ZAMANI	KOMPLİKASYON	YATIŞ SÜRESİ (GÜN)
OLGU 1	67	ERKEK	SCC	SKALP	-	15*20	SAĞ SUPERİOR A.V	-	840 DK	2.OPERASYON	OKSİPİTALDE 5*5 CMLİK LOKAL NEKROZ	20
OLGU 2	63	ERKEK	SCC	SKALP	HT,KAH	17*22	SOL SUPERİOR TİROİD A.-SOL EKSTERNAL JUGULER V.	GALEAL GREFT+ TİTANİUM MESH	600 DK	2.OPERASYON	FLEP DONÖR SAHA SEROMA	22
OLGU 3	65	KADIN	SCC	SKALP	LVH	20*26	FASİAL A.V	-	330 DK	EŞ SEANS	-	6
OLGU 4	31	ERKEK	AVM	SKALP	-	20*15	FASİAL A.-RETROMANDİBULER V.	TİTANİUM MESH	540 DK	EŞ SEANS	-	14
OLGU 5	25	ERKEK	TRAVMA	SAĞ CRURİS ANTERİOR	-	10*25	CROSS LEG POSTERİOR TİBİAL A.V	EKSTERNAL FİKSATÖR	525 DK	EŞ SEANS	-	22
OLGU 6	42	ERKEK	ELEKTRİK YANIĞI	SAĞ AYAK	-	20*15	CROSS LEG POSTERİOR TİBİAL A.V	-	240 DK	2.OPERASYON	TOPUK LOKAL NEKROZ	44
OLGU 7	59	ERKEK	TRAVMA	SOL AYAK	GEÇİRİLMİŞ SVO	30*20	ANTERİOR TİBİAL A.V	-	300 DK	2.OPERASYON	TOPUK LOKAL NEKROZ	65
OLGU 8	52	ERKEK	MARJOLİN ZEMİNİNDE SCC	SOL CRURİS SEMİSİRKÜLER	DM	25*35	ANTERİOR TİBİAL A.V	SOL İNGUİNAL DİSEKSİYON	480 DK	2.OPERASYON	FLEP DONÖR SAHA SEROMA	20
OLGU 9	44	KADIN	TRAVMA	SAĞ CRURİS ANTERİOR	-	20*15	ANTERİOR TİBİAL A.V	EKSTERNAL FİKSATÖR	420 DK	2.OPERASYON	TOPUK LOKAL NEKROZ	19
OLGU 10	23	ERKEK	TRAVMA	SOL EL METAKARP (1-2-3-4-5) HİZASI SİRKÜLER	-	12*15	RADİAL A.V	-	420 DK	2.OPERASYON	-	15
OLGU 11	31	ERKEK	TRAVMA	SAĞ ÜST EKSTREMİTE	-	12*15	PEDİKÜLLÜ	ÖNKOL REPLANTASYONU	480 DK	2.OPERASYON	-	30
OLGU 12	41	ERKEK	ELEKTRİK YANIĞI	SAĞ ÜST EKSTREMİTE	-	15*18	PEDİKÜLLÜ	-	240 DK	2.OPERASYON	FLEP DONÖR SAHA SEROMA	20
OLGU 13	64	ERKEK	MARJOLİN ZEMİNİNDE SCC	SAĞ CRURİS ANTERİOR	DM,HT	20*22	ANTERİOR TİBİAL A.- SAPHEN V.	-	540 DK	2.OPERASYON	-	10
OLGU 14	62	ERKEK	TRAVMA	SOL AYAK-SOL CRURİS DİSTALİ	DM,HT	20*15	ANTERİOR TİBİAL A.- SAPHEN V.	-	420 DK	2.OPERASYON	-	12
OLGU 15	46	KADIN	MEME CA	SOL MEME	DM, PSÖRİAZİS, ÇÖLYAK	15*15	PEDİKÜLLÜ	-	240 DK	-	-	5
OLGU 16	40	KADIN	MEME CA	SAĞ MEME	-	15*15	PEDİKÜLLÜ	PROTEZ ÇIKARILMASI	300 DK	-	-	3
OLGU 17	51	KADIN	MEME CA	SAĞ MEME	DM	15*15	PEDİKÜLLÜ	EKSPANDER YERLEŞTİRİLMESİ	285 DK	-	-	3

P-170

Maksilla Rekonstrüksiyonunda Farklı Yaklaşımlar ve Klinik Tecrübelerimiz: Olgu Sunumu

Begüm Kolcu, Merve Aslan Akdoğan, Ergin Seven, Sebat Karamürsel

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Maksilla, orta yüz için hem estetik hem de fonksiyonel açıdan hayati bir yapıdır. İdeal bir rekonstrüksiyonda; fonksiyonel olarak orbita ve içeriğine destek ve orta yüz için gereken hacim, simetri sağlanmalıdır. Maksillanın destek olduğu cilt ve yumuşak doku ile birlikte orta yüzde önemli bir kısmı oluşturması sebebiyle, rekonstrüksiyonu esnasında hastaların psikolojik ve sosyal açıdan kendilerini iyi hissedecekleri görünümü ve simetriyi sağlaması kompleks ve zorlu bir yaklaşım gerektirmektedir. Maksilla defektlerine orbital ekzenterasyonun eşlik ettiği vakalarda ise, hastaların sonrasında kullanacağı protezler için uygun bir rim desteği sağlanması önemlidir.

Maksilla defektleri sıklıkla, travma, tümöral rezeksiyonlar ve enfeksiyonlar nedeniyle olmaktadır. Bu defektlerde kullanılmak üzere rekonstrüktif cerrahinin geçmişi boyunca sayısız flep tanımlanmıştır. Bunlar lokal ve pediküllü flepler olduğu gibi aynı zamanda mikrovasküler serbest doku transferlerini de içermektedir. Mikrovasküler serbest doku transferlerinde, aralarında radial önkol flebi, scapular flep, fibular flep, iliak krest flebi, latissimus dorsi flep gibi çoklu seçenekler bulunmaktadır. Bu çalışmamızda son 1 sene içerisinde kliniğimize sevk edilen, maksilla defekti olan ve özellikle infraorbital rim desteği yetersiz olan farklı hasta gruplarında rekonstrüksiyonda kullandığımız farklı flepleri inceledik.

Gereç Ve Yöntem: Son 1 sene içerisinde kliniğimize başvuran hastalarda, infraorbital rim rekonstrüksiyonu için yapılan cerrahiler retrospektif olarak servis kayıtları, fotoğrafları ve ameliyat notları incelendi. Mikrovasküler serbest doku transferi ve özellikle serbest kemik fleplerinin uygulandığı 3 farklı hasta, etyoloji bağımsız şekilde incelenerek çalışma kapsamına dahil edildi. Cerrahi öncesi hastaların gereken anamnez bilgileri alınarak, maksillofasiyal tomografi görüntüleri çekildi.

Olgu Sunumu- 1: 40 yaşında ek komorbiditesi bulunmayan kadın hasta, ateşli silah yaralanması sonucu total orta yüz defekti bulunması sebebiyle dış merkezde gereken ilk müdahale ve iki taraflı orbital ekzenterasyon yapılmış. Daha sonrasında rekonstrüksiyon için tarafımıza sevk edildi. Gerekli ameliyat öncesi görüntülemeler ve anestezi hazırlığı sonrası hastanın öncelikle orta yüz için gereken hacmi kazandırmak amacıyla infraorbital rim ve zigomatik ark rekonstrüksiyonu amacıyla iki taraflı serbest fibula flebi planlandı. İki taraflı 7*15 cm cilt adalı osteokutan serbest fibula flebinin plak vida ile fiksasyonu sağlandıktan sonra sağ bacaktan alınan safen ven grefti ile sağ fasiyal arter ve vene anastomoz yapıldı. Yaklaşık 15 saat süren ilk operasyon sonrası takiplerde hasta ve fleplerde sıkıntı oluşmadı. 1 ay sonra, total burun rekonstrüksiyonu amacıyla yaklaşık 11*8 cm cilt adalı serbest radial ön kol flebi planlandı. Flep, arter ve veni sol fasiyal arter ve vene anastomoz yapıldı. Ameliyattan sonra takiplerinde ve flepte ek sıkıntı gelişmedi. 1 ay sonra, soket onarımı için tekrar operasyona alınan hastada, medial ve lateral kantoplasti yapıldı, infraorbital flepler serbestleştirildi ve protezler yerleştirildi. Hasta yaklaşık 3 ay hastane yatışı sonrası, ek komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi.

Olgu Sunumu-2: 17 yaş ek komorbiditesi bulunmayan erkek hasta, 6 sene önce şarapnel ile yaralanma sonrası sol orbital ekzentrasyon yapılan hasta infraorbital rim ve soket rekonstrüksiyonu için dış merkezden tarafımıza sevk edildi.

Gerekli anestezi hazırlıkları ve görüntülemeler yapıldı. Daha sonrasında operasyona alınan hasta, infraorbital rim rekonstrüksiyonu için, kemik defekti için yaklaşık 3*4 cmlik sol medial femoral kondil kemik flebi planlandı. Zigomanın maksiller proçesine flep fiksasyonu plak vida ile yapıldıktan sonra, sol süperfisiyal temporal arter ve vene anastomoz yapıldı. Yaklaşık 4 saat süren cerrahi sonrası hasta serviste takip edildi. Takiplerinde ek komplikasyon gelişmemesi üzerine, daha önceden hastada bulunan protez sokete yerleştirildi. 10 günlük yatış sonrası hasta taburcu edildi.

Olgu Sunumu-3: 40 yaş hipertansiyon hastalığı bulunan erkek hasta, daha önce kulak burun boğaz kliniği tarafından sağ maksiller pleomorfik adenom nedeniyle total maksillektomi yapılmış. Takiplerinde ektropion ve sağ infraorbital hacim kaybı gelişen hasta tarafımıza konsülte edildi. Gerekli anestezi hazırlığı ve görüntülemelerin ardından maksilla rekonstrüksiyonu amacıyla yaklaşık 4*3 cmlik serbest iliak kemik flebi planlandı. Süperfisiyal temporal arter ve vene anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası serviste takip edilen hasta, ek komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi. Postop 4.ay kontrolünde infraorbital bölgede hacim kaybı olduğu tespit edilmesi üzerine yağ enjeksiyonu planlandı. Operasyonda infraorbital bölgede bulunan fibrotik dokular ve sineşiler serbestleştirildi ve hacim kaybı bulunan bölgeye periumblikal bölgeden alınan yaklaşık 15 cc yağ enjekte edildi. Postop 1.gün vitalleri stabil olan hasta taburcu edildi.

Tartışma - Sonuç: Maksilla rekonstrüksiyonu, anatomik olarak bulunduğu lokalizasyon ve 3 boyutlu kompleks yapısı sebebiyle rekonstrüktif cerrahi için her zaman zorlu ve üzerinde çalışılan bir alan olmuştur. Rekonstrüksiyon prosedürleri, uygun bir kemik zemin üzerinde fasiyal projeksiyon ve estetik için uygun yumuşak doku hacmini sağlamalı ve aynı zamanda fonksiyonel farklı üniteleri ayırmak için uygun konumlandırılmalı, orbita için gerekli desteği sağlamalıdır.

Farklı seçenekler geliştirilen bu alanda, prostetik materyallerin kullanımı da yaygındır. Ancak tümöral rezeksiyonlar nedeniyle maksila defektlerinin yaygın olması ve bu hastaların sonrasında kemoradyoterapi ihtiyaçlarının olması bu materyallerin sonrasında ekspozisyonu ve enfeksiyonu nedeniyle otolog doku kullanımlarına göre geri planda kalmıştır.

Otolog doku kullanımlarında ise, daha önce belirtildiği gibi çok farklı flepler kullanılmıştır. Defektin hasta bazlı ve etyoloji bazlı çok farklı olabilmesi sebebiyle, ideal bir cerrahi prosedür belirlenememiştir.

Bizim kliniğimizde çok sık tercih ettiğimiz flepler arasında bulunan fibular flep, uzun pedikülü ve sağlamlığı ile avantajlıdır. Ancak yüz bölgesinde kullanımında, gereken estetik görünüm açısından esneklik ve uygun kontürü sağlayamaması ve uzun dönem sonuçlarında sarkması ise dezavantajlarındandır.

Bir diğer ele aldığımız flep olan iliak krest flebi, maksilla rekonstrüksiyonu için ön planda kullanımı olan bir fleptir. Kompleks defektlerde kullanılacak olan ikinci bir flep için uygun damar yapısı ve yüz gibi ince estetik ünitelerin önemli olduğu bir bölgede iliak krestin doğal şekli ve kontürünün neredeyse maksillayla eşdeğer olması en büyün avantajıdır. Kısa pedikülü ve hastaların cerrahi sonrası donör sahada ağrı şikayetlerinin çok olması ise dezavantajları arasında sayılabilir.

Çoğunlukla alveolar rekonstrüksiyon için kullanımı fazla olan medial femoral kondil flebinin ise, orbita rekonstrüksiyonunda kullanımı literatürde yeni olarak yer almaktadır. Flebin yumuşak dokusu orbita kavitesindeki yumuşak doku defektlerini kapamada ve orbital protez kullanımı için uygun bir yatak sağlamakta avantajlıdır. 14 cm'e kadar uzayan pedikülü mevcuttur ve flebin kortikoperiostal flep gibi ince bir şekilde kaldırılabilmesi mümkündür.

Sonuç olarak, maksilla rekonstrüksiyonu rekonstrüktif cerrahi için her zaman zorlu ve önemli bir alan olmaya devam edecek olup bu alanda kullanabilecek çeşitli flepler mevcuttur. Her birinin farklı avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte, hasta ve defekt bazlı yaklaşım bu seçimlerde etkilidir. Bizim çalışmamızda az sayıda hasta ve vaka yer almaktadır, bu konuda daha doğru yaklaşımlar hasta sayısının artmasıyla ve hastaların cerrahi sonrası takiplerinin daha uzun süreli yapılabilmesiyle sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: fibula flebi, iliak kemik flebi, maksilla rekonstrüksiyonu, medial femoral kondil flebi

Olgu fotoğrafları

P-171

Hareket kısıtlılığına sebep olan üst ekstremite defektlerinde serbest fonksiyonel gracilis kas flebi ile rekonstrüksiyon

Alper Taşan, Yunus Ertaş, Ali Can Aydın, Kadir Barış Tiryaki, Yasin Canbaz, Perçin Karakol

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Üst ekstremitedeki fonksiyonel kısıtlılıklar her zaman tendon veya sinir transferleri ile aşılamamaktadır. Özellikle kas kaybına sebep olan geniş defektlerde fonksiyonel kas transferi iyi bir tercih olabilmektedir. Volkmann iskemik kontraktürü, brakial pleksus yaralanması ve ya hareket kısıtlılığı ile geniş doku defektlerine sebep olan şiddetli travmalar sonrasında serbest fonksiyonel gracilis kas flebi ile rekonstrüksiyon üst ekstremite hareketlerinin geri kazanımında kullanılmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Vaka 1: 44 yaşında erkek hasta sol ön kolda 1 sene önce geçirdiği elektrik yanığı sonrası sol el bileği ve parmaklarda hareket kısıtlılı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hasta daha önce dış merkezde kolundaki doku defektinin kapatılmasına yönelik latissimus dorsi flebi ile onarım operasyonu geçirmişti. Flep operasyonu başarılı geçmesine rağmen hastanın hareket kısıtlılığı şikayetleri devam etmekteydi. Yapılan muayenede sol ön kol volar yüzde yaklaşık 15x5 cm boyutunda adapte latisssimus dorsi flebi mevcuttu. El bileği ve parmaklarda hareket mevcut değildi. Allen testinde ulnar dominans izlendi. Hasta operasyona alındı. Sol önkol distal 1/3'teki flep laterale eleve edilmesinin ardından revize edilerek inceltildi. Sol ön kol radyal arter ve median sinir görüldü. Radyal arter klemplendi. Ardından el dolaşımı salim izlendi. Sol el FPL tendonu, FDS tendonları ve FCR tendonu görüldü. Sol önkol el hareketi için kontralateral alt ekstremiteden serbest fonksiyonel gracilis kas transferi planlandı. Serbest gracilis flebi en distalinden tendonuyla birlikte eleve edildi. Gracilis serbest dokusu doku defektine adapte edilmesi açısından medial femoral circumflex arter radyal artere uç uca anastomoze edildi. Gracilis kası 2 adet veni radyal arter ven komitantlarına ve sefalik vene uç uca anastomoze edildi. Akım patensi izlendi. Grasilis kası innervasyonu açısından obturator sinir, median sinirin anterior interosseöz sinirin dalına epinöral koapte edildi. Gracilis kası proksimalde medial epikondil üzerindeki kas ve fasyasına ve biceps adapte edildi. Gracilis kası distalinde tendon ucu FPL tendonuna adapte edildi. FDS ve FCR tendonu distal güdükleri gracilis tendonu gövdesine adapte edildi. Sinir stimülatörü ile kas fonksiyonu izlendi. Flep üstü oluşan defekti KKDG ile kapatıldı. Hastanın postop takiplerinde herhangi komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastanın günlük işlerini yapmasında anlamlı kolaylık sağlayacak el bileği ve parmak fleksiyon hareketlerinde kazanım sağlandı.

Vaka 2: 69 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası sol el bileği ve parmaklarda hareket kısıtlılığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan muayenesinde sol ön kol dorsumda yaklaşık 15x5 cm doku defekti izlendi. Hastanın el bileği ve parmaklarda aktif hareketi mevcut değildi. Allen testinde ulnar dominans izlendi. Hasta operasyona alındı. Sol ön kol radyal arter ve median sinir görüldü. Radyal arter klemplendi. Ardından el dolaşımı salim izlendi. Sol el EPL tendonu, EDC tendonları, EIP, ECRL, EDM, ECU, ECRL tendonları görüldü. Sol önkol el hareketi için kontralateral alt ekstremiteden serbest fonksiyonel gracilis kas transferi planlandı. Flep VAKA 1 ile aynı şekilde eleve edildi ve aynı anastomozlar ile defekte adapte edildi. EPL,EDC, EIP, ECRL, EDM,ECU,ECRL tendonları distal gracilis tendonu gövdesine adapte edildi. Sinir stimülatörü ile kas fonksiyonu izlendi. Flep üstü defekt KKDG ile kapatıldı. Hastanın postop takiplerinde herhangi komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastanın günlük işlerini yapmasında anlamlı kolaylık sağlayacak el bileği ve parmak ekstansiyon hareketlerinde kazanım sağlandı.

Tartışma ve Sonuç: Plastik cerrahide fonksiyonel gracilis ve latissimus dorsi kas flepleri ile üst ekstremite dirsek, el bileği, parmaklarda hareket kısıtlılıklarını onarma imkanı vardır. Gracilis flebi eni ve boyu ölçüleri itibariyle ön kol fleksör ve ekstansör kasları ile benzerlik göstermektedir. Tendonunun distal ucu el parmak fleksör ve ekstansör parmak tendonları ile adapte etmeye uygundur. Bu özellikleri el bileği ve parmak fonksiyonlarının geri kazanımında fonksiyonel gracilis flebini ideal kılmaktadır.

Kaynakça:

1. Scott W. Wolfe ve Wiliiam C.Pederson: Green's Operative Hand Surgery, Elsevier, 2017
2. Dibbs R, Grome L, Pederson WC. Free Tissue Transfer for Upper Extremity Reconstruction. Semin Plast Surg. 2019 Feb;33(1):17-23. doi: 10.1055/s-0039-1677702. Epub 2019 Mar 8. PMID: 30863208; PMCID: PMC6408247.
3. Garcia RM, Ruch DS. Free Flap Functional Muscle Transfers. Hand Clin. 2016 Aug;32(3):397-405. doi: 10.1016/j.hcl.2016.03.009. PMID: 27387083.

Anahtar Kelimeler: Serbest fonksiyonel gracilis flebi, Üst ekstremite, Hareket kısıtlılığı

P-173

Amelyat Öncesi Perforatör Tayininde Dinamik İnfrared Termografi ve El Doplerinin Başarısının Karşılaştırılması

Gökhan Sert, Aydın Görkem Özdemir, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Amaç: Termografik görüntüleme, perforatör flep cerrahisinde ameliyat öncesi perforatör tayini için kullanılan farklı yöntemler arasında güncel bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Bu amaçla en sık kullanılan yöntem ise el dopleri ile muayenedir. Çalışmada farklı etiyolojiler sonucunda ortaya çıkan defektlerin onarımında kullanılan perforatör fleplerin perforatör tayininde, dinamik infrared termografi (DIRT) ve el dopleri ile muayene tekniklerinin başarılarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde Mayıs 2021 – Aralık 2021 tarihleri arasında perforatör flep cerrahisi gerçekleştirilen hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların el dopleri ve termal görüntüleme ile yapılan işaretlemeleri ve ameliyat içi bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 11 hastanın %54,5'inde etiyoloji travma, %36,3'ünde tümör rezeksiyonu ve %9,2'sinde yanıktı. Rekonstrüksiyon amacıyla iki hastada medial sural arter perforatör flebi, dört hastada anterolateral uyluk flebi, iki hastada süperfisiyel radial arter perforatör flebi, bir hastada hipotenar serbest flep, bir hastada anterior tibial arter perforatör flebi ve bir hastada derin inferior epigastrik arter perforatör flebi kullanıldı. Ameliyat öncesinde el dopleri ile 11 perforatör sinyali tespit edildi, DIRT ile 19 perforatör lokalize edildi ve ameliyat sırasında toplam 20 perforatör ile karşılaşıldı. Bu perforatörlerin %55'i el dopleri ile işaretlenen perforatörler iken, %95'i DIRT ile tespit edilen perforatörlerdi. İki yöntemin ameliyat öncesi perforatör lokalize etmedeki başarıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005). Komplikasyon olarak hastaların yalnızca birinde ameliyat sonrası üçüncü günde gelişen kompresyon sebepli venöz tromboz ile karşılaşıldı.

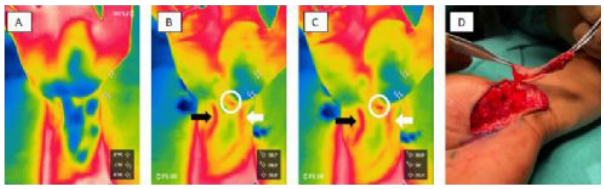
Tartışma: Perforatör flep cerrahisinde başarı için en önemli basamaklardan biri perforatörün lokalizasyonunun ameliyat öncesinde doğru şekilde tespit edilebilmesidir. Bu amaçla kullanılan yöntemler içerisinde termografi güncel ve güvenilir bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Dinamik görüntüleme kullanılarak değerlendirmede başarı artırılabilir. El dopleri ile karşılaşılan yanlış pozitiflikler nedeniyle yerine termografi tercih edilebilir.

Sonuç: Perforatör flep cerrahisinde ameliyat öncesi perforatör seçiminde dinamik infrared termografiye izin veren akıllı telefon uyumlu termal kameraların kullanılması,

el dopleri ile yapılan değerlendirmelerden daha başarılı sonuç vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Flir One, Mikrocerrahi, Perforatör flep, Termal kamera

Şekil 1



Şekil 1. Şekilde palmar bölge yukarıda, önkol aşağıda olacak şekilde sağ el bileğinin termal görüntüsü gösterilmektedir. (A) Soğuk uygulama sonlandırıldıktan hemen sonraki termografik görüntü (kullanılan gökkuşağı paletinde soğuk alanlar mavi, sıcak alanlar kırmızı ile gösterilmektedir) (B) Soğuk uygulama sonlandırıldıktan sonra 30. saniyedeki termografik görüntü (ulnar arter; siyah ok, radial arter; beyaz ok, süperfisiyel radial arterin perforatörü; yuvarlak içerisinde) (C) Soğuk uygulama sonlandırıldıktan sonra 1. dakikadaki termografik görüntüde tarif edilen damarların daha da belirginleştiği gözlenmektedir. (D) Ameliyat sırasında diseke edilen perforatörün lokalizasyonu işaretleme ile tam uyum göstermiştir.

P-174

Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonunda Serbest Paraskapuler Flep ve Anterolateral Uyluk Flebinin Karşılaştırılması

Çağla Çiçek[1], Gaye Filinte[2], Mertcan Rador[2], Şüheda Çıldır[2]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Alt ekstremitenin yumuşak doku defektlerinin tedavisi için cerrahi seçenekler; son yıllarda kas, musküloküтanöz ve fasyokutanöz flepler de dahil olmak üzere çeşitli serbest doku transferlerinin tanımlanmasıyla hızla genişlemiştir. Flep seçiminde, alıcı alanın gereksinimlerine (yüzey alanı, 'bulky' doku ihtiyacı, kontur), verici alanın durumuna, bu bölgenin kolay kapatılabilir olmasına, verici vasküler yapının diseksiyon kolaylığına, vasküler pedikül uzunluğuna ve güvenilirliğine, flebin bölgesel kısıtlayıcı özelliklerine dikkat edilmesi gerekir(1). Paraskapuler flep (PF); güvenilir derecede uzun pedikülü, göreceli olarak büyük boyutu, genellikle tüysüz cildi, alıcı alanın saklanabilir olması, yine görece ince cilt altı yağ dokusu ihtiva etmesi nedeniyle alt ekstremite yumuşak doku rekonstrüksiyonunda tercih edilebilecek sık kullanılmayan ancak güvenilir bir serbest flep seçeneğidir(2). İlk kez 1984 yılında Koshima tarafından tanımlanmış olan anterolateral uyluk flebi (ALTF) ise; cilt, kas, fasya ve ya bunların kombinasyonlarıyla dizayn edilerek alt ekstremite rekonstrüksiyonunda son yıllarda popüleritesi artmış alt ekstremite rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek bir diğer serbest fleptir. Belirgin ve güvenilir vasküler anatomisi, uzun pedikülü, kolay kaldırılabilmesi ve donör alan morbiditesinin az olması nedeniyle son yıllarda popülaritesi oldukça artmıştır(3). Bu çalışmamızda alt ekstremite rekonstrüksiyonu için serbest paraskapuler ve anterolateral uyluk flebinin kullanıldığı 36 olguyla ilgili deneyimlerimizin, cerrahinin uzun dönem sonuçlarının, iki farklı flebin avantaj ve dezavantajlarının, fleplerin komplikasyonları ve bunların yönetiminin paylaşılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Method: Çalışmada serbest PF ve serbest ALTF yapılan hastaların klinik ve dosya verileri 2021 yılı Ocak ayı ve 2022 yılı Temmuz ayı dahil edilerek restrospektif incelenmiştir. Hastalar defekt etyolojisi, defektin lokalizasyonu, ameliyata kadar geçen süre, hastaların takip süresi, yaşları ve cinsiyeti, kaldırılan flebin lokalizasyonu ve boyutu, vasküler pedikülün uzunluğu ve yerleşimi, arter kalibrasyonu, eşlik eden ikinci venin varlığı, toplam cerrahi süresi, flebin kaldırılması için geçen süre, anastomoz yapılan arter ve anastomoz şekli, gelişen komplikasyonlar için değerlendirilmiştir. Tüm olgularda mikrocerrahi prosedür aynı cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: 17 serbest PF yapılan hastanın yaş ortalaması 44,75 iken 2'si kadın 15'i erkekti. 19 serbest ALTF yapılan hastanın ise yaş ortalaması 50,5; 1'i kadın 18'i erkekti. Her iki flep grubunda da en sık etyolojik sebep travma sonrası kemiğin ekspoze olduğu doku defektiydi. En sık etkilenen anatomik bölge PF için ayak bileği iken, doku defekti gelişimi ile tarafımızca opere edilmesi arasında geçen süre PF'te ortalama 91 gün (0-275 ay), ALTF'de 104 (0-477) gündü. ALTF için vasküler pedikül uzunluğu ortalama 8,3 cm iken; PF vasküler pedikül uzunluğu ortalama 3,2 cm tespit edildi. Flebi besleyen arterlerin kalibrasyonuna bakıldığında ise ALTF'nin ortalama arter kalibrasyonu 2,9 mm iken PF'in 2,5 mm ölçüldü. ALTF'nin tamamında eşlik eden iki ven varken PF flepte hiç bir olguda artere eşlik eden ikici ven tespit edilmiştir. ALTF uygulanan 19 hastanın 15'inde donör alan kısmi kalınlıkta deri greftiyle örtülmüş, PF uygulanan hastaların tamamında donör alan primer kapatılmıştır. (Tablo 1-2)

Tartışma: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu sırasında serbest flep başarısını belirleyen en önemli kriterin anastomoz titizliği olduğu bilinse de tek başına vasküler patensin varlığı uygulanmış olan flebin başarılı olduğunu göstermemektedir. Bu nedenle bir flebin en uygun flep olduğuna karar verilmesi sırasında flebin ihtiva ettiği dokular, alıcı alanın durumu, olası varyasyonların varlığı gibi bir çok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Topuk ve ayak bileğinin yumuşak dokusunun örtülmesinde lokal dokuların yetersiz olması dolayısı ile sıklıkla serbest flep seçeneği ön plana çıkmaktadır(4). Hastalarımızın alt ekstremite doku defektlerinin lokalizasyonlarının en sık ayak bileği ve topuk olması bu bölgelerin rekonstrüksiyonu için bizim de serbest flep tercih etmemizi açıklamaktadır. Uyluğun anterolateralindeki cilt paraskapuler flebin verici alanına kıyasla daha kalın ve daha az esnektir(5). Çalışmamızdaki benzer flep boyutları kullanılmış olsa da PF uygulanmış olan tüm hastalarda verici alan primer kapatılmaya imkan sağlamışken, ALTF uygulanan sadece 4 hastada verici alan primer kapatılabilmiştir. 15 hastada farklı bölgelerden kısmı kalınlıkta deri grefti alınmıştır (Resim 1-2). Her ne kadar anatomik çalışmalarda cildin temel kan akımı ALTF'te %10-20 arasında septokütan perfaratör aracılığı ile sağlansa da(6) çalışmamızda ALTF uygulanan bir olguda septokütan perforatöre rastlanmıştır. PF›te hiç varyasyon tespit edilmemiş ve tüm olgularda perforatör septokütan yerleşimli bulunmuştur. ALTF›te flebin kaldırılması ve pedikülünün ayrılmasına kadar geçen süre ortalama 122 dk iken; PF›te bu süre ortalama 88 dk idi. Bu durum ALTF›de perforatörün kas içinde takibini gerektirmesi nedeniyle sürenin uzamasıyla açıklanabilir. PF uygulanan tüm olgularda artere eşlik eden arterden daha geniş kalibrasyonlu tek ven izole edilmiştir. Bu nedenle alıcı bölgede tüm anastomlar tek vene yapılmış ve hiç bir olguda venöz yetersizliğe bağlı flep kaybı yaşanmamıştır. PF yapılan bir olguda flebin kaldırılması sonrası arter

çapının 1 mm den az olması nedeniyle flebin alıcı bölgeye yerleştirilmesinden vazgeçilmiş ve aynı seansta ALTF›e karar verilmiştir. ALTF yapılan bir olguda tümör eksizyonu sonrası topukta meydana gelen doku defekti eksizyonu takiben aynı seansta rekonstrükte edilmişken travma sonrası alt ekstremite doku defekti nedeniyle opere edilen diğer hastalarda Godina prensiplerine uygun olarak 3 haftadan sonra rekonstrüksiyon tercih edilmiştir. PF›te uç uca anastomoz yapılan 10 olgu olmuşken, ALTF›de 9 olgu olmuştur. ALTF›nin uzun pedikülü nedeniyle tüm olgularda defekt ile anastomoz yapılan vasküler bölge arasındaki mesafenin uzun olmaması nedeniyle pedikülün katlanmasının önlenmesi amacıyla pediküle pozisyon verilmesi gerekmiştir ve bu işlem için cerrahi süresinde yaklaşık 30 dk uzama olmuştur. Ancak PF yapılan hiç bir olguda buna ihtiyaç duyulmamıştır. Özellikle topuk bölgesi rekonstrüksiyonu sırasında duyu inervasyonunun da sağlanmasının önemli olduğu farklı bir anatomik bölgedir. PF cildini innerve edebilecek tek bir geniş sinir mevcut olmadığından(7) topuk gibi duysal innervasyon ihtiyacı olan bölgelerde sıklıkla ALTF tercih edilmiştir. ALTF donör alanının skarı diğer fleplere kıyasla saklanabilir olduğu şeklinde savunulsa da(8) özellikle şort ve etek giyen hastalarda bu bölgenin skarının saklanabilmesi mümkün olmamaktadır. Ayrıca ALTF donör alanının kapatılabilmesi için farklı bacaktan alınmış olan kısmi kalınlıkta deri greftinin oluşturduğu ek skar hastalar için kozmetik sorunlar doğurabilmektedir. Ancak PF donör alanı her iki cinsiyet için de saklanabilmesi kolay ve kabul edilebilir skar dokusuyla iyileşmektedir.

Sonuç: Mikrocerrahi her ne kadar sabır gerektiren ve değişik flep seçeneklerine aşina olmayı gerektiren kompleks bir prosedür olsa da flep seçiminde sadece cerrahın tercihi göz önünde bulundurulmamalıdır. Çünkü rekonstrüksiyon başarısını etkileyen bir çok faktör mevcuttur. Son yıllarda alt ekstremite rekonstrükisyonunda ALTF'in bir çok avantajı olmasının yanında her olgu için mümkün olamayacağı unutulmamalı ve alternatif olarak PF'de bir çok avantajı ile bu olgularda farklı bir cerrahi prosedür olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu, Serbest anterolateral uyluk flebi, Serbest paraskapuler flep

Resim 1

Alt uygulanmış hastada flep donör alanın iyileşmesi

P-176

Ekstremiteyi Kurtarmak İçin Asla Pes Etme: Yüksek Gerilim Elektrik Yanığı Vakası

Burak Özkan, Süleyman Savran, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Yüksek voltajlı elektrik yaralanmaları ciddi hasar bırakmaktadır. Spesifik bir dokudan geçen akımın miktarı dokunun intrinsik direnciyle ters orantılıdır ve elektrik ağırlıklı olarak üst ekstremitedeki iskelet kaslarını etkiler. Başlangıç yönetimi sıvı-elektrolik resüstasyonu, fasiyotomi ve nekrotik dokuların debridmanıyla oluşurken, yumuşak dokuların rekonstrüksiyonu anatomik bölgeye ve yaralanma derecesine büyük ölçüde bağlıdır. Yüksek voltajlı elektrik yanıklarında ekstremitenin kaybedilmesi nadir değildir. Ekstremitenin korunması, tedavinin erken, doğru zamanlaması ve rekonstrüktif mikrocerrahinin tedaviye eklenmesiyle sağlanabilir.

Bu vaka sunumunda; bilateral üst ekstremiteyi kurtarmak için çok sayıda flep transferi yapılan yüksek voltajlı elektrik yanığına bağlı 4. Derece yanık olgusu sunulmuştur.

Vaka Bildirimi: Yüksek voltajlı elektrik yanığı yaralanması olan 44 yaşında sağlıklı bir erkek yanık merkezimize sevk edildi. Hikâyesinde; otobanda trafik levhalarını değiştirirken yüksek gerilimli elektrik kablosuna temas ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; bilateral üst ekstremitelerinde Volkmann iskemik kontraktürü izlendi.Hastanın toplam yanmış vücut yüzey alanı %28 idi.

İlk gün, bilateral ön kol ve eller için fasyotomiler uygulandı. İskemik kontraktürler giderildi. On gün sonra, sağ el siyanotik görünümde izlendi. Hastada venöz konjesyon artışı gözlenmesi üzerine yirmi beşinci günde sağ el dorsumuna cerrahi eksplorasyon yapıldı. Tromboze iki dorsal venin, trombektomileri ve kanalizasyonu yapıldı. Venlerden birinden dönüşümlü olarak 1cc/sa heparin ve 1cc/sa alteplaz infüzyonu başlandı. İkinci venden her saat 15 dk olmak üzere venöz kan boşaltıldı. Buna rağmen venöz konjesyon düzelmedi ve 30. günde sağ ön kola venöz bypass için sağ bacaktan flow-through sural venöz flep transfer edildi. kullanıldı. Ameliyattan sonra sağ elin venöz konjesyonunda dramatik düzelme sağlandı.

Otuz birinci günde sol el bileği volar taraftaki nekrotik doku debride edilerek ulnar arter ve sinir açığa çıkarıldı. Sol uyluktan alınan serbest anterolateral thigh (ALT) flebi kaldırılarak sol el bileğine adapte edildi. Otuz ikinci günde sağ elde serbest venöz flebin tromboze olması üzerine tekrar konjesyon görülmeye başlandı. Arter ekspoze yaraları kapatmak ve sağ eli kurtarmak için sağ uyluktan vastus lateralis ile serbest ALT flebi yapıldı. Bununla birlikte, serbest ALT flebi venöz dolaşım bozukluğu nedeniyle siyanotik ve nekrotik hale geldi. Otuz altıncı günde, BT anjiografide ön kol seviyesinde radial ve ulnar arterlerde total oklüzyon izlendi. Sol ayaktan alınan Vena Safena Magna greftinin revaskülarizasyon için sol ulnar artere anastomozu yapıldı. Otuz yedinci günde ven greftinde tromboz izlendi. Hastanın talebi üzerine herhangi bir kurtarma operasyonu yapılmadı. Ellinci günde sağ ön kol ampute edildi, ampütasyon güdüğü kapatıldı. Aynı ekstremitedeki kubital ve olekranon defektini kapatmak için sağ taraflı pediküllü latissimus dorsi flebi ve radial kollateral arter perforatör flebi kullanıldı. Seksen beşinci günde hasta hastaneden taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Yüksek voltajlı elektrik yaralanmalarında geniş dou defektleri olabilir. İlerleyici

doku nekrozları nedeniyle cilt kaybedilebilir, damar ve sinir yapıları ekspoze olabilir. Dorsal cildin kaybı ekstremitede venöz sorunlara neden olabilir. Etiyolojinin sebebine göre; bir ekstremiteyi kurtarmak için birden fazla mikrocerrahi operasyon gerekebilir. Cerrahi operasyon başarısız olsa da, gelecekteki ortezler için amputasyon güdüğü uzunluğundan maksimum tasarruf sağlamak için büyük çaba gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstremite, Elektrik Yanığı, Pediküllü Flep, Serbest Flep, Yüksek Gerilim

Resim 1

Hastaya yapılan rekonstrüktif mikrocerrahi işlemlerin özetini gösteren kolaj

P-177

Medial Sural Arter Perforatör Flebinin Kullanım Çeşitliliği ve Avantajları

Alperen Aras, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz, İncilay Yılmaz

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

Giriş: Medial Sural Arter Perforatör flebi baş boyun ve ekstremite rekonstrüksiyonu için iyi bir seçimdir. Varyasyonları olsa da nispeten güvenilir anatomiye sahiptir ve ince, esnek bir cilt sağlar. Basit intramüsküler diseksiyonu ve kimerik flep tasarımı seçeneğinin olması da diğer avantajlarındandır. Ek olarak donör alan morbiditesi düşüktür. Flep genişliğinin 7 cm'i geçmediği durumlarda donör sahada primer onarım ihtimali olabilir.

Method: Temmuz 2021 ile Kasım 2021 tarihleri arasında Medial Sural Arter Perforatör Serbest Flebi gerçekleştirilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalarda yaş, cinsiyet, etiyoloji, defekt bölgesi, flep büyüklüğü, pedikül uzunluğu, alıcı damar, donor saha morbiditesi ve postoperatif komplikasyon faktörleri karşılaştırıldı.

Anatomi ve Flep Dizaynı: Medial ve lateral sural arterler popliteal arterden dallanırlar ve gastroknemius kasının her iki başının ana besleyici arterleri olurlar. Kadavra çalışmalarında bacak başına ortalama 2.2 perforatör tespit edilmiş. Popliteal kıvrımın orta noktası ile medial malleol arası çizgi çekilir. Proksimaldeki perforatör popliteal kıvrımdan yaklaşık 8 cm distalde 2 cm yarı çapındaki yarım dairede taranırken; distaldeki perforatör popliteal kıvrımdan 15 cm distalde 3 cm yarıçapındaki tam daire alanında taranır. El doppleri yardımıyla perforatörler belirlenir.

Cerrahi Teknik: Dizayn sonrası flebin anterior kenarından derin fasyaya kadar insizyon yapılır. Subfasiyal planda diseksiyon uygulanır ve perforatörler saptanır. Flebin diğer kenarları insize edilmeden önce perforatör konumuna göre sınırlar tekrardan gözden geçirilmelidir. Flep kenarları insize edilirken özellikle proksimal kenara yakın bulunan yüzeyel damarlar venöz boşalımın bozulması durumunda süperşarj ihtiyacı ihtimaline karşın yedekte tutulmalıdır. Duyusal flep istenirse eğer posterior femoral kutanöz sinir orta hatta yakın bulunarak flebe dahil edilebilir.

Belirlenen perforatör veya perforatörler istenen pedikül uzunluğu ve damar çapı elde edilene kadar medial gastroknemius kası boyunca intramüsküler diseksiyon gerçekleştirilir. İntramüsküler diseksiyonda yan dalların klipslenmesi önemlidir. Ardından flep tam olarak serbestlendikten sonra alıcı sahaya aktarılır.

Sonuç: Toplamda 3 hasta opere edildi. Ortalama yaş 41,3. Hastaların tamamının cinsiyeti erkek. Etiyolojileri septokolumellar tümör rezeksiyonu, plantar bölge kontur bozukluğu ve serbest fibula flebi ile mandibula rekonstrüksiyonu sonrası fasyokutan komponent kaybının kurtarılmasıydı. Ortalama flep uzunluğu 6,6 x 5,5 cm'di. Pedikül uzunlukları 2 vakada 8 cm, 1 vakada 10 cm olmak üzere ortalama olarak 8,6 cm'di. Alıcı damar olarak 2 vakada Fasiyal Arter 1 vakada Posterior Tibial Arter uc-uca anastomoz uygulanarak kullanıldı. Donor saha 2 vakada primer olarak onarılmasına karşın 1 vakada kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Postoperatif takiplerinde tüm vakalarda flep viabilitesi tam izlendi ve dolaşım problemi görülmedi. Detaşman, yara yeri enfeksiyonu, seroma, hematom gelişmedi. Hastalar postoperatif 7-12 günler arasında taburcu edildi. Hastaların alt ekstremite mobilizasyonunda sorun saptanmadı.

Tartışma: İntra-oral, fasiyal ve distal ekstremite fleplerinden beklenen ideal özellikler ince- esnek bir cildin mevcudiyeti, öngörülebilir uzunlukta bir pedikül, minimal donör saha morbiditesi ve 2 ekip çalışabilme imkanıdır.

Medial Sural Arter Perforatör flebi ince-esnek oluşu, kolay kas içi diseksiyonu ve minimal donor saha morbiditesi nedeniyle bahsettiğimiz demirbaş fleplere karşın güvenilir bir alternatiftir. Kimerik flep tasarım seçeneğinin olması da diğer bir avantajlı yönüdür.

Radial ön kol serbest flebi ince-esnek cilt yapısı, ön görülebilir uzun bir pedikül ve kolay kaldırılabilirliği nedeniyle benzersiz bir görünüm sunsa da donör saha morbiditesi yüksek olup estetik ve fonksiyonel açıdan komplikasyonları ortaya çıkabilmektedir.

Anterolateral uyluk flebi uzun bir pedikül içerse de kalın bir cilde sahip. Donör alanı primer kapatılabilirse morbiditesi düşük olmakla birlikte greft ihtiyacı doğmuşsa ve gecikmiş iyileşmeye maruz kalırsa kontur deformitesi ile birlikte kötü estetik sonucu beraberinde getirerek donör alan morbiditesi artar.

SCIP donör saha morbiditesi açısından tercih edilebilir bir flep olsa da değişken anatomisi ve küçük kalibreli damarlara sahip olması dezavantajlı yönüdür.

Kaynakça:

1. Soutar DS, McGregor IA. The radial forearm flap in intraoral reconstruction: the experience of 60 consecutive cases. Plast Reconstr Surg 1986 Jul;78(1):1e8.
2. Koshima I, Fukuda H, Yamamoto H, Moriguchi T, Soeda S, Ohta S. Free anterolateral thigh flaps for reconstruction of head and neck defects. Plast Reconstr Surg 1993 Sep;92(3): 421e8. discussion 429e30.
3. Green R, Rahman KM, Owen S, et al. The superficial circumflex iliac artery perforator flap in intra-oral reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2013 Dec;66(12):1683e7.
4. Hsu WM, Chao WN, Yang C, et al. Evolution of the free groin flap: the superficial circumflex iliac artery perforator flap. Plast Reconstr Surg 2007 Apr 15;119(5):1491e8.
5. Hallock GG. Anatomic basis of gastrocnemius perforator-based flap. Ann Plast.Surg 47:517-522,2001
6. Cavadas PC, Sanz-Gimenez-Rico JR, la Ca´mara AG, Navarro-Monzonı´s A, Soler-Nomdedeu S, Martı´nez-Soriano F. The medial sural artery perforator free flap. Plast Reconstr Surg 2001;108: 1609e15.

Anahtar Kelimeler: Baş-Boyun Rekonstrüksiyonu, Medial Sural Arter Perforatör Serbest Flebi, Mikrocerrahi, Plantar Bölge Rekonstrüksiyonu

Resim A,B,C,D

A.70 yaş erkek hasta. Burun sağ septokolumellar bölgede SCC nedeniyle geniş rezeksiyon uygulandı. İlgili bölge anatomisinden dolayı geç rekonstrüksiyon tercih edildi. Hastanın ikinci ameliyatından önceki görüntüsü olup MSAP serbest flebi sağ fasiyal arter ve vene anastamoz yapılarak uygulandı. Aynı seansta kostal kıkırdak grefti ile kıkırdak çatı oluşturuldu. B. Postoperatif 10. ve 18. haftalarında burun deliklerinin açılması ve buruna uygun anatominin oluşturulması yönelik girişimler 2 seansta uygulandı. Daha sonra 6. ayında 27 kür radyoterapi alan hastanın postoperatif 12. aydaki görseli şekilde görülmektedir. C. 28 yaş erkek hastada 2 sene önce motosiklet kazası nedeniyle sol ayak plantar bölge medial yarısında yumuşak doku defekti meydana gelmişti. Seri debridman ameliyatları ve negatif basınçlı pansuman uygulamalarının ardından kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanmıştı. Takiplerinde basma yüzeyinde deformite oluştuğu için MSAP serbest flebi ile rekonstrüksiyon planlandı.Posterior Tibial Arter ve vene anastomoz yapıldı. Ameliyat öncesi görüntüsü görülmektedir. D. Postoperatif 10. aydaki görseli.

Medial Sural Arter Perforatör Serbest Flebi ile rekonstrüksiyon operasyonu yapılan hastaların karakteristikleri

	Vaka 1	Vaka 2	Vaka 3
Yaş	28	70	26
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Erkek
Etiyoloji	Travma	Tümör	Serbest fibula flebinin fasiyokutan komponentinin kaybı
Defekt Bölgesi	Plantar Bölge	Septo-kolumellar bölge	İntra oral bölge
Flep Yüzey Alanı	8x 8,5 cm	4x5 cm	8x3 cm
Pedikül Uzunluğu	10 cm	8 cm	8 cm
Alıcı Damar	Posterior Tibial Arter-Ven	Fasiyal Arter-Ven	Fasiyal Arter-Ven
Donor Saha Morbiditesi	Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti	Primer Onarım	Primer Onarım
Postoperatif Komplikasyon	-	-	-

P-178

Maksilla defektlerinin rekonstrüksiyonunda fasiyokutan, muskulofasiyokutan ve osteofasiyokutan serbest fleplerin kullanımı ve Yeni bir Algoritma Önerisi, Pros-Cons

Ahmed Şamil Güvel, Bora Özkale, Arda Kavas, Ömer Faruk Yıkılmaz, Rabican Akkanat, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Maksiller tümör rezeksiyonu ve ateşli silah yaralanmaları sonrası oluşan orta yüz defektleri onarımının nihai amacı bütün maksiller duvarları onarmak değil damağı kapatmaktır. Fasiyokutan, muskulofasiyokutan ve osteofasiyokutan serbest flepler maksilla defektleri rekonstrüksiyonunda en önemli seçenekler arasında yer alır. Serbest fleplerin uygun seçimi ve kullanımı ile cilt, mukoza ve kemik defektlerini eş zamanlı olarak onarmak mümkündür. Maksilla rekonstruksiyonuna en uygun yaklaşım 3 boyutlu kompleks maksilla yapısını anlamakla mümkündür. En temel anlamda, maksilla altı duvarlı bir geometrik kutu olarak düşünülebilir. Bunu temel alan algoritmalar literatürde mevcuttur. Vertikal ve horizontal maksillektomi defektinin yeri ve boyutuna göre de sınıflama yaparak defekt onarımı için yol gösteren algoritmalar da izlenmektedir. Maksiller buttreslerin hangilerinin hasarlandığına, izole damak veya damak ile beraber maksiller sinüs defektini içermesine bağlı olarak defektleri değerlendirip onarım için uygun flebi seçmek de mümkündür.

Bu çalışmada amacımız maksilla defektleri rekonstrüksiyonlarında

fasiyokutan, muskulofasiyokutan ve osteofasiyokutan serbest flep kullanımı deneyimlerimizi, uyguladığımız teknikleri paylaşmak; önerilen algoritmaları kendi tecrübelerimiz ile faydası zararı açısından değerlendirmek ve yeni bir algoritma sunmaktır. Amacımız hızlı, verimli ve kesin karar vermeyi sağlayacak, literatürdekilerden daha sade bir algoritma sunmaktır.

Materyal-Metod: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde 2019 - 2022 yılları arasında poliklinik veya acil servisten başvuran maksilla defekti rekonstrüksiyonu yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri için cinsiyet, yaş dağılımı ve etiyoloji, rekonstrükte edilen kemik dokular, anastamozda kullanılan damarlar ve postoperatif komplikasyonlar ve bunlara bağlı ek ameliyatlar araştırıldı.

Bulgular: 2019 - 2022 yıllarında fasiyokutan, muskulofasiyokutan ve osteofasiyokutan serbest flepler ile maksilla defektleri rekonstrüksiyonu yapılan 3 hasta bulundu. Hastaların yaş aralığı 22-68 arasındadır. 3 hastanın hepsi (%100) erkekti. Defekt etiyolojilerinin 1 adet malignansi (%33) ve 2 adet ateşli silah yaralanması (%66) olduğu görüldü. Malignansi ameloblastomdu. Hastaların hepsinde defekt alanı kemik ve mukoza içermekteydi.

Sonuç: Maksilla defekti rekonstrüksiyonu da gerektiren mukoza defekti olan vakalarda kolay şekil verilebilmesi açısından radial ön kol serbest flebi, osteokutan serbest fibula flebi ve ALT serbest flebi kullanıma uygun fleplerdir. Bu fleplerin avantajları arasında eş zamanlı iki ekip çalışabilmesi, vasküler pediküllerinin geniş olması, yeterli ve şekil verilebilir deri adasına olanak sağlamaları sayılabilir. Cilt, mukoza ve kemik eş zamanlı onarım planı olan vakalarda; anastomoz ve adaptasyon yapılmasını takiben cilt flebi üzerinde planlanan mukoza ve cilt alanları arası alan dezepitelize edilip bu tünelden kemik geçilmesi ile tek flep ile onarım sağlanabilmektedir.Maksiller defekt rekontrüksiyonunda ALT serbest flep ve Radial Ön Kol Serbest flebi ile onarım mümkündür. Cilt, mukoza ve kemik eş zamanlı defekt onarımı ihtiyacı fibula serbest flebi ile karşılanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maksilla rekonstrüksiyonu, fasiyokutan flep, muskulofasiyokutan flep, osteofasiyokutan serbest flep, Defektif maksilla rekonstrüksiyonunda algoritma, orta yüz rekonstrüksiyonu

3 hastanın sutün halinde BT ve Görüntüleri

İlk sütun sırası ile; Preop 3D BT, İntraop flep tasarımı, Postop 3D BT, İkinci Sütun sırası ile; Preop defekt, Preop 3D BT, Postop Flep Üçüncü Sütun sırası ile; İntraop maksiller defekt, Preop 3D BT, Postop Flep

P-179

İliak Krest Flebiyle Mandibula Rekonstrüksiyonu

Ege Bora Özpar, Özlenen Özkan, Mehmet Tapan, Kadir Dinç, Ömer Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Mandibular defektler travma, inflamatuar hastalık ve iyi huylu veya kötü huylu tümörlerden kaynaklanabilir. Çiğneme, konuşma, estetik açıdan mandibula defektlerinde rekonstrüksiyon yapılmadığı durumlarda fonksiyon kaybı meydana gelmektedir. Mandibula rekonstrüksiyonunun amacı, mandibular devamlılık sağlamak ve yüz şeklini, fonksiyonunu restore etmektir. Ayrıca, oklüzyon ve artikülasyonun rehabilitasyonuna izin verecek şekilde implant yerleştirilmesi için yer olmalıdır, buna karşın dudakların yeterli hassasiyetini sağlamak için de inferior alveolar sinirin işlevi korunmalıdır. Mandibular rekonstrüksiyon prensipleri ve teknikleri yıllar içinde dramatik bir şekilde gelişmiştir. Tekniklerdeki iyileştirmeler, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeye devam ediyor.

Mikrovasküler cerrahi, mandibula rekonstrüksiyonu için tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Dört donör bölge (fibula, iliak krest, radyal önkol ve skapula), rekonstrüksiyon için vaskülarize kemik ve yumuşak dokunun birincil kaynakları haline gelmiştir. Fibula; kemik uzunluğu ve kalınlığı, tümör rezeksiyonu ile aynı zamanda flep kullanımına izin veren donör saha konumu ve minimum donör saha morbiditesi gibir birçok avantaja sahiptir. Fibula donör bölgesi çoğu defekt için, özellikle birden fazla osteotomi gerektiren anterior veya büyük kemik defektleri için ilk tercih olmalıdır. Fakat buna alternatif bir donör sahanın kullanılması, geniş yumuşak doku ve minimum kemik gereksinimi olan vakalar için önem arzetmektedir. İliak krest flebi, mandibulanın önceki boyutlarının rekonstrüksiyonuna izin veren tek fleptir. Ancak bu flebin aşırı yumuşak dokusu ağız içi yumuşak doku defektlerinin optimal rekonstrüksiyonunu engeller.

Olgu: 56 y, Erkek

2018 yılında alt dudak SCC nedeniyle opere olan ve sonrasında RT öyküsü olan hasta. 20.10.2021 tarihinde alt dudak ve kemik invazyonu nüks nedeniyle tarafımızca operasyona alındı. Mentum ve alt dudak üzerinde scc tanılı kemik invazyonu gösteren kitle uygun cerrahi marjinle mandibula da dahil edileren en blok şeklinde çıkarıldı. Oluşan 15 cm kemik defekti sol inguinal alandan alınan iliak crest serbest flebiyle onarıldı. Kompozit serbest flep sol facial artere ve sol eksternal jugular vene anastomoz edildi. Kemik defekti onarılırken titanyum plak kullanıldı. Flep donör saha ise primer onarıldı.

Tartışma: Mandibula defektlerinde serbest flep ile onarım iyi bir estetik, fonksiyonel sonuç oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ilıak krest, Mandibula rekonstrüksiyonu, Mikrocerrahi, Serbest Flep

Hasta Fotoğrafı

P-181

Elektrik Yanığı Sonrası Fonksiyonel Vastus Lateralis ile Onarım Yapılan Vaka

Münir Selçuk Kendir, Yiğitcan Kaya, Moath Zuhour, Mahmut Tekecik, Bilsev İnce

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

Giriş: Elektrik yanığı ülkemizde oldukça sık görülen ve tedavisi zor olan bir yanık çeşididir. Hastalarda ek travma olarak düşmeler görülebilmektedir. Bunun yanında hastalarda böbrek rahatsızlıkları ve bunların tedavisinde sıvı replasmanı önemli yer teşkil etmektedir. Hasta özellikle ilk 24 saat içerisinde kardiac açıdan monitörize edilmelidir. Ayrıca elektrik enerjisinin dokularda yarattığı hasardan dolayı ilgili ekstremitede kompartman sendromu gözlemlenebilir. Bu durumda erken tanı ve acil fasyotomi ile müdahale edilmesi gerekmektedir. (1,2)Özellikle yüksek gerilim ile elektrik yanıklarında nekrotik bölgelerin seri debridmanlarla ile temizlenip erken dönemde kapatılması gerekmektedir.(3) Bu çalışmada ise yüksek gerilim elektrik yanığı sonucunda doku kaybı gelişen ve serbest doku aktarımıyla tedavi edilen olgumuzu sunmayı hedefledik.

Olgu sunumu: 13 Şubat 2020 tarihinde sağ ön kolda 3. derece elektrik yanığı şikayetiyle Meram tıp fakültesi acil servisine başvuran 27 yaşında erkek hastaya tarafımızca ilk müdahaleleri yapıldı. Sonrasında servise yatışı yapıldı. Hasta ilk debridmana alındığında bir sonraki rekonstrüksiyonda kullanılmak üzere tendonlar işaretlendi, birbirine bağlandı ve derin plana gömüldü. Seri debridmanlar ve VAC (vakum basınçlı pansuman) tedavisi sonrası granülasyon dokusunun geliştiği görüldü. Granülasyon dokusu geliştikten sonra sağ ön kol ekstansör kas grubu defekti için vastus lateralis kası ile free flap planlandı. Saha temizliğinden sonra alıcı damar olarak radyal arter, konkomitan venleri ve cephalic ven hazırlandı. Alıcı sinir olarak PİN siniri ve boşta kalan dalları hazırlandı. EPL tendon bütünlüğü sağlam olduğu, EİP, EDC, EDM ve ECU tendonlarının proksimal devamlılığı olmadığı görüldü. Sonra sol uyluk cilt adasıyla birlikte serbest vastus lateralis komposit serbest flepi planlandı. Uygun insizyonla girilerek vastus lateralisin pedikülü saptandı. Yeterli pedikül uzunluğu elde edildikten sonra pedikül kesildi Cilt adasıyla birlikte. Flep donör alandan kaldırıldı. Flep alıcı alanda önceden hazırlanmış olan radyal artere uç yan, konkomitan ve cephalic vene uc uca mikroskop altında anastomoze edilerek flep perfüzyonu sağlandı. Ardından mikroskop altında PİN'e internal nöroliz yapılarak boşta kalan iki fasikülü diseke edildi. EİP, EDC ve EDM tendonları VL kasının tendonlaştığı kısma primer ve kontinüe süture edildi. Flep yerleştirildikten sonra kasın geri kalan alanına kısmi kalınlıklı deri grefti uygulandı. Hastanın yapılan takiplerinde sıkıntı olmadığı görüldü.

Resim 1-a: Hastanın preop görüntüsü

Resim 1-b: Hastanın intraop görüntüsü ve vastus lateralis serbest flepi

Resim 1-c ve 1-d: Hastanın postop takip görüntüleri

Tartışma: Sanayi Devrimi ile birlikte üst ekstremite travmatik yaralanmalarının sayıları oldukça arttı. Bundan dolayı cerrahlar amputasyonu bakım standardı olarak yeniden değerlendirmeye başladılar. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, yerel ve bölgesel pedikülü flepler travmatik üst ekstremite rekonstrüksiyonunun yaygın biçimde kullanılır hale geldi. Günümüzde mikrocerrahinin yaygın olarak kullanılmaya başlamasıyla, rekonstrüktif merdivenin alt basamaklarında yer alan seçenekler tükendiğinde veya istenen sonucu vermediğinde alternatif

sunmaktadır.(4) Flepler fasyokutanöz, kas ve fonksiyonel doku transferleri olarak sınıflandırılır. Fasiyokütan fleplerin ince esnek yapısı, el gibi estetik açıdan hassas alanlar için ideal olmalarını sağlar. üst ekstremiteye aktif hareket açıklığını veya kemik bütünlüğünü geri kazandırmak için fonksiyonel doku transferleri kullanılır. Önkolda innerve edilen gracilis, parmak fleksiyonunu veya ekstansiyonunu düzeltmek için kullanılabilir(4).Vastus lateralis kas flebi pedikküllü ve serbest flep olarak kullanılır. Vastus lateralis kas flebinin bazı avantajları vardır. Bunlar, flep düşük donör alanıyla birlikte büyük bir doku miktarina sahiptir; büyük ve uzun bir pedikülü vardır. Ayrıca flepin güvenli ve hızlı disseksiyonu mümkündür.(5)

Sonuç: Ciddi ekstremite yaralanmalarında serbest doku aktarımı sıkça uygulanan operasyonlardan biridir. Bu doku aktarımlarında bu vakamızda biz vastus lateralis kasını kullanmış bulunuyoruz. Vastus lateralis kas flepi ön kol ekstremite yaralanmalarında sıkça kullanılmasa da bu vakada başarılı olmuştur.

Kaynaklar

1. Turkiye Klinikleri J Plast Surg-Special Topics. 2010;2(1):66-70
2. Grabb and Smith Plastic Surgery 7th edition
3. Turkiye Klinikleri J Plast Surg-Special Topics. 2016;5(2):62-6
4. Semin Plast Surg 2019 Feb;33(1):17-23. DOİ: 10.1055/s-0039-1677702.
5. (J Craniofac Surg 2010;21: 1951Y1953)

Anahtar Kelimeler: elektrik yanığı, free flep, vastus lateralis

Olgu resmi

P-182

Femoral Arter-Ven İnvazyonu Olan Sağ İnguinal Porokarsinomun Geniş Eksizyon Sonrası Vram Flebi ve Lenfatik Kanal Rekonstrüksiyonu

Ömer Faruk Akpınar, Yiğit Yalçın, Dicle Aksoyler, Erol Kozanoğlu, Ufuk Emekli

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

Giriş-Amaç: Ekrin porokarsinom ekrin ter bezlerinin intraepidermal duktal bölgesinden köken alan sıklıkla alt ekstremite yerleşim gösteren nadiren de saçlı deri,yüz,kulak ve gövdede görülebilen tümörlerdir. Sıklıkla yaşlılarda görülen tümör eritemli zeminde nodüler, ülseratif ve polipoid büyüme paterni gösterebilir. Geniş eksizyon başlıca tedavi yöntemidir. Kemoterapi ve radyoterapi gerekli vakalarda kullanılabilir.

Biz bu vakada femoral arter ve vene invaze inguinal bölgeden köken alan ve cilde fistülize ileri porokarsinom tümörünün radikal eksizyonu ile birlikte femoral arter ve ven rekonstrüksiyonu lenfatik kanal transferi ile kombine vertikal rektus abdominis kas deri flebi ile oluşan defektin rekonstrüksiyonunu takdim ediyoruz.

Olgu: 61 yaş kadın hasta sağ kasık bölgesindeki kötü kokulu akıntılı fistülize açık yara ile tarafımıza 09/2021 de başvurdu. Lezyonun büyüklüğü ve femoral arter ven invazyon nedeniyle medikal onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya neoadjuvan kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) verilmesi uygun görüldü. Otuz kür RT 12 kür KT sonrası tedavisi tamamlanan hastaya uzak metastaz açısından PET-BT çekildi. Hastanın sağ ilioinguinal lenf nodu invazyonları görüldü. Uzak metastaz saptanmayan hastaya uygun ameliyat öncesi hazırlıkları takiben kalp damar cerrahisi ve jinekolojik onkolojiye konsülte edilerek multidisipliner cerrahi rezeksiyon ve rekonstrüksiyon planlandı.

İki cc indosiyanin yeşili (ICG) sağ ayak dorsumu 1.web aralığı, medial malleol, lateral malleol ve periumblikal bölgeye intradermal olarak verildi. SPY Floresan Görüntüleme Sistemleri (Novadaq Corp.,FL) yardımıyla hastanın lenfatik kanalları haritalandı ve cilt üzerinde işaretlendi. Tümör fistülize cilt dokusundan 3 cm güvenli cerrahi sınır konularak sağ vulvayı de içerecek şekilde rezeke edildi. Derin sınırda mons pubis kemiğinin üzerinden, pektineus ve adduktor longus kas inversiyonları da spesmene dahil edildi. Femoral arter ve venin adventisyasında da tümör invazyonu perop görülerek kardiyovasküler cerrahi ekibiyle birlikte 10 cm' lik damar segmentleri ana piyese dahil edilerek lezyon ile birlikte tümör eksizyonu tamamlandı. Kadın doğum ekibiyle birlikte sağ inguinal ve sağ iliak lenf nodu diseksiyonları yapıldı.

Kardiyovasküler cerrahi ekibi tarafından femoral arter vasküler greft (Gorepropaten(®), femoral ven sol uyluktan 12 cm boyutunda safen ven ile rekonstrükte edildi.

Oluşanı 17*14 cm boyutunda defekti kapatmak için 20*13 cm boyutunda kontralateral taraftan derin inferior epigastrik arterden kanlanan vertikal rektus abdominis myokutanöz kas flebi LIFT tekniğine (Lymph-interpositional-flap transfer) uygun olarak lenfatik kanalların eşleşmesi sağlayacak şekilde inset edildi.

İnguinal bölge ve donör sahada herhangi bir insizyonel veya inguinal herni gelişimini önlemek için polipropilen mesh kullanımı sonrasında karın cildi uygun şekilde kapatıldı.

Tartışma: Kompleks kasık yaraları hastalar için bazı zorluklar yaratır ve çoğunlukla infrainguinal bypass cerrahisi,

ilioinguinal lenf nodu diseksiyonu ve abdominoperineal tümör eksizyonu ile ilişkilidir.

Miyokütan fleplerin iyileşme sürecini katkısı olduğu, yaranın bakteri sayısını azaltabileceği ve toplu doku içindeki ölü boşluğu ortadan kaldırılabileceği yaygın bir inançtır. Myokutan flep kullanmanın bu avantajlarının yanı sıra eğer hasta daha önce inguinal lenf nodu diseksiyonu geçirmişse kasık bölgesindeki lenfatik dolaşım sisteminin iyileştirerek obstrüktif lenfödem önlenebilir. Bu duruma ek olarak bu hastada SPY yardımıyla flep ve alıcı sahanın lenfatik damar yolları belirlendi ve inset aşamasında bu yolların aksına uygun şekilde davranıldı. Böylece lenfödem gelişme riskinin azaltılması hedeflendi.

Otolog olmayan greft materyallerinin, otolog vasküler greft materyallerine kıyasla bükülme ve kompresyon daha dayanıklı olduğu bilinmektedir. Ayrıca GorePropaten(®)'in farklı çap boyutları, femoral arter ve greft arasında boyut farklılığı riskini azaltır.

Buna karşın otolog olmayan vasküler greft materyalinin enfeksiyon riski otolog grefte göre daha yatkın olabilse de,myokutanöz flep greft canlılığını güvence altına alır.

Vasküler invazyonu olan tümörün radikal rezeksiyonu ve ilio-inguinal lenf nodu diseksiyonu sonrası vasküler greft rekonstruksiyon yapılan hastalarda lenfatik drenaja uygun myokutanöz flep ile rekonstruksiyon lenfödem riskini azaltabileceğini ve adjuvan radyoterapi sonrası daha iyi prognoz sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Myokutanöz flep, Lift, Porokarsinom, Vasküler invazyon, Vram flebi

Sağ İnguinal Bölgede Porokarsinom

Preop ve Postop Fotoğraf

P-183

Parmak Dorsali Defektinde Venöz Flow Thorugh Flep ile Rekonstruksiyon: Olgu Sunumu

Mehmet Akkurt, Çağla Çiçek, Ali Cem Akpınar, Gaye Taylan Filinte

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Venöz Flow Through Flep(venöz flep) ilk olarak Nakayama ve arkadaşları tarafından 1981 yılında tanımlanmıştır(1). Sıklıkla parmak ve eldeki küçük defektlerin rekonstruksiyonunda kullanılan bu flep hem afferent hem efferent akımı tek bir merkezi ven ile sağlar(1).

Bu fleplerin Perfüzyon fizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Goldschlager ve arkadaşları tarafından afferent ve efferent venlerin sayısına göre bir sınıflandırılma getirilmiştir(2).

Olgumuzda temas yanığı sonrasında sağ el 5. Parmak dorsalinde tam kat doku defekti gelişen hastanın tip3 venöz flep ile rekonstrüksiyon süreci anlatılmıştır.

Olgu Sunumu: 30 yaşında erkek bir hasta hastanemiz yanık tedavi merkezine sağ el 5. Parmak dorsalinde temas yanığı sonrası başvurdu. 40 gün konvansiyonel yanık ve yara tedavileri ile takip edilen hasta iyileşme izlenmemesi sonucu tarafımıza danışılarak rekonstrüksiyon süreci başladı. Hastanın sağ el 5. Parmak dorsal zone 1 seviyesinde 1x2 cm tam katlı tendon ekspoze doku defekti izlendi. Hasta 1 hafta antibiyoterapi sonrası sonrası genel anestezi altında opere edildi. Alıcı saha arteri olarak 5. Parmak ulnar digital arteri hazırlandı; alıcı ven ise dorsal insizyon ile hazırlandı. İpsilateral el bileği volarinden tip3 venöz flep afferent ve efferent venler üzerinden 2cm cilt adasıyla kaldırıldı(Resim-1); afferent ve unlar digital artere efferent ven ise dorsal vene 9-0 ethilon ile mikroskop altına anastomoze edildi. Donör alan primer suture edildi. Post-operatif dönemde 2 hafta kısa kol otel uygulandı; hasta 6 gün serviste takip edildi. Post-operatif ilk 3 gun Venöz konjesyon izlenmesine rağmen(Resim-2) atel ve elevasyon yardımı ile flep dolaşımı korundu. Hasta taburculuk sonrası 2 ay boyunca haftada 1 gün kontrole çağırılarak fotoğraflanma yapıldı. Taburculuk sonrası herhangi bir patoloji izlenmedi.

Tartışma: Eldeki travmatik yaralanmalar tendon, kemik ve nörovasküler elemanlar gibi hayati yapıları açığa çıkarabilir. El ve parmak rekonstruksiyonunda greft her zaman seçenekler arasında değildir, lokal flepler her zaman mevcut değildir ve klasik serbest flepler kalınlığı ve arter çap uyumsuzluğu nedeniyle doğru seçenek olmayabilirler. Konservatif yaklaşımlar mevcut olmadığında veya başarısız olduğunda, venöz flep mikrovasküler transplantasyonu, elin zor rekonstrüksiyonları için benzersiz ve yaratıcı bir seçenek sunar. Post-operatif venöz konjesyon, ödem ve iskemi ile ilgili problemlerin nasıl iyileştirilebileceği konusunda çok fazla tartışma yapılmıştır. Endişelere rağmen, %89 ila %100 başarı oranları arasında değişen venöz akış fleplerinin kullanıldığı birçok başarılı sonuç bildirilmiştir (3). Dijital yumuşak doku defektlerinin rekonstruksiyonunda venöz fleplerinin kullanımı için standart bir öneri veya tedavi algoritması henüz yoktur.

Kaynakça

1. Nakayama Y, Soeda S, Kasai Y. Flaps nourished by arterial inflow through the venous system: an experimental investigation. Plast Reconstr Surg. 1981;67(3):328–34. Epub 1981/03/01.
2. Goldschlager R, Rozen WM, Ting JW, Leong J. The

nomenclature of venous flow-through flaps: updated classification and review of the literature. Microsurgery. 2012;32(6):497–501. Epub 2012/03/22.

3. Kong BS, Kim YJ, Suh YS, Jawa A, Nazzal A, Lee SG. Finger soft tissue reconstruction using arterialized venous free flaps having 2 parallel veins. J Hand Surg. 2008;33(10):1802–6. Epub 2008/12/17.

Anahtar Kelimeler: Mikrocerrahi, Parmak Rekonstruksiyonu, Venöz Flep

Resim-1

P-184

Mikrocerrahi uygulamalarında Selülöz Göz süngeri ve Merocelin anosotmoz arka planı olarak kullanılması

Burak Ergün Tatar[1], Burak Sercan Erçin[2], Burak Özkan[3]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Bahçeşehir Üniversitesi VM Medicalpark Pendik Hastanesi,Plastik Cerrahi
[3]Başkent Üniversitesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Mikrovasküler anastomoz için kullanılan arka planlar, damar intiması ve mikrovasküler ipliğin çevrelenmiş dokularla daha az etkileşimi için operasyon alanını anastomoz alanından izole etmek için kullanılır. Silikon, plastik levhalar, kağıtlar, cerrahi eldiven parçaları ve dikiş gibi arka plan olarak kullanılmaktadır. Bütün maddelerin avantajları ve dezavantajları mevucttur.

Klinik pratiğimizde literatürden farklı olarak Merocel® (Medtronic Xomed, Jacksonville, FL, USA) ve Selüloz göz pamuğu (Weck□Cel, BVI, USA) maddelerini kullanmaktayız.

Gereç Yöntem: Merocel®, sıkıştırılmış köpük formunda bulunan polivinil alkolden yapılmış bir üründür. Sıvıyı emdikçe genişleyen bir yapıya sahiptir ve genellikle kanamayı önlemek için burun tamponu olarak kullanılır. Mikrocerrahide anastomoz hakkında bazı araştırmalarda arka plan bilgisi verilmiştir. Cho et al. anastomoz alanının derinliğini sağlayarak daha kolay bir anastomoz sağlamak için Merocel® kullandı. Bruce ve ark. anastomoz alanında sıvı emme için Merocel® kullandı. Merocel® kanı emdiğinde, ürün beyazdan kırmızıya dönerek vasküler lümeni ve sinir liflerini ayırt etmede zorluk yaratır. Bu nedenle, arka plan rengini koyulaştırmak için bir cilt işaretçisi kullanılır. Merocel® sadece dikiş ve toplardamarlar için gerekli olan nemi sağlamakla kalmamış, çevredeki kanı emerek uygun bir kuru ortam da sunmuştur. Sadece büyük damar anastomozlarında değil, parmak ucu amputasyonlarında da oldukça faydalıdır. Sıvıyı emdiği için şiştiği için basamağın olduğu yerde hacimli bir arka plan sağlar. Zemin vasküler veya sinir manipülasyonuna izin verdi ve dikişler çekilirken yırtılma gözlenmedi. Sinir lifleri açıkça görülebiliyordu, bu da epinöral nörorafi uygulamasında cerraha büyük rahatlık sağladı. Sharpie, geniş spektrumlu antimikrobiyal aktiviteye sahip N-propranalol içerdiğinden cilt belirteci olarak kullanıldı. Bugüne kadar başvurduğumuz hiçbir hastamızda enfeksiyon görülmedi. Ancak, bir Merocel® işaretleyici ile markalanırken çok fazla mürekkep kullanmaktan kaçınılmalıdır çünkü Merocel® çok koyu hale gelirse sütür görünürlüğü azalır.

Selüloz Göz süngerleri, genellikle oftalmik cerrahide limbal flep kaldırma ve sıvı kontrolü için kullanılan oldukça emici selüloz malzemelerdir.Süngerin üçgen şekli ve yarı sert dokusu, onu mikrovasküler anastomozun arka planı olarak kullanmaya uygundur. Çift klempli mikrovasküler yaklaştırıcı uygulandıktan sonra anastomoz alanının altına Weck-Cel sünger yerleştirilir. Weck-Cel'in dokulu yüzeyi nedeniyle damarları tutar ve Weck-Cel ileri ve geri ilerlerken bir karşı-yuvarlanma hareketi sağlar. Bu şekilde cerrah, Weck-Cel süngeri hareket ettirerek anastomoz görüş alanını değiştirebilir ve daha fazla manipülasyon veya yardım olmadan anastomoza devam edebilir. Bu yuvarlanma hareketi sayesinde cerrahın odağı değişmez ve aynı görüş açısıyla anastomoz yapılabilir. Bu, işlem sırasında her dikiş için intimanın kontrolünü sağlayan optimum bir görünüm sağlar. Weck-Cel'in boyutu cerrahi alana ve damarların boyutuna göre değiştirilebilir. Weck-Cel'in gerçek boyutu serbest flep cerrahisi için uygun iken, dijital arter onarımında Weck-Cel tanjansiyel eksizyon ile kesilebilir.

Sonuç: Bahsedilen iki madde mikrocerrahi uygulamalarında görüş açısından ve performans açısından olumlu bir katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mikrocerrahi, Anostomoz, Arka Plan

P-185

Kompleks Tam Kalınlıkta Pediatrik Skalp Defektinin Köpek Midesinden Çıkarılan Doku İle Replantasyonu Yardımıyla Rekonstrüksiyonu

Çağrı Berk Arıkan, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun

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

Giriş: Tam kalınlıkta kafa derisi rekonstrüksiyonunun birincil amacı, kalvaryumun yapılarının kapanmasına yönelik olmalıdır. Tedavi seçenekleri arasında deri grefti, lokal flepler, serbest doku transferi, doku genişletme vb. sayılabilir. Başarılı replantasyonlar, diğer prosedürlere kıyasla en iyi estetik ve fonksiyonel sonuçları elde edebilir.1 Crane prensibine göre flep adaptasyonu ile granülasyon dokusu elde edilebilir. Bu prensip ile yola çıkılarak replante edilen doku, tamamen yaşamasa bile granülasyon dokusu oluşması için o bölgeye doğal pansuman sağlar. Bu çalışmanın amacı, mikrocerrahi replantasyonun en kötü koşullarda bile rekonstrüksiyona katkısını göstermektir.

Yöntem – Gereç: 4 yaşında erkek hasta 2 yıl boyunca takip edildi. Köpek tarafından saldırıya uğradıktan sonra kafa derisinde subtotal ve total amputasyonlar ile kliniğimize geldi. Ailesi, kesilen parçanın dikilebileceğini düşündüğünden dolayı deri parçasını köpeğin midesinden çıkardılar. Tarafımıza ilettiler. Ampute saçlı deri antibiyotikli solüsyonlarla irrige edildi. Hastanın kafasındaki saçlı deri debride edildi. Replantasyon yapıldı. 1 ven 1 arter onarımı yapıldı travmaya nedeniyle 3 gün yaşayan doku yer yer oluşan nekrozlar debride edildi. Greftleme için gerekli olan granülasyon dokusunun kalvaryum üzerinde oluştuğu gözlendi. Saçlı deri rekonstrüksiyonu kısmi kalınlıkta deri grefti ile yapıldı.

Bulgular: Hastanın periost dokusu tamamen ayrılmıştı. Kemik açık durumdaydı. Aile tarafından köpek midesinden çıkarılan doku kimyasal ve fiziksel zarar görmüş durumdaydı. Replantasyon yapıldıktan sonra ilk gün saatlik olmak üzere dokunun takipleri yapıldı. Zarar gören diş izleri ve asitle temaslı bölgelerin nekrozları görüldü. Müdahele için operasyona alındı. Anastomoz hattının mikroskop bakısı altında çalıştığı izlendi. Debridmanlar yapıldı. Hastanın periost olmayan bölgelerinde granülasyon dokusu geliştiği görüldü. Pansuman ile takipler sonrası kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı.

Sonuç: Rekonstrüksiyon düşünüldüğünde, yeterli dokunun olmaması nedeniyle bölgesel flep kullanımı bir seçenek değildi, defektin boyutu nedeniyle doku genişlemesi de mümkün değildi. Defektin boyutu, pediatrik bir hasta için önemli bir morbidite olan serbest bir doku gerektirebilir. Ek olarak, donör damarların çapı küçük olabilir ve pediatrik hasta doğası gereği stabil olmayabilir. Aselüler dermal matris, rekonstrüksiyon için pahalı bir yöntemdir. En iyi tedavi replantasyondur.2 Replante edilen doku fiziksel ve kimyasal olarak ciddi zarar görmüş durumdaydı. Buna rağmen total sağ kalım olmaması bile kapatılması gereken bölgede kısa süre yaşayabilen skalp, kafa kemiklerinde periost bulunmayan bölgelerde dahi rekonstrüksiyon tüm zorlu koşullara rağmen greft için uygun granülasyon dokusu oluşturarak deri grefti ile açık kemiklerin kapatılması sağlandı.

1. Singh K, Aggarwal K. Total Scalp Replantation after Traumatic Avulsion. Indian J Plast Surg. 2020 Aug;53(2):311-312. doi: 10.1055/s-0040-1716309. Epub 2020 Aug 30. PMID: 32884203; PMCID: PMC7458840.
2. Watts V, Attie MD, McClure S. Reconstruction of Complex Full-Thickness Scalp Defects After Dog-Bite Injuries Using Dermal Regeneration Template (Integra): Case Report and Literature Review. J Oral Maxillofac Surg. 2019 Feb;77(2):338-351. doi: 10.1016/j.joms.2018.08.022. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30267703.

Anahtar Kelimeler: Mikrocerrahi, Pediatrik, Skalp, Replantasyon, Rekonstrüksiyon

P-186

Çoklu Parmak Amputasyonu:Olgu Sunumu

Yavuz Yıldırım, Özcan Boztepe, Serkan Tokgönül, Oğuzhan Palabıyık, Safa Manav, Sebat Karamürsel

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

Giriş: Dijital replantasyonlar,1965 yılında Komatsu ve Tamai'nin ilk parmak replanstasyonunun ardından önemli bir ilerleme göstermiştir.Mikrocerrahi tekniklerde ve aletlerdeki ilerleme etkili tedavi sonuçları almamızı sağlamıştır.Tüm bu ilerlemelere rağmen parmak replantasyonları rekonstrükstif cerrahlar için en zorlu vakalar arasında bulunmayı sürdürmektedir.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta hamur kesme makinesine elini kaptırma sonucu hastanemizin acil servisine başvurmuştur.Başvuru sonrası tarafımıza konsülte edilen hastanın muayenesinde sağ el 2,3 ve 4. parmkalar midfalanks seviyesinden, 5. parmak dip eklem seviyesinden total ampute izlendi.crush görünümde amputatları mevcut olan hastanın bütün parmaklarında kemik ekspozisyonu olduğu görüldü.Hasta preop hazırlık ardından operasyona alındı.Hastanın 2 ve 3.parmaklarına birer adet arter anostomozu ve dorsalden birer adet ven anostomozu yapıldı.4.parmakta dijital arterlerin proksimal ve distali arasında gap mevcut olduğu için el bileği düzeyinde bir adet ven grafti alınarak anostomoz yapıldı ve dorsalde bir adet ven anostomuzu yapıldı.5.parmakta yaralanmanın avulsif özelliği ve seviyesinin distalde olması sebebiyle onarılacak sağlıklı arter bulunamadığı için güdük kapatıldı.

Tartışma: Çoklu parmak ampütasyonları replantasyon için iyi birer aday olsalarda;cerrahisinin zorluğu,operasyon süresinin uzunluğu ve iskemi nedenleriyle hastalar genelde sekonder operasyona ve rekonstrüksiyona ihtiyaç duyarlar. Literatürde çoklu parmak ampütasyonlarında parmağın canlılığını devam ettirmesi ve klinik sonuçlar en az tekli parmak ampütasyonları kadar iyi görünmektedir.Bu sebeple parmak sayısı ve travma zonu ne olursa olsun mümkün olduğunca replantasyonun denenmesinin başarıyı arttıracağı yönünde görüş hakimdir

Anahtar Kelimeler: Çoklu, Amputasyon, Replantasyon, Parmak

Hastanın Preop Göüntüsü

P-187

Abdominal Radyoterapi Sonrası Skar Zemininden Gelişen Nüks Anjiosarkoma Yaklaşım

Berkay Çınar[1], Canberk Gürbüz[1], Emrah Kağan Yaşar[1], Murat Şahin Alagöz[1], Semra Uzun[2]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Anjiosarkom, nadir görülen sıklıkla kötü prognoza sahip olan endotelyal hücre kökenli yumuşak doku tümörüdür. Herhangi bir yaşta görülebilmekle beraber yaşlı hastalarda daha yaygındır. Anjiyosarkomlar kutanöz anjiyosarkom, lenfödem ile ilişkili anjiyosarkom, radyasyona bağlı anjiyosarkom, primer meme anjiyosarkomu ve yumuşak doku anjiyosarkomu olarak sınıflandırılabilir. Deride çıkan sarkomların yaklaşık yüzde ikisi anjiorsakom olmakla beraber bu oran son 30 senede artmıştır. Özellikle radyoterapi kullanımının yaygınlaşması bu artışta önemli rol oynamaktadır. Anjiosarkomlar tipik olarak yumuşak dokunun bulunduğu her yerden ortaya çıkabilmekle beraber çoğunlukla yaşlı beyaz erkeklerde baş-boyun bölgesinde özellikle kafa derisini tutan kutanöz hastalık olarak ortaya çıkarlar. Genellikle egzema, rozasea, kaposi sarkoma gibi lezyonlarla karıştığı için kutanöz anjiorsarkomlar geç tanı almaktadırlar.[1]

Biz bu sunumda kolorektal kanser nedeni ile opere edilen, operasyon sonrası radyoterapiye bağlı tekrarlayan anjiyosarkom deneyimizi paylaştık.

Olgu: 17 sene önce kolorektal kanser nedeni ile opere edilmiş operasyon sonrası radyoterapi öyküsü mevcut olan 75 yaş kadın hasta tarafımıza karın alt kadranda küçük sert papül nedeni ile başvurdu. (Resim 1.A) Bilinen diyabetis mellitus, esansiyel hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği hastalıkları mevcuttu. Dermatoloji tarafından yapılan punch biyopsisi patoloji tarafından atipik vasküler neoplazi lehine değerlendirilmekle birlikte anjiosarkom dışlanamadı şeklinde yorumlandı. Çekilen PET-BT'de batın alt kadranda orta hatta kalınlaşma bilinen metastaz ile uyumlu geldi. Sonrasında tümör tarafımızca 1 cm cerrahi sınır ile eksize edildi, frozen patoloji negatif geldi. Eksizyon sonrası açık yara fasyokutan fleplerle kapatıldı. Kesin patoloji sonucu radyoterapi ilişkili anjiosarkom, iğsi hücreli tip gelen hasta bir sene boyunca sorunsuz takip edildi. Takiplerinde yara yerinde şişlik ve kızarıklık tekrarlayan hasta (Resim 1.B) nüks anjiosarkom ön tanısı ile tarafımızca tekrar opere edildi. Kitle tekrar 1 cm cerrahi sınır konarak batın ön duvarı bağlantılı olan yer dahil edilerek total rezeke edildi. Batın ön duvarı genel cerrahi ekibi tarafından mesh ile onarıldı. (Resim 1.C) Eksizyon sonrası oluşan defekt kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Hastanın ikinci nihai patoloji sonucu en yakın cerrahi sınır 0.5 mm uzaklıkta olup tabanda devamlılık göstermekte şeklinde yorumlandı. Hasta ardından radyasyon onkolojisi ve onkolojiye yönlendirildi. Takiplerinde ameliyat sahasından herhangi bir sıkıntı görülmedi. (Resim 1.D)

Sonuç: Anjiosarkomlar nadir görülen agresif yumuşak doku tümörleri olmakla birlikte vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Genelde tanı konulduğunda hastalık metastaz yapmış olduğu için prognoz kötü olmaktıdır. 5 yıllık sağ kalım oranları %12-%35 arasında değişmektedir. Metastaz taraması, uygun evre ve tedavi için görüntüleme yöntemleri şarttır. Kesin etiyolojisi bilinmemekle beraber özellikle kronik lenfödem ve radyasyon öyküsünün etiyolojide kesin yer edindiği izlenmiştir. Özellikle radyoterapi almış skar dokusundan gelişen anjiyosarkomlar literatürde çok yer bulamamıştır. Günümüzde meme kanseri, kolon kanseri gibi radyoterapinin ihtiyaç olarak gün geçtikçe artması skar zemininden gelişebilecek yeni anjiosarkom olgularını da birlikte getirecektir.[1]

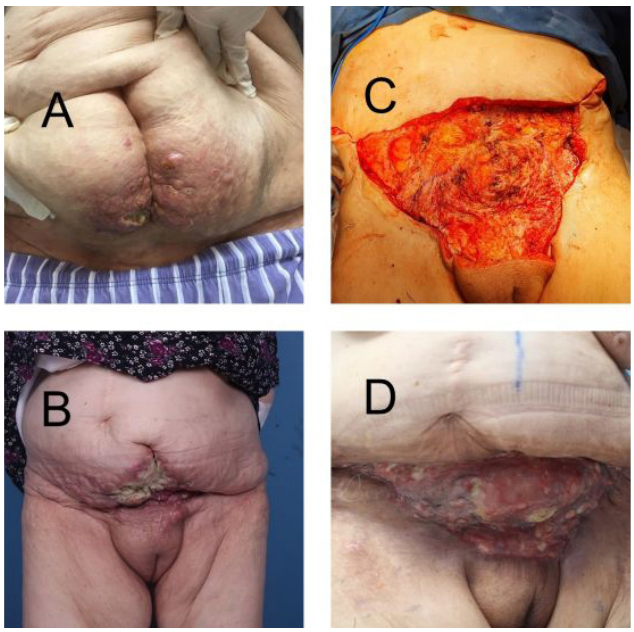
Anjiosarkomun tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi kullanılmakla beraber tedavi tümörün yeri, boyutu, rezektabl olup olmaması ve anjiosarkom tipine göre değişkenlik göstermektedir Tedavinin temelini geniş sınırlı cerrahi eksizyon oluşturmakla beraber her anjiosarkom olgusunda cerrahi girişim uygun olamayabilmektedir. Bu gibi durumlarda lokal cerrahi ve radyoterapinin birlikte kullanımı sağ kalımı arttırmaktadır.[3] Yapılan bir çalışmada sadece cerrahi rezeksiyon yapılan hastalarda 5 yıllık sağ kalım %20 civarı izlenmekteyken, cerrahi sonrası uygun radyoterapi tedavisi alan hastalarda bu oran %45'lere çıkmaktadır.[4] Özellikle vücudun belirli bölgelerinde ortaya çıkan anjiosarkomların tedavisi için özel multidisipliner yaklaşımların gerekebileceğini bilmek yararlı olacaktır.[3]

Kaynakça:

1. Young RJ, Brown NJ, Reed MW, Hughes D, Woll PJ. Angiosarcoma. Lancet Oncol. 2010 Oct;11(10):983-91. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70023-1. Epub 2010 May 25. PMID: 20537949.
2. Bajaj S, Sharma PK, Sachdev IS, Bhardhwaj M. A Novel Presentation of Cutaneous Angiosarcoma: A Case Report and Review. Indian J Med Paediatr Oncol. 2017 Jul-Sep;38(3):363-366. doi: 10.4103/ijmpo.ijmpo_81_16. PMID: 29200692; PMCID: PMC5686985
3. Gaballah AH, Jensen CT, Palmquist S, Pickhardt PJ, Duran A, Broering G, Elsayes KM. Angiosarcoma: clinical and imaging features from head to toe. Br J Radiol. 2017 Jul;90(1075):20170039. doi: 10.1259/bjr.20170039. Epub 2017 May 4. PMID: 28471264; PMCID: PMC5594986.
4. Nicolas Penel, Sandrine Marréaud, Yves-Marie Robin, Peter Hohenberger, Angiosarcoma: State of the art and perspectives,Critical Reviews in Oncology/Hematology,Volume 80, Issue 2,2011,Pages 257-263,ISSN 1040-8428,doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.10.007.

Anahtar Kelimeler: Anjiosarkom, Abdomen, Nüks, Radyoterapi, Reeksizyon, Skar

Resim 1



Resim 1.A: Kolorektal kanser nedeni ile opere edilen post operatif radyoterapi alan hastada seneler sonra gelişen anjiorsarkom 1.B: Nüks anjiorsarkom ön tanılı kitle 1.C: Peroperatif batın ön duvarı eksizyonu mesh ile onarım sonrası, 1.D: Post-operatif 4. Ay kontrolü

P-188

Bisikletçinin Vulva Hastalığı: Progresif Lenfanjiomatozis

Orkhan Sahpazov, Burak Özkan, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Bisikletçi nodülü, ya da ischial hygroma çoğunlukla bisikletçi erkekleri etkileyen görece olarak nadir görülen bir patolojidir. İlk kez 1988 yılında Vuong tarafından iki bisikletçi vakası olarak tanımlanmıştır Literatürde kadın at binicilerinde ve alışılmadık bir şekilde çim biçme makinası kullanan bir kişide de tarif edilmiştir. Kadınlarda, nodül unilateral olmakla birlikte, tek ya da her iki labium majorada da görülebilmektedir. Bu vaka sunumunda ülkemizde henüz raporlanmamış olan bisikletçinin vulvar hastalığı vakası sunulacaktır.

Vaka Sunumu: 35 yaşında kadın hasta kadın hastalıkları ve doğum bölümünden tarafımıza vulvar bölgede şişlik şikayetiyle yönlendirildi. Özgeçmisinde kronik bir rahatsızlığının olmadığını, profesyonel bisikletçi olduğunu aktardı. Fizik muayenesinde sağ vulvar bölgede labium majus lateralinde 8x5x3 cmlik sert, endüre, fikse kitlesi mevcuttu. İstenen yüzeyel doku ultrasonografisinde cilt-ciltaltı dokunun ödemli olduğu, kanlanmasında artış olmadığı, yer yer kistik ve hiperekojen alanlar içeren heterojen doku olduğu, perianal bölgeye uzanım gösterdiği, derin yapılarla ilişkisi olmadığı, bölgede patolojik lenf nodu olmadığı belirtildi. Radyoloji tarafından tanının travmaya sekonder yağ nekrozu düşünüldü. Malignite ekartasyonu için manyetik rezonans görüntüleme ile korelasyon önerildi. Çekilen MRG'de belirgin kitle lezyonu saptanamadığı, düzgün konturlu, düzensiz sınırlı, içerisinde ödemle birlikte heterojen doku alanlarının olduğu öğrenildi.

Hastaya klinik öykünün uyumlu, lezyonun tipik yerleşimli olması, radyolojik bulgulara dayanılarak Bisikletçinin vulva hastalığı tanısı konuldu.

Tartışma: Bisikletçi nodülüİ literatürde diğer isimleriyle perineal nodüler endürasyon. aksesuar testis, perineal hygroma ya da perineal endürasyon şeklinde de bilinmektedir. Bisikletçi nodülü çoğunlukla erkeklerde görülmektedir. Semptomlar, selede oturmak gibi basınca maruz kalındığında ağrı olmasıdır. Daha önce bisiklet sürülmediğinde bile künt bir ağrı tarif edilmiştir. Tipik olarak nodül skrotal kesenin posteriorunda, her iki taraftan da palpe edilebilen orta hat yerleşimli, 2-3 cm boyutlarındadır. Nodül genellikle fibroelastik bir yapıda ve komşu bağ dokulara yapışıktır. Bu lezyonların ischial tuberosityler ile sert sele arasında artan sürtünme ve vibrasyonu takiben superfisyal perineal fasyanın kemik yapılara sürekli sürtünmesinden kaynaklandığına inanılmaktadır. Dağ bisikletçileri bu yüzden yüksek risk grubundadır. Vakamızın genitoüriner sistem taramalarında herhangi malignite düşündürecek bulguya rastlanmaması, günde 4 saat bisiklet sürdüğü görüldüğünde hastaya bisikletçinin vulva hastalığı tanısı konulmuştur. Literatürde lenfatik sintigrafi ile vulvar lenfin akümülasyonunun gösterilebileceği ve tanı koymada faydalı olabileceğ, önerilmiştir. Vakamızın istememesi üzerine hastaya lenfatik inceleme yapılamamıştır. Bu hastalarda bisiklet selesi değişikliği, kompresyon gibi önerilerde bulunulmakta, invazif girişim önerilmemektedir.

Sonuç: Bisikletçi nodülü, ya da bisikletçinin vulva hastalığı bisiklet sporunun ülkemizde yaygın olarak yapılmaması nedeniyle bilinen bir patoloji değildir. Sonuç olarak vakamız bu hastalığın ülkemizde bilinmesi açısından önemli olduğunu düşünüyor ve bu hastalarda cerrahinin önerilmediğini aktarmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: bisikletçi vulvası, lenfödem, bisikletçi nodülü

Resim 1

Sağ vulvar bölgede yer kaplayan cilt altı non mobil, düzenli sınırlı jeneralize kitle görünümü

P-189

Periorbital kontraktürlerin farklı yöntemler ile düzeltilmesi

Mustafa Canberk Gürbüz, Halil Işık, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Amaç: Göz çevresinde skar oluşumu estetik açıdan hoş olmadığı gibi uygun şekilde tedavi edilmezse göz kapağı retraksiyonuna göz kapağı ekseninin asimetrisine ve yanlış pozisyonuna yol açar, bu da lagoftalmusa neden olur. Sonuç olarak, korneanın kuruluğu ve tahrişi keratite, kornea opasitesine ve görme bozukluğuna yol açabilir.[1] Bugüne kadar periorbital skar kontraktürlerinin cerrahi tedavisi için birçok teknik tanımlanmıştır. En popüler tekniklerden bazıları tam kat deri grefti, Z-plasti, V-Y-plasti ve analogları ve geç dönem kontraktür riski yüksek olduğu için mecbur kalındığında STSG'dir.[2] Ancak yine de herhangi bir altın standart yoktur. Bu çalışmada periorbital kontraktür hastaları için Subkutan Z plasti, Z plasti ve K-M plasti olmak üzere üç farklı teknik uyguladık ve sonuçları kontrol ettik.

Yöntem-Gereçler: 2018-2022 yılları arasında periorbital bölgede kontraktürleri olan hastalar tarandı. Bu hastalara uygulanan kontraktür açılma tekniklerinin neler olduğu not edildi. Hastaların yaşları, uygulanan teknik, kontraktür bölgesi, etiyoloji ve komplikasyonlar karşılaştırıldı.

Bulgular: 18-77 yaş aralığında altısı lateral kantus komşuluğunda ve biri medial kantusta olmak üzere periorbital kontraktür hastaları subkutan Z-plasti, Z plasti ve K-M plasti ile başarıyla tedavi edildi. Altı hastada travma sonrası bir hastada ise onkolojik cerrahi sonrası kontraktür şikayetleri gözlendiği tespit edildi. Komplikasyonlar değerlendirildi, hiçbir hastada komplikasyon ve nüks gözlenmedi. Hastaların takiplerinde oftalmolojik şikayetlerinin gerilediği gözlendi.

İhtiyaç duyulan boyutlarda ve sayılarda flepler ile kontraktür bandı tatmin edici bir şekilde serbest bırakıldı. Ameliyat sonrası takiplerde rutin yara bakımı yapıldı.Kontraktürlerde tekrarlama gelişmedi, estetik olarak tatmin edici ve fonksiyonel kayıp yaratmayan bir sonuç elde edildi.

Sonuçlar: Z-plasti ve analogları, yüz travmasından sonra periorbital bölgede ciddi skar kontraktürü olan hastalarda, göz kapağı malpozisyonunu,asimetriyi, ektropionu ve lagoftalmusu kalıcı olarak düzeltmek için ideal bir cerrahi yöntemi temsil eder. Periorbital kontraktür gelişen hastalarda teknik olarak zor olmayan ve kısa süren bu ameliyatlarla estetik ve fonksiyonel olarak başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir.[3]

Referanslar:

1. Chambers, Christopher B, and Kristen S Moe. "Periorbital Scar Correction." Facial plastic surgery clinics of North America vol. 25,1 (2017): 25-36. doi:10.1016/j.fsc.2016.08.007
2. Demir, Can Ilker et al. "A Novel Method for Correction of the Tethered and Contracted Facial Scars: The Three-Dimensional Subcutaneous Z-Plasty." The Journal of craniofacial surgery vol. 33,5 (2022): 1307-1311. doi:10.1097/SCS.0000000000008367
3. Hundeshagen, Gabriel et al. "Tissue Rearrangements: The Power of the Z-Plasty." Clinics in plastic surgery vol. 44,4 (2017): 805-812. doi:10.1016/j.cps.2017.05.011

Anahtar Kelimeler: göz kapağı, kontraktür, z-plasti

Tablo 1

Hasta	Yaş	Kontraktür Yeri	Etiyoloji	Teknik	Komplikasyon
A	18	Medial kantus	Travma	Subkutan Z-plasti	-
B	25	Lateral kantus	Travma	Z-plasti	-
C	31	Lateral kantus	Travma	K-M plasti	-
D	77	Lateral kantus	Onkolojik	Z-plasti	-
E	35	Lateral kantus	Travma	Z-plasti	-
F	27	Lateral kantus	Travma	Z-plasti	-
G	55	Lateral kantus	Travma	Z-plasti	-

2018-2022 yılları arasında periorbital bölgede kontraktür sebebiyle opere olan hastaların karşılaştırılması

Şekil 1

A: Sol göz medial kantusta araç içi trafik kazası sonrası geç dönem kontraktüre bağlı ektropion B: Subkutan Z-plasti sonrası ektropiyonda ve lagoftalmusta gerileme, kontraktür bandında tatmin edici rahatlama gözlendi C: Travma sonrası sağ göz lateral kantusta kontraktür bandı. D: Kontraktür bandında açılma, estetik ve fonksiyonel olarak iyi düzeyde sonuç.

P-190

İki Alışılmadık Elektrik Yaralanması Vakası

Burak Özkan, Khaled Zeynalov, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Elektrik yaralanmaları mağdurlarında mortalite ve morbiditelere neden olur. Üst ekstremiteler, kas ve tendonların elektriğe yüksek rezistansları olması nedeniyle en çok etkilenen bölgelerdendir. Hasarın büyüklüğü en çok voltaja bağlı olsa da akım, rezistans, süre, yolak gibi faktörlerle de ilişkilidir. Elektrik yaralanmaları yüksek voltaj (>1000 V), düşük voltaj (<1000 V) diye ikiye ayrılır. Elektrik yanıklarında akım genellikle temasın olduğu üst ekstremiteden girerken, çıkış noktası alt ekstremiteden

olmaktadır. Literatürde boyun, aksilla, kasık, ayak tabanı gibi nemli yerlerden elektrik akımı girişi bildirilmiştir. Bu sunumda, alışmadık şekilde yanık giriş ve çıkış yerlerinin aynı ekstremitede olduğu iki olgu sunulacaktır.

Olgu 1: 29 yaşında inşaat işçisi erkek hasta, bir arkadaşı ile çelik plak indirirken vinçin yüksek voltajlı (6300-V) güç hattına temas etmesi sonucu elektrik akımına maruz kalmıştır. Hasta ilk müdahalesinin ardından, monitörizasyon ve takip amacıyla yanık ünitemize sevk edilmiştir. Hastanın kliniğimize yatışındaki muayenesinde; bilinci açık, oryante ve spontan solunumu vardı. Hasta parmak kısımları çelik ile kaplı bot giyiyordu. Nefes darlığı, bulantı, göğüs ağrısı veya çarpıntısı yoktu. Vital bulguları stabil ve normal aralıktaydı. Fizik muayenede sol uyluk anteriorunun %3'ünde, sol ayak lateralinin %1'inde, sağ ayak dorsalinin %1,5'unda 3. Derece ile uyumlu elektrik yanığına bağlı eskarları mevcuttu. Yanık alanı total vücut yüzey alanının %5,5'ini içeriyordu. Elektrik iletim giriş yeri sol uyluk anteriorunda, çıkış yerleri ise her iki ayakta bulunuyordu. Vücudun herhangi bir yerinde yanığa sekonder yara yoktu. Bilateral alt ekstremite doppler ultrasonografisinde anlamlı bir bulgu yoktu. Hastanın sıvı resüsitasyonu uygulandıktan sonra, yatışının ilk 24 saatinde genel anestezi altında eskaratomi uygulandı. EKG bulguları normal sinüs ritminde, kalp atım hızı normal sınırlarda idi. Başvuru sırasında alınan kan tahlillerinde hipermyoglobinemi (>12.000 ng/mL), yüksek kreatinin kinaz- myokardial band düzeyi (259.6 U/L) ile birlikte yüksek kreatinin fosfokinaz düzeyi (39.477 U/L), normal aralıklarda troponin-I düzeyi vardı. aspartat aminotransferaz (508 U/L), alanin aminotransferaz (111 U/L) ve laktat dehidrogenaz (1515U/L) düzeyleri yüksekti. Glomerüler filtrasyon hızı normal sınırlarda idi. İdrar tahlilinde mikroskopik hematüri vardı. Hastaya agresif sıvı resüstasyonu başlandı.Takiplerinde ALT düzeyinin progresif olarak artması dışında laboratuvar testleri düzelmekteydi. Yatışının 9. gününde kreatinin fosfokinaz düzeyi 1007 U/L'ye düşerken, AST ve LDH düzeyleri 10. Günde normale dönmüştü. Hasta vital bulguları ve idrar çıkışı monitörize edilerek agresif volüm yüklemesi ile takip edildi. Günlük yara bakımında gümüş sulfadiazin kullanıldı. 1 hafta içerisinde 2 debridman uygulandı. Başvurusunun 9. Gününde sol uylukta bulunan 9x5 cmlik, sol ayakta bulunan 6x3 cmlik, sağ ayak dorsumunda bulunan 5x4 cmlik açık yaralar kısmi kalınlıkta deri grefti fasyokutanöz serbest flap uygulandı.

Olgu 2: 22 yaşında önceki hastanın iş arkadaşı olan bu hastamız da vinç tarafından taşınan çelik plakla direkt temas sonucu tarafımıza sevk edildi. Hasta monitörizasyon ve tedavi amacıyla yanık ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede total vücut yüzey alanının %4,5'ini kaplayan 2. ve 3. derece ile uyumlu yanıkları mevcuttu. Elektrik akımının giriş noktası olan sağ uylukta tam kat yanık alanı mevcuttu. Akımın çıkış noktası sağ ayakta bulunan 3. derece ile uyumlu yanık alanıydı. Muayene sırasında, hastanın bilinci açık, oryante, koopere idi. Vital bulguları stabil ve normal sınırlarda olmakla birlikte, nefes darlığı, bulantı, çarpıntı gibi şikayetleri yoktu. EKG bulguları normaldi. Bilateral uygulanan doppler ultrasonografisinde vasküler hasara ait bulgu yoktu. Agresif sıvı resüsitasyonunu takiben yatak başı debridman uygulandı. Yatışının ilk 72 saatinde, sağ uyluk ve her iki ayak dorsumunda bulunan alanların debridmanı yapıldı. Elektrik hasarına bağlı full nekroz geliştiğinden, sağ ayak 5. parmak amputasyonu uygulandı. Sağ ayakta bulunan defekt Torakodorsal arter perforatör flebi ile onarıldı.

Tartışma: Elektrik yanıkları farklı ciddiyette sonuçlara sebep olabilen, hayati tehlike taşıyan travmalardan biridir. Hasar elektronların doku içerisinde geçişine bağlı olduğundan, vücut elektrik devresi haline gelmektedir. Akım yüksek rezistansa sahip dokuları tercih ettiği için yüksek rezistansa sahip kemik, cilt gibi dokular daha çok etkilenmektedir. Sinir, kas dokuları ve kan en az rezistansa sahiptir. Hasarın ciddiyeti vücut dokularının enine kesitiyle ters orantılı olduğu için, el ve ayak bileği dokuları daha çok etkilenmekte, proksimale doğru ise bu etki azalmaktadır. Vasküler hasarlar irreversibl olmakta birlikte görülebilmektedir. Hasarın büyüklüğü en çok voltaja bağlı olsa da akım, rezistans, süre, yolak gibi faktörlerle de ilişkilidir. Literatürde baş, yüz, ağız, dudaklar, dış genital gibi alışılmadık yerlerde yanık giriş ve çıkış yerleri tarif edilmiştir. Buna rağmen ekstremiteler en çok etkilenen giriş ve çıkış yerleridir. Bu iki vakamızda üst ekstremite etkilenmeden giriş-çıkış yerleri, aynı ekstremitede olan 3. derece yanık alanları mevcuttu. Her iki hastada vücudun yüksek voltajlı enerji devresi olması ile sonuçlanan elektrik telleri ile temasa bağlı hasar mevcuttu. Bu enerji devresinde, metal plak anterior uyluğa temas ederken, hastalar yer ile arada yol görevi görmüştür. Temas noktalarında 3. derece yanık varken, çıkış noktaları ciddi hasar görmüştür. Varsayımsal olarak, yüksek rezistansa bağlı ortaya çıkan ısı maruziyeti ve uzamış temas sonucu, taşıdıkları objenin ağırlığı uyluk anteriorunda bulunan lezyonların ciddileşmesine sebep olmuştur. Diğer potansiyel sebep ise, hastaların ayaklarına giydiği çelik ayakkabıların temas ettiği parmaklarda derin doku hasarı olmadan cilde flaş yanığı hasarı vermesidir. 1995'te yapılmış elektrik yaralanmasına bağlı çalışmada, elektrikli aletlerin yanlış kullanılması, dikkatsizlik, güvenlik önlemleri konusunda eğitim yetersizliği, ailenin rehberlik konusunda yetersizliği, Türkiye'de görülen elektrik yaralanmalarının en sık sebepleridir.

Sonuç: Elektrik yanıkları çok sık görülmemekle birlikte, görüldüğü zaman özel ilgi ve dikkat gerektirmektedir. Tedavi seçeneklerinde gelişme olmasına rağmen, bu hasarlarla ilişkili problemler hasta ve sağlık ekibi için de zorlayıcı olmaktadır. Elektrik yanığı, hastalarda sıklıkla ciddi fiziksel ve psikolojik sonuçlar doğurmaktadır. Aynı ekstremiteyle sınırlı elektrik hasarı yolağı sık görülmemekle birlikte, uygun kişisel koruyucu ekipman giymemek, hasarın ciddiyetini ağırlaştırabilmektedir. Bu iki olgu, bizlere yapı-inşaat işçilerinin güvenlik önlemlerine uymalarının, yönergeleri takip etmelerinin önemini ve bunlara uyarak oluşan hasarların ciddiyetinin ve insidansının azalabileceğini hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Elektrik Yanığı, Yanık, Yüksek Voltaj

Resim 1

Kazanın illüstrasyonu, elektrik giriş çıkış yerleri ve defektlerin rekonstrüksiyonunu gösteren kolaj

P-191

Sakral Bölgede Süperior Gluteal Arter Perforatör Flebinin Sonuçları

İlker Uyar, Batuhan Sert, Özgür Turan, Ersin Akşam

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Bası yaraları, özellikle immobil veya paraplejik hastalarda sık görülen tekrarlayan bir komplikasyondur. Kapsamlı cerrahi debridman ve vaskülarize yumuşak doku rekonstrüksiyonunun faydaları, kronik açık yaralar için açıkça tanımlanmıştır. Kapsamlı bir bakımla, çoğu bası yarası önlenebilir. Ne yazık ki, en iyi çabalara rağmen, sakral bası yaralarının uzun vadede nüks oranları % 80 kadar yüksek olabilir.

Yumuşak doku defektlerini onarmak için kullanılan çeşitli cerrahi yöntemler arasında primer kapatma, random veya aksiyel paternli cilt flepleri ve kas veya muskulokütan flepler vardır. Yumuşak doku rekonstrüksiyonunda serbest flep kullanımının ortaya çıkması, rekonstrüktif cerrahide hızlı bir ilerleme dönemini başlatmıştır. Perforatör flep teknolojisi ise bu gelişmeler arasında daha az donör alan morbiditesi ile güvenilir yumuşak doku rekonstrüksiyonu sağlamaktadır.

Sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonu günümüzde cerrah için zorlayıcı olmaya devam etmektedir. Hareketsiz hastalar için primer katkıda bulunan faktörler olarak makaslama kuvvetleri, sürtünme, nem ve malnütrisyon ile sakral alan üzerindeki doku üzerinde dinmeyen basınçtan kaynaklanan bası yaralarının gelişmesine yatkındır.

Superior gluteal arter perforatör (SGAP) flebi sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonu için kanamayı azaltmaları, kas fonksiyonunu koruyabilmeleri, flep rotasyon arkını arttırması, flep tasarımının çok yönlülüğü, defekt ile daha iyi uyum sağlamak için geliştirilebilmeleri nedeniyle geleneksel fleplere göre oldukça avantajlıdır. Burada, sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda SGAP flebinin kullanımını göstermeyi ve kliniğimizde SGAP flebi ile rekonstrükte edilen hastalardan birini olgu sunumu olarak paylaşmayı amaçlıyoruz.

Olgu: 58 yaş mobil erkek hasta, COVID yoğun bakım ünitesinde uzun süreli yatış öyküsü nedeniyle sakral bölgede grade 4 temiz non-enfekte görünümde bası yarası nedeniyle plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvurdu.

Hastaya spinal anestezi altında steril cerrahi boyanma ve örtünmeyi takiben sakral bölgedeki bası yarası debride edilmesini takiben oluşan defekte yönelik aynı seansta sağ gluteal bölgeden dizayn edilen 10x20 cm boyutundaki süperior gluteal arter bazlı perforator flebi süperolateralden eleve edilmeye başlandı. Subfasyal diseksiyon ile 2 adet perforatör saptandı. El doppleri ile akım doğrulandı. Flep sirküler olarak eleve edildi. Perforatörler iskeletize edilmeksizin, gerilimsiz kapamaya izin verecek kadar disseke edilerek serbestlendi. Hemostaz sağlandı. Flep defekt alana transpoze edildi. Hemovak dren yerleştirildi. Tabakalı onarım prensibine uygun olarak primer süture edildi. Pansuman ile operasyona son verildi.

Hasta postoperatif 1. haftaya kadar olan servis takibinde komplikasyon gelişmemesi, mobilize olması sonrasında taburcu edildi. Postoperatif yapılan rutin poliklinik kontrollerinde flebin viabl olduğu görüldü. Hematom, enfeksiyon gibi herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Perforatör fleplerin geleneksel fleplere göre avantajları arasında kanamanın azalması, kasın ve fonksiyonunun korunması, defektle daha iyi uyum sağlamak için flep tasarımının çok yönlülüğü ve flep rotasyon arkının artması yer alır. Dezavantajları arasında flebi kaldırma ve perforatörleri belirleme amaçlı öğrenme eğrisi gerektirmesi, özelleşmiş cerrahi ekip gereksinimi, işlemin zaman alıcı doğası ve ilk aşamada derin ülser kaplaması için kullanılamaması vardır.

Bunun dışında flep, sütür hatlarında gerilim olmadan defekti rahatça kapatmalıdır. Bu nedenle, diseksiyonun son noktası, vazospazm ve hatta kan akışının tıkanması ve flebin tamamen kaybı gibi komplikasyonlara yol açabilecek gerilme, torsiyon riskini taşıyan perforatör damarın tam iskeletleştirilmesi değildir, esas olan flep erişimi olmalıdır.

SGAP flebi, perforatör flep prensibinin en büyük avantajlarından biri olan kas bütünlüğünü korurken, sakral bası yaralarını örtmek için geniş, bulky ve güvenli bir subkütan flep sağlar. Bu nedenle SGAP flebini, nispeten kolay kaldırılabilen, anatomisi sabit, güvenilir ve minimal komplikasyonlu bir flep olması nedeniyle sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda iyi bir alternatif olarak önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: bası yarası, sakral, superior gluteal arter

Figür

P-192
Üst dudakta insan ısırığı sonrasında oluşan doku defektinin onarımı

Cem Öz

Bahçeşehir Üniversitesi Medical Park Hastane Kompleksi

Giriş:
İnsanlarda dudak yaralanmaları sık görülmemekle birlikte insan ısırığı sonrasında üst dudakta görülen doku defekti oldukça nadirdir. Üst dudakta oluşan defektlerin onarımında çeşitli rekonstrüktif teknikler kullanılabilmektedir. Rekonstrüktif teknikler çeşitlilik gösterir fakat tedavinin asıl amacı yara iyileşmesini sağlamak, fonksiyonu korumak ve estetik görünümü sağlamaktır.

Amaç: Bu çalışmada insan ısırığı sonrasında üst dudakta oluşan doku defektinin olduğu bir olgu ve defektin onarımı sunulmaktadır.

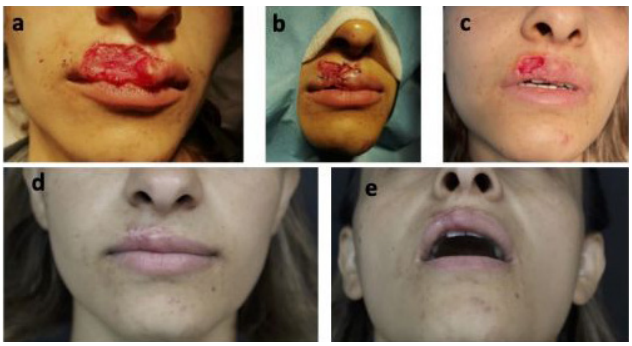
Hasta ve Metod: Acil servise 17 Haziran 2022 'de 24 yaşında kadın hasta, darp sırasında oluşan insan ısırığına bağlı doku defekti ile başvurmuştur. Hasta acil serviste değerlendirildi. Hastanın üst dudağında 4x2 cm ebatında vermillionu, orbikularis oris kası ve cilt kısımlarını içeren doku defekti ve parçalı cilt ve vermilion kesilerinin olduğu saptandı. Hastanın kesileri primer satürasyonla onarıldı. Geriye kalan doku defektinde granülasyon gelişmesi için enfeksiyon riski nedeniyle antibiyotikli yara örtüsü ile sekonder yara iyileşmesine bırakıldı. Hastaya oral amoksisilin-klavulonik asit 1000 mg 2x1 başlandı. Hastaya 11. günde yara debridmanı ve tam kalınlıkta deri grefti ile onarım önerildi. Ancak hasta tam kalınlıkta deri grefti operasyonunu kabul etmedi. Yara yeri debride edildi, antibiyotikli yara örtüsü ile sekonder iyileşmeye bırakıldı. Poliklinik takiplerinde hastanın yara iyileşmesi takip edildi. Defektin giderek küçüldüğü görüldü. Hastanın 02/08/2022 tarihindeki son poliklinik kontrolünde defektin tam alarak kapandığı, vermillion ve ciltte oldukça az skar dokusunun kaldığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Literatürde dudak defektleri genellikle travma sonucu, enfeksiyon (Cancrum oris), yanık ya da maligniteye bağlı cerrahi rezeksiyon sonrası oluştuğu gösterilmiştir. Etiyoloji çok çeşitli olmakla birlikte defektleri onarmak için kullanılacak rekonstrüksiyon teknikleri benzerdir. Dudak defektlerinin rekonstrüksüyonu bazı vakalarda basit bir prosedürle mümkün olabilirken, bazı vakalar zor ve zahmetli rekonstrüksiyon prosedürleri gerektirebilir. Basit rekonstrüksiyon teknikleri geri kalan dudak kısımlarının kullanımını, karşı dudak ve/veya yanaktan doku alınmasını ve yakın bölgelerden flep ilerletilmesini içerir. Madukwe ve arkadaşları, insanlar arası şiddet sonucu insan ısırığına bağlı dudak yaralanması serisi bildirmiştir. Bu vaka serisindeki vakaların çoğu poligamik ya da geniş ailelerde olduğunu bildirmiştir. Adeyemo ve arkadaşlarının dudak defektlerinin olduğu vaka serisinde insan ısırığına bağlı oluşan doku defektlerinin çoğunluğunun kadınlarda olduğunu göstermiştir. Literatürde insan ısırığına bağlı dudak defektlerinin kadınlarda daha sık olduğu bildirilmiştir. İnsan ısırığına bağlı dudak yaralanmaları büyük oranda (%91) alt dudakta görülmektedir. Alt dudağın yüzde belirgin bir pozisyonu vardır bu da alt dudağı saldırıya açık yapmaktadır. Genellikle literatürde alt ve üst dudağın birlikte ısırılması nadir görülmektedir. İzole üst dudak insan ısırığı sonrası yaralanma nadir görülmektedir. İnsan ısırığı oral kavite mikroorganizmalarıyla enfekte olma riski taşır, bu enfeksiyonlar polimikrobiyaldir. Bu durum yara yeri enfeksiyonuna riski nedeniyle yaraların debridmanını ve gecikmiş yara kapanmasını gerektirebilir. Profilaktik antibiyotik tedavisi ve yaraların primer kapatılması tartışmalı konular olmaya devam etmektedir. Genel düşünce, klinik olarak enfekte olmayan çoğu yüz ısırık yarasının tedavisinin primer cerrahi onarım olması gerektiğine dönüşmeye başlamıştır, ancak enfeksiyon riski yüksek olan ya da zaten enfekte olmuş yaralarda sekonder yara iyileşmesi uygundur. Travma sonrası gelişen doku defektinin tedavisi, fonksiyonel ve estetik sonucu optimize etmek için titiz preoperatif planlama ve cerrahi teknik gerektiren önemli bir rekonstrüktif zorluk olmaya devam etmektedir. Rekonstrüksiyonun ana hedefleri, oral yeterliliğin restorasyonu, oral açıklığın korunması ve hem aktif (gülümseme) hem de pasif (form) estetik sonucun kabul edilebilir olduğu normal anatomik ilişkilerin restorasyonudur. Literatürde dudak defektlerini yeniden yapılandırmak için çeşitli teknikler ve prosedür modifikasyonları bildirilmiştir. Dudak defektlerinin rekonstrüksiyonu ideal olarak, iç ve dış epitel kaplamaları ve serbest kenarı vermilyonla kaplanmış innerve edilmiş kas içeren flepler ile yapılmalıdır. Teknik seçimi esas olarak defektin boyutuna, defektin bulunduğu yere (üst ya da alt dudak) ve cerrahın tecrübesine bağlıdır. Bu vakada yara debridmanı, kısmi primer sütürasyon ve geri kalan defektin sekonder iyileşmeye bırakılması suretiyle tedavi edilmiştir. Granülasyon dokusu geliştikten sonra tam kalınlıkta deri greftiyle defektin onarımı planlanmıştır. Ancak hasta operasyonu kabul etmediği için yara sekonder iyileşmeye bırakılarak takip edilmiştir. Beklenilenin aksine sekonder iyileşmeye bağlı yara kontraktürü görülmemiştir. Vermillion düzenli bir şekilde oluşmuştur. Ciltte kabul edilebilir skar dokusu oluşmuştur.

Bu vaka sunumunda insan ısırığına bağlı üst dudaktaki büyük bir defektin primer sütürasyon ve sekonder yara iyileşmesi ile onarımı sonrasında fonksiyonel, anatomik ve estetik açıdan yüz güldürücü sonuç elde edildiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: insan ısırığı, üst dudakta doku defekti, yara iyileşmesi

Üst dudakta insan ısırığı sonrası oluşan doku defektinin onarımı ve iyileşme aşamaları



a. Acil başvurusu sırasındaki doku defektinin görünümü b. Doku defektine primer sütürasyon uygulanması c. Doku defektinin 11. günde debridman sonrası görüntüsü d-e. Yara iyileşmesi tamamlandıktan sonraki görünüm.

P-193

Elektrik Yanığına Bağlı Sırt Defektinin Pediküllü Trapezius Myokutanöz Flebi ile Rekonstrüksiyonu

Ali Kıvanç Şahin, Çağla Çiçek, Salih Cem Altunal, Gaye Filinte

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Elektrik yanıklarının neden olduğu yerel doku hasarı genellikle derin ve şiddetlidir. Debridmandan sonra tendonlar, sinirler, önemli kan damarları, kemikler ve eklemler kolayca açığa çıkar ve yaranın onarılmasını zorlaştırır(1). Boyun, omuz ve sırttaki derin elektrik yanıkları, vital yapılara bitişik olması ve kompleks anatomileri nedeniyle karmaşıktır. Bu bölgelerdeki yaraların uzun süre kapatılmaması, onu major kanama gibi ciddi komplikasyonlara yatkın hale getirerek klinik olarak onarılmasını zorlaştırır(2). Trapezius miyokütan flebi, omuz, boyun ve trapez yüzeyinde deri ve yumuşak dokudan oluşan pediküllü kompozit doku flebidir. Boyun, yanaklar, kafatası,sırt, ağız ve hatta kafa tabanındaki doku kusurları bu flep ile onarılabilir. Trapez kası sırt, boyun ve başın kenarlarında yer alan düz bir kastır. Trapez kasının altında levator scapula, rhomboidus majör ve skapula bulunmaktadır. Üzerindeki cildin yapısı sırt dışında baş ve boyun cildi ile benzerdir. Kas fonksiyonuna göre ve fiberlerinin yapısına göre üst, orta ve alt olmak üzere 3 bölüme ayrılmaktadır (3). Trapez kası kullanılarak birçok myokutanöz flap ve skapulayı da içeren ostemyokunatoz flepler tasarlanılabilir. Özellikle sırt, baş ve boyun defektlerinin rekonstrüksiyonunda ve debridman sonrası oluşan geniş defektlerde ve kemik defektlerinin onarımında çok sayıda anatomik çalışmaya dayalı klinik çalışmalar yapılmıştır (2). Sırtın sol skapular alanındaki derin elektrik yanığına bağlı skapula ekspozisyonlu defekti olan hastamızda rekonstrüksiyon amacı ile trapezius myokutanöz flebini kullanık.

Olgu: Yüksek gerilim hattına temas etmesi sonucu elektrik yanığı gelişen 17 yaşındaki erkek hasta hastanemiz yara ve yanık merkezinin acil servisinde değerlendirilip; resüsitasyonu yapıldıktan sonra aynı gün takip ve tedavisi için yoğun bakım ünitesine devredildi.

Aynı gün tarafımıza konsülte edilen hastanın sağ eli totale yakın nekrotik ve sağ ön kolu ileri derecede şiş, cildi gergin ve hassastı. Sağ ön kolda radial ve ulnar nabızlar non-palpabl idi. Sağ ön kolu için akut kompartman sendromu tanısı konularak tarafımızca acil fasiyotomi operasyonu uygulandı.Hasta postoperatif dönemde yanık yoğun bakımında ekstübe şekilde uygun pansuman,sıvı tedavisi ve antibiyotik tedavisi ile 8 gün takip edildikten sonra yoğun bakım endikasyonu kalkmasını takiben yanık servisimize devir edildi. Yanık servisinde seri debridmanlar yapılan hastanın ön kolu orta kesimine kadar total nekrotikleşmesi sebebi yanıktan 16 gün sonra ön kol orta ½ seviyesinden ortopedi hekimleri tarafından ampute edildi. Takiplerinde skapular bölgedeki yarası debride edilip kısmi kalınlıkta deri greftleri ile rekonstrükte edilen hastanın 10 *12 cmlik spina skapulası ekpoze şekilde doku defekti kalması üzerine hasta tarafımıza konsulte edildi. Kalan defektin rekonstrüksiyonu amacı ile hasta kronik yara kliniğimize devir alındı. Kemiği örtmek amacı ile myokutanöz trapezius flebi planlandı. Uygun debridman sonrası flep rhomboid majör kasının fasyasına kadar insize edildi. Takiben cilt adası ve defekti örtecek çapta trapezius kası kaldırıldı. Flebin pedikülü olan transvers servikal arterin yüzeyel dalı, kaldırılan flep defekt alana taşınacak uzunlukta disseke edildi. Defekt alan ile flep arasındaki cildin tünelize edilmesinden sonra flep defekt alana transpoze edildi. Donör saha primer onarıldı ve 1 adet hemovac dren yerleştirildi. Flebin yerleştirildiği alıcı sahaya ise 1 adet penröz dren yerleştirildi. Postoperatif 2. günde tüm drenler çekildi. Hasta post operatif 7. Günde herhangi bir ek komplikasyon oluşmadan taburcu edildi. PResim3

Tartışma: Elektrik yanıkları,özellikle yüksek voltajlı olanları, sebep olduğu koagülasyon nekrozu sebebi ile etkilediği alandaki cilt ve altındaki dokularda nekroza sebep olmaktadır. Özellikle cilt altı dokuda oluşturduğu tahribat genellikle daha ciddidir (4). Baş,boyun ve gövdedeki yüksek enerjili elektrik yanıkları sıklıkla güç kaynağı ile direkt temas ile oluşmaktadır. Eşlik eden sinir,kan damarları ve kemik yaralanmaları da oldukça sıktır. Bu sebeple bu bölgelerdeki yüksek enerjili elektrik yanıkları takip ve tedavi aşamasında yoğun dikkat gerektirmektedirler. Bu bölgelerin majör organlara ve büyük kan damarlarına yakınlıkları sebebi ile bu alanlarda meydana gelen defektler uygun olduğu en erken dönemde rekonstrükte edilmezlerse hayatı tehdit edici kanamalar yahut enfeksiyonlar görülebilir. Literatürde (5,6), miyokütan trapezius flebinin güvenilir kan akımı, geniş doku kaplama alanı, kolay kullanım ve donör alanın gizlenmesi gibi avantajlara sahip olduğu gösterilmiştir. Diğer sık kullanılan miyokutanoz fleplere kıyasla (latissimus dorsi, pektoralis majör miyokutanöz flepleri gibi) trapezius flebi daha ince, daha esnek ve disseksiyon için daha uzun vasküler pedikül sağlar. Miyokutanöz fleplerde kesilen kas miktarına bağlı olarak ödem ve seroma görülebilme ihtimalleri olsa da bu vakada böyle bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Sonuç: Bu çalışmada elektrik yanığı sonrası baş, boyun ve sırt defektlerinin rekonstrüksiyonu için güvenilir ve kolay uygulanabilir olması dolayısı ile tercih edilebilecek bir flep seçeneği olan pedikürlü trapezius myokutan flebinden bahsedilmiştir.

Kaynakça:

1. Zhao JC, Shi K, Hong L, et al. Retrospective review of free anterolateral thigh flaps for limb salvage in severely injured high-voltage electrical burn patients. Ann Plast Surg. 2018;80(3):232–7.
2. Meng C, Liu Y, Wang H, et al. Lower trapezius myocutaneous flap repairs adjacent deep electrical burn wounds. Eur J Med Res. 2020;25(1):63. Published 2020 Dec 1. doi:10.1186/s40001-020-00465-8
3. Manyacka Ma Nyemb P, Fontaine C, Martinot-Duquennoy V, et al. Trapezius perforator flaps: anatomical basis using 58 dissections. Surg Radiol Anat. 2018;40(8):903–10.
4. Maghsoudi H, Adyani Y, Ahmadian N. Electrical and lightning injuries. J Burn Care Res. 2007;28(2):255–61.
5. Yang HJ, Lee DH, Kim YW, et al. The trapezius muscle flap: a viable alternative for posterior scalp and neck reconstruction. Arch Plast Surg. 2016;43(6):529–35.
6. Zenga J, Sharon JD, Santiago P, et al. Lower trapezius flap for reconstruction of posterior scalp and neck defects after complex occipital-cervical surgeries. J Neurol Surg B Skull Base. 2015;76(5):397–408.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Trapezius, Flep

Doku Defekti

Hastanın preop fotoğrafı

P-194

Fournier Gangreni Olgularında Medial Sirkumfleks Femoral Arter Perforatör Flebi ile Defekt Onarımı

Ali Can Aydın, Furkan Çeştepe, İbrahim Akpınar, Kadir Barış Tiryaki, Perçin Karakol

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Fournier gangreni perineal, perianal veya genital bölgeleri etkileyen, nadir görülen bir hastalıktır.Hastalık erkeklerde daha yüksek bir insidansa sahiptir.Risk faktörleri arasında DM, lokal travma, alkolizm, parafimozis, rektal ve perineal enfeksiyonlar, geçirilmiş cerrahiler vardır.(sünnet, prostat…)

Hastalık sinsi başlar, fulminan seyreder. Testis tutulumu beklenmez. Tedavinin amaçlarından biri de ekspoze hale gelen testis dokusunu koruyarak defekt onarımı sağlamaktır.

Klinik semptomlar huzursuzluk, lokal ödem, rahatsızlık, ateş ve krepitus olmak ile beraber hastalık bazen septik şok tablosu ile kendini gösterebilir.

Tanıda BT, MR gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilse de tanı genellikle klinik olarak konur.

Acil cerrahi olarak debridman ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı tedavinin temel yapı taşlarıdır. Bunun yanında vacuum assisted closure (VAC) gibi tedaviler de kullanılabilir.

Defektin onarımı için greft ya da flep seçenekleri değerlendirilebilir. MCFA(medial sirkümfleks femoral arter) perforatör flebi ile rekonstrüksiyon; minimal donör alan deformitesi, kolay uygulanabilir cerrahi, MCFA' nın yüksek kalibreli perforatör olmasından dolayı fournier gangreni hastalarında göz önünde bulundurulması gereken bir seçenektir.

Materyal-Metod: Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde Ocak 2016 – Temmuz 2022 yılları arasında fournier gangrenli 7 hastada MCFA perforatör flebi ile defekt onarımı, retrospektif olarak yaş, yapılan debridman sayısı, yatış süresi, defektin boyutu ve ek hastalıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Tüm hastalarda cerrahi öncesi yara; debridman, VAC ve antibiyoterapilerle temiz hale getirilmiştir.

Tüm hastalar litotomi pozisyonunda genel anestezi altında opere edilmiştir. El doppleri ile perforatörler işaretlenmiştir. Defektin boyutuna ve perforanların lokalizasyonuna göre flep tasarlanmıştır.

Flebin posteroinferior kenarından yapılan insizyonla girilerek gracilis kası ve kas üstündeki perforatörler bulunmuştur. Flep subfasyal plandan kaldırılarak 180 derece döndürülüp defekte adapte edilmiştir. Üç hastada donör saha primer, dört hastada KKDG ile kapatılmıştır.

İpsilateral bacak her zaman addüksiyonda tutulmuştur.

Hastaların, genel durumları göz önünde bulundurularak anestezi yoğun bakım ünitesinde değil, plastik cerrahi servisinde takip edildiği görülmüştür. Ameliyat sonrası flep izlemi klinik gözlem ve geleneksel Doppler ultrasonografi veya ikisinin kombinasyonuyla yapılmıştır. Flepler takibinde renk, kanama, kapiller dolum, turgor ve sıcaklık açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: İncelenen 7 hasta fournier gangreni nedeniyle opere edildi. Tüm hastaların erkek olduğu saptandı.

Ortalama yaş 54 olarak görüldü. (en küçük: 27, en büyük: 76) Hastaların ortalama hastaneden kalış sürelerinin 18.1 gün olduğu saptandı. (en kısa: 6 gün, en uzun: 50 gün) Opere edilen 7 hastanın DM hastalığına sahip olduğu görüldü. (%57)

Opere edilen 7 hastanın 1 inde flep kaybedildi. Başarı oranımızın % 85 olduğu görüldü. Başarısız olan hastanın yaşlı, DM ve Hipertansiyon gibi ek hastalıklara sahip olduğu görüldü.

Bir hastada venöz yetmezlik bulguları gelişmiştir ve sülük uygulaması sonrası bulgular gerilemiştir.

Tartışma: Fournier gangreninde rekonstrüksiyon seçenekleri karmaşıktır ve bazen birden fazla plastik cerrahi teknikleri kullanmayı gerektirir. Şu an hala fournier gangreni rekonstrüksiyonda en iyi yönteme ulaşılamadı. Rekonstrüksiyon seçiminde lezyonların yaygınlığı, hastanın uyumu ve cerrahın deneyimi önemli yer tutmaktadır. Deri greftleri basit bir yöntem olmakla birlikte greft kontraksiyonu ve travmaya yatkınlığı endişe kaynağıdır. Öte yandan flep testiküler alan için daha iyi bir koruma sağlar ve kontraksiyonu daha azdır. Rekonstrüksiyonun temel prensibi eksik dokunun yerine benzer doku yerleştirmektir. Perforatör flepler arasında MCFA perforatör flebi fournier gangreni rekonstrüksiyonu için en iyi seçenek gibi görünmektedir. Bunun nedenleri arasında; komşu alana göre daha ince bir deriye sahip olması, donör sahanın primer kapatılabilmesi, skarın uyluk iç yüzünde saklanması, diğer perforatör fleplere göre skrotal bölgeye daha rahat ulaşabilmesi, yüksek kalibreli perforatör olması sayılabilir.

Sonuç: Fournier gangreni olgularında MCFA perforatör flebi ile rekonstrüksiyon minimal donör alan deformitesi, kolay uygulanabilir cerrahi, yüksek kalibreli – pulsatil – büyük çaplı perforatör olmaları, deri kalitesi ve renginin skrotumla benzer olmasından dolayı bu hastalarda değerlendirilmesi gereken bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, MCFA, perforatör flep

Fournier Gangreni

Hasta	Yaş	Debridman	Bakteri Yükü	Yatış süresi (gün)	Defekt Boyutu	Ek hastalık
1	76	4	E. coli	50	10*6 cm	DM, HT
2	70	2	MRSA	8	9*6 cm	DM
3	47	2	E. coli	15	6*8 cm	DM
4	27	1	-	16	10*6 cm	-
5	41	2	E. coli	20	20*14 cm	Lenfoma & tbc
6	72	1	MRSA	6	10*4 cm	KOAH
7	45	2	Acinetobacter	12	20*5 cm	DM

Fournier Gangreni Vakaları

P-195

Gluteal bölgede diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrası gelişen Nicolau sendromu: 4 vakanın sunumu

Cem Öz[1], Emine Öz[2], Emin Kapı[3]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Medical Park Göztepe Hastane Kompleksi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Ana Bilim Dalı
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Nicolau sendromu (NS); ilaçların enjeksiyonu sonrası cilt, cilt altı ve bazı vakalarda kas dokusunda nekroza neden olan nadir görülen lokalize advers etkidir. En sık intramusküler enjeksiyon sonrasında görülmekle birlikte, diğer enjeksiyon şekilleri sonrasında da görüldüğü bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda, gluteal bölgede diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrasında gelişen cilt ve cilt altı dokunun nekrozu ile başvuran, Nicolau sendromu ile ilişkilendirilen dört vakanın özellikleri ve tedavileri sunulmuştur.

Hasta ve Metod:

Olgu 1: 56 yaşında kadın hasta Mart 2017'de, gluteal bölgede nekroz şikayeti ile plastik cerrahi kliniğine başvurmuştur. Hastaya, dört hafta önce sol gluteal bölgeye intramusküler diclofenak enjeksiyonu yapılmıştır. Hastanın fizik muayenesinde sol gluteal bölgede 8x5 cm boyutunda nekroz saptanmıştır. Hastanın nekrotik dokuları sedoanaljezi altında debride edilmiştir. Defekt primer sütürasyonla onarılmıştır. Patoloji sonucu; sol gluteal bölgede cilt ve cilt altı dokunun ülserasyonu, yağ nekrozu, yabancı cisim reaksiyonu ve kronik inflamasyon olarak raporlanmıştır. Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmemiştir.

Olgu 2: 68 yaşında kadın hasta gluteal bölgede nekroz şikayeti ile Haziran 2018'de, plastik cerrahi kliniğine başvurmuştur. Hastaya, beş hafta önce sağ gluteal bölgeye intramusküler diklofenak enjeksiyonu yapılmıştır. Hastanın fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede 7x6 cm boyutunda nekroz saptanmıştır. Hastanın nekrotik dokuları sedoanaljezi altında debride edilmiştir. Defekt V-Y ilerletme flebi ile onarılmıştır. Patoloji sonucu; sağ gluteal bölgede cilt ve cilt altı dokunun ülserasyonu, yağ nekrozu, yabancı cisim reaksiyonu ve kronik inflamasyon olarak raporlanmıştır. Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmemiştir.

Olgu 3: 41 yaşında erkek hasta, bir ay önce yapılan diklofenak enjeksiyonu sonrasında gluteal bölgede nekroz şikayeti ile Haziran 2018'de, plastik cerrahi kliniğine başvurmuştur. Hastanın fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede 12x8 cm boyutunda nekroz saptanmıştır. Hastanın nekrotik dokuları sedoanaljezi altında debride edilmiştir. Defekt, V-Y ilerletme flebi ile onarılmıştır (Resim 1). Patoloji sonucu; sağ gluteal bölgenin cilt ve cilt altı dokusunun eksizyonel biyopsisi, ülser, iskemik nekroz, inflamasyon şeklinde raporlanmıştır. Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmemiştir.

Olgu 4: 65 yaşında kadın hasta, 6 hafta önce yapılan diklofenak enjeksiyonu sonrasında gelişen gluteal bölgede nekroz şikayeti ile Kasım 2018'de, plastik cerrahi kliniğine başvurmuştur. Hastanın fizik muayenesinde sol gluteal bölgede 5x5 cm boyutunda cilt ve cilt altı dokuda nekroz saptanmıştır. Hastanın diklofenak enjesiyonu sonrasında gelişen lezyonu haftalık olarak fotoğraflanmıştır (Resim 1). Hastanın nekrotik dokuları sedoanaljezi altında debride edilmiş ve primer sütürasyon ile onarılmıştır. Patoloji sonucu; sol gluteal bölgede cilt ve cilt altı dokunun ülserasyonu, yağ nekrozu, yabancı cisim reaksiyonu, kronik inflamasyon şeklinde raporlanmıştır. Hastanın takiplerinde sorunsuz iyileştiği görülmüştür.

Sonuçlar: Kliniğimize, 2017 ve 2018 yıllarında Nicolau sendromu ile 4 hasta başvurmuştur, hastalardan biri erkek üçü kadındır. Hastaların yaş ortalaması 57,5 ± 12,2'dir (yaş aralığı, 41-68). Nekroz gelişmesindeki tek etken intramusküler diklofenak enjeksiyonudur. Hastalar ortalama 4,75 hafta sonra (aralık, 4-6 hafta) nekroz şikayeti ile başvurmuş ve opere edilmiştir. İntraoperatif incelemede nekrozun derin fasyaya kadar ilerlediği ama kas dokuya ulaşmadığı görülmüştür. En geniş nekroz alanı 12x8 cm, en küçük olanı ise 5x5 cmdir (ortalama 8x6 cm). Hastaların ikisi primer sütürasyon, diğer ikisi ise V-Y ilerletme flebi ile tedavi edilmiştir.

Tartışma: Nicolau sendromu (NS) ilaçların enjeksiyonu ile ilişkili nadir bir advers reaksiyondur. En sık intramusküler enjeksiyon, daha az sıklıkta subkutanöz, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyonlar sonrasında görülür. NS; enjeksiyon bölgesinde cilt, cilt altı ve subkutanöz yumuşak dokuların ya/ya da kas dokusunun lokal iskemik nekrozu ile karakterizedir. İlk kez 1920'de sifiliz tedavisinde bizmut tuzlarının kullanılmasına bağlı gelişen lezyonlarda, Freudanthal ve Nicolau tarafından tanımlanmıştır.

Birçok ilaç NS ile ilişkilendirilmiştir, bunlar; non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) (diklofenak sodyum, ketoprofen, piroksikam), kortikosteroidler, lokal anestezikler, antihistaminikler, sülfonamidler, penisilin, vitamin B kompleksleri, aşılar (suçiçeği ve difteri-tetanoz-boğmaca), rekombinant interferon alfa ve beta, pirazolon, etanercepttir.

Hastalığın patogenezi hala aydınlatılamamıştır. Birçok hipotez mevcuttur. İlk hipotez intravenöz ya da periarteryel enjeksiyon sonrasında sempatik sinilerin uyarılması ve vazospasm ve iskemiye neden olmasıdır. İkinci hipotez NSAİİ farmakolojisi ile ilişkilidir. NSAİİ'ler etkilerini siklooksijenaz enzimini inhibe ederek prostaglandin sentezini baskılamaları sonucunda ortaya çıkarırlar. Prostaglandinlerin inhibe edilmesi vasospasm ve iskemik nekrozu tetikler. Üçüncü hipotez; intraarteryal ilaç enjesiyonunu takiben embolik oklüzyon ile ilişkilidir.

Dördüncü hipotez; ilacın enjeksiyonu sonrasında sitotoksik bir reaksiyon oluşur ve perivasküler doku ödemlenir, vasküler yırtılma ve iskemik nekroza neden olur. Beşinci hipotez ise lipofilik ilaçların kan damarlarına penetre olması ve yağ embolisi gelişerek fiziksel tıkanma ortaya çıkmasıdır. Bir ya da birden fazla mekanizma patogeneze katkıda bulunabilir.

NS'da tanı klinik olarak konulur, deri biyopsisi nekrotik değişiklikleri gösterebilir. NS'nun klinik bulguları enjeksiyon sonrasında, enjeksiyon bölgesinde ağrı, eritem ya da hemorajik lezyon ile başlayabilir. 24 saatte livedoid yama formuna dönüşebilir, bu lezyon sonrasında hemorajik ya da nekrotik aşamaya geçebilir. Nekroz ya da demarkasyon sonraki bir- iki haftada gelişir. NS, çoğu vakada atrofik skarlar ya da pigmentasyonla iyileşir.

NS tedavisinde bir standart yoktur. Hastanın durumuna, lezyonun yerleşimi ve büyüklüğüne, cerrahın tecrübesine göre değişir. Erken tedavi nekroz oluşumunu azaltır. Çoğu vakada ağrı kontrolü, antibiyotikler, yara örtüleri gibi konservatif yaklaşımlar etkilidir. Nekrotik alanların olduğu hastalarda yara debridmanı, deri grefti, flap rekonstrüksiyonu gibi cerrahi yöntemler uygulanabilir. Antikoagülanlar ve vazodilatatörler iyileşme süresince katkıda bulunabilir.

Sonuç: NS oldukça nadir bir durum olmasına rağmen, bir kez ortaya çıktığında önemli bir morbiditeye neden olmaktadır. Enjeksiyonlar sağlık profesyonelleri tarafından güvenli basit işlemler olarak değerlendirilir, ancak bu işlemler sırasında mutlaka aspirasyonla vasküler yapılara ilaç verilip verilmediği kontrol edilmeli ve dikkatli olunmalıdır. NS'nun standartlaşmış bir tedavisi yoktur. Vakanın özelliklerine göre çeşitli medikal ve cerrahi tedaviler seçilmektedir.

Anahtar Kelimeler: diklofenak, enjeksiyon, Nicolau sendromu, nekroz

Resim 1

Olgu 3'e ait diklofenak enjeksiyonu sonrasında sağ gluteal bölgede gelişen cilt ve cilt altı dokunun nekrozu ve cerrahi tedavisi. a. Cilt ve cilt altı dokunun nekrozu b. Nekrotik bölgenin debridman sonrası görünümü c. V-Y ilerletme flebi ile defektin onarımı. Olgu 4'e ait diklofenak enjeksiyonu sonrasında sol gluteal bölgede gelişen cilt ve cilt altı dokuda nekrozun zaman içerisindeki ilerlemesi. d. Enjeksiyon sahasının 1. haftadaki görünümü e. Enjeksiyon sahasının 2. haftadaki görünümü f. Enjeksiyon sahasının 3. haftadaki görünümü g. Enjeksiyon sahasının 4. haftadaki görünümü h. Enjeksiyon sahasının 5. haftadaki görünümü j. Enjeksiyon sahasının 6. haftadaki görünümü

P-197

Sinek Isırığına Bağlı Gelişen Nekrotizan Fasiit Olgusu: Vaka Sunumu

Orkhan Şahbazov, Batuhan Gözübüyük, Burak Özkan, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Nekrozitan fasiit; cilt ve ciltaltı dokularda polimikrobiyal ya da streptokok, varicella gibi invazif olabilen bakteriler tarafından oluşturulmuş enfeksiyona sekonder gelişen, progresif bir hastalıktır. Diyabetik vaskülopatileri olan, bağışıklığı baskılanmış veya künt/penetran travmaya maruz kalan hastalarda daha sık görülmektedir. Tedavide agresif debridman, ilgili ekstremitenin kurtarılması, hastanın septik tabloya girmemesi için önem arz etmektedir. Bu çalışmada, etiyolojisinde sivrisinek (Culiseta longiareolata) ısırığı olan diyabetik hastada nekrozitan fasiit olgusu sunulmuştur.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta kliniğimize sol bacağında kızarıklık ve doku kaybı nedeniyle acil servis tarafından konsülte edildi. Hikayesinde, 3 gün öncesinde göl kenarında piknik yaparken sol bacak arka yüzünde sivrisinek ısırığı olduğunu, o bölgedeki kızarıklığın giderek arttığını, en ortasında kararma olduğunu ve bacağının giderek şiştiğini aktardı. Hastanın özgeçmişinde kontrol altında olmayan 20 yılı aşkın diyabetes mellitus, 3 yıldır konjestif kalp yetmezliği olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde, sol bacak posteriorunda 8x5 cm boyutlarında merkezinde eskar gelişmiş ve perifere doğru yaygın hiperemi gösteren lezyon tespit edildi. Sinek ısırığı gelişen kontralteral ekstremitesinde iki adet hemorajik kurutlu 2x1 ve 3x1 cmlik ülsere lezyonları mevcuttu. Hastanın vücut sıcaklığı aksillerden 37.8 0 C olarak ölçüldü. Kan biyokimyasında CRP yüksekliği (178 mg/L), Hemogramında lökositoz (29 bin/ml) ve genel durum düşkünlüğü olması nedeniyle hastaya yatış verildi. Hastanın lezyonu işaretlendi. Hasta Enfeksiyon hastalıklarına danışılarak ampirik piperasilin tazobaktam + teikoplanin tedavisine başlandı. Ertesi günkü muayenesinde hiperemi alanının artması ve nekrotik alanın genişlemesi üzerine hastada nekrozitan fasiit düşünülerek acil debridmana alındı. Cerrahi debridmanda gastroknemius kas fasyası dahil olmak üzere debridman yapıldı. Kas dokularının sağlıklı olduğu gözlemlendi. Hasta yarası açık bırakılarak günde çift hipokloröz asitle irrige edilecek şekilde pansumanla takip edildi. Takibinde bir hafta içerisinde yara granülasyonun arttığı, kan biyokimyasının düzeldiği, periferik hipereminin azaldığı gözlendi. Yatışının 10. gününde hastaya aynı ekstremite lateralinden kısmi kalınlıkta deri grefti alınarak rekonstrüksiyon yapıldı. Takibinde sorun gözlenmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Nekrotizan fasiit, fasya ve subkutan yağ dokunun ve üzerinde bulunan cildin nekrozuyla karakterize hızlı progrese olabilen yumuşak doku enfeksiyonudur. Eğer hızlıca tanı almaz da tedavi edilmezse, doku destrüksiyonu, ciddi sepsis ve ölümle sonuçlanabilir. Çoğu nekrotizan fasiit vakaları böcek ısırıkları, travmatik laserasyonlar, veya cerrahi yaralar gibi cilt lezyonlarına sekonder gelişir. Nekrotizan fasiit için risk faktörleri kronik hastalığı ya da bağışıklığı baskınlanmış hastalardır. 2 tip nekrotizan fasiit vardır; Tip 1, kültürde

ortalama 4 patojen olan, polimikrobial, genellikle kronik hastalığı olan erişkinlerken; tip 2'de sadece grup A streptokokların etken olduğu, çoğunlukla sağlıklı, örneğin pediatrik popülasyon etkilenmektedir. Nekrotizan fasiitin erken teşhisi fazla doku kaybını önlemekle birlikte sistemik toksisiteyi de engellemektedir. Altın standart tanı yöntemi cerrahi eksplorasyon sırasında alınan enfekte dokunun frozen incelenmesidir. Cerrahi müdahalenin amacı enfekte ve ölü cilt, fasya, kas gibi dokuların ortamdan uzaklaştırılmasıyla nekrotizan fasiitin progresyonunu ve bakteriyel toksinlerin diffüzyonunu kontrol altına almaktır. Bu vakamızda sinek ısırıklarının da kontrolsüz diyabeti olan hastalarda nekrozitan fasiite neden olabileceği ve tedavide erken, agresif debridmanın tedavide önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan Fasiit, Sinek Isırığı, Yumuşak Doku Enfeksiyonu

Resim 1

Hastanın kliniğimize başvurduğunda yaranın nekrotik görünümü, debridman sonrası ve greftlendikten sonra erken dönem postoperatif görüntüsü

P-198

Skrotal cilt defektlerinin lokal fleplerle onarımı

Çavgın Yıldırım, Berkay Çınar, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Fournier gangreni genital ve perianal dokuların ilerleyici nekrozitan fasiitir. İlk aşamada debridman cerrahisi ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi başlanır. (1)Debridman ihtiyacı kalmadığı düşünüldükten sonra rekonstrüksiyon planlaması yapılmalıdır. Bu sebeple greftler fasyokutan,myokutan flepler kullanılabilir. Tedavi planlamasında debridman sonrası geriye kalan cilt fleplerinin miktarı belirleyici olmaktadır. Bu olgu sunumunda skrotum inferiorundaki defektlerin skrotum süperiorunda bulunan cilt flebi ile rekonstrüksiyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 41 yaşında diyabeti olan erkek hasta 1 ay önce testis bölgesinde ani gelişen şişlik kızarıklık ağrı şikayeti ile acil serviste değerlendirilmiş ve üroloji ekibi tarafından debridman operasyonları gerçekleştirildiği öğrendilen hastanın yapılan debridmanlar sonrası her iki testisinde açıkta olduğu defekt ortaya konmuş.

Süperiorda defekt rekonstrüksiyonu için uygun miktarda cilt flebi bulunan hastaya bilateral toplam 2 adet fasyokutan flep oluşturacak şekilde çizimler yapıldı. Elde edilen fasyokutan flepler sağ ve soldan defekt üzerine transpoze edilerek rekonstrüksiyonu tamamlanmış oldu. Flep donör sahaları primer kapatılarak plana uygun olarak skar inguinal oluğa yerleştirilmiş oldu. Operasyon sahasına 1 adet hemovac dren yerleştirildi. (Resim-1)

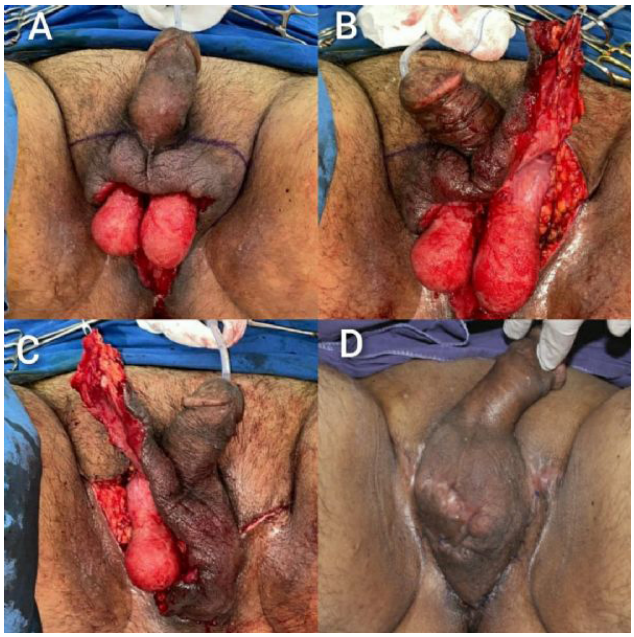
Sonuç: Fournier gangreni sık karşılaşılan cilt altı mikrotrombozlarla lokal nekroza yol açtığı düşünülen perianal ve skrotal bölgenin nekrotizan fasiitidir. Cerrahi debridman sonrası rekonstrüktif cerrahi fonksiyonel ve estetik anlamda en iyi sonucu amaçlar.Mümkünse primer onarım ilk seçenektir.Primer onarımın uygun olmadığı durumlarda greft ve flep seçenekleri düşünülmelidir. Flep seçiminde gerilimsiz onarım uygulamak esastır. Skrotum cildine en yakın onarım yine skrotum cildi ile mümkündür. (2) Bu sebeple lokal fleplerin uygun aksta planlanması ile operasyon süresini kısaltıp fonksiyonel ve estetik anlamda tatmin edici bir sonuç alınabilir.

Kaynakça:

1. Fournier's gangrene: a review of reconstructive options Inês Insua-Pereira, Pedro Costa Ferreira, Sérgio Teixeira, Diogo Barreiro, and Álvaro Silva
2. Ferreira PC, Reis JC, Amarante JM, et al. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. Plast Reconstr Surg. 2007;119:175–184.

Anahtar Kelimeler: fournier gangreni, lokal flep, scrotal defekt

Resim-1



A:Defekt rekonstrüksiyonu için flep planlanması B:Sol fasiyokutan flep elevasyonu C:Sağ fasiyokutan flep elevasyonu D:Postop görüntüsü

P-200

Diyabetik Nöropatili Hastalarda Artan VAK Süngerlerinin Yük Dağıtıcı Olarak Kullanımı

Khaled Zeynalov[1], Burak Özkan[1], Ecem Ortakçı[2], Çağrı A. Uysal[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, Ankara

Giriş: Diyabet, travmatik olmayan alt ekstremite amputasyonunun ana nedenidir. Diyabetli hastaların yaklaşık %34'ünde yaşamları boyunca ayak ülseri gelişir. Ayak ülserleri, diyabetik hastalarda başta periferik nöropati olmak üzere, periferik vasküler hastalık, sınırlı eklem hareketliliği ve ayak deformitesinin bir sonucudur. Vücut Kitle İndeksi (BMI), çekiç parmak ve halluks valgus gibi yapısal ayak deformiteleri ek risk faktörleri arasında yer alır. Diyabetik periferik nöropati insidansı diyabetik hastalarda yaşla birlikte artmaktadır ve otonom, duyusal, motor sinir sistemlerini etkilemektedir. Duyusal sinirlerinde kayıp dokunma ve ağrının koruyucu geribildirim mekanizmasını kesintiye uğramasına neden olur. Motor nöropati, kas innervasyonunda bozulma, kas gücünde azalma ve sınırlı eklem haraketliliğine neden olarak ayak deformitelerinin gelişmesine zemin hazırlar. Bu deformiteler özellikle ön ayakta plantar bölgede ayak basıncının artmasıyla sonuçlanır. eÜlserler en fazla tepe basınç noktasyının en yüksek olduğu ve sınırlı haraket açıklığının olduğu ön ayakta oluşur.

Plantar basıncın azaltılması, yara iyileşmesi ve ülserlerin tekrarlanmasının önlenmesi için önemli bir faktördür. Ayakkabı ve tabanlıklar plantar basıncı azaltmak için kullanılan temel araçlardır. Ayakkabı ve tabanlıklarla ilgili ilk literatür çalışması AMED, Embase, MEDLINE, BNI, CINAHL, the Cochrane Database of Systematic Reviews and PROSPERO, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports gibi kaynaklarda eylül 2016 dan önce yayınlanan araştırmalar kullanılarak yapılmıştır. Bu literatür taraması tabanlık ve ayakkabıların ayak basıncını azalttığı ve ülser gelişmesini önlediği için diyabetik nöropatili hastalarda önermektedir. Fakat, ayakkabı ve tabanlıkların tasarım özellikleri hakkında kapsamlı bir araştırma bulunmamaktadır. Paton ve ark. randomize kontrollü çalışmalarda tabanlıkların etkinliğini sunmuş olup, kullanılan tabanlıkların özellik ve tasarımını karşılaştırmamıştır.

Bu tabanlıklar ve ayakkabılar plantar basınç haritalaması yapılarak hazırlanmaktadır. Fakat bu araçlar yüksek maliyetler gerektirmektedir ve bazı hastalar ekonomik olarak karşılayamamaktadır. Biz, bu bildiride artan VAK süngerlerini kullanarak maliyet etkin bir şekilde diyabetik hastalar için plantar basınç azaltıcı tabanlık hazırlanmasını sunuyoruz.

Yöntem: Amacımız, ekonomik durumu iyi olmayan hastaların karşılayamadığı basınç ayakkabısı benzeri bir basınç dağıtan bariyer sağlamak ve nüksleri engellemekti. Süngerler üzerinde ayağa göre çizimler yapıldı, taban ve plantar bölgeye göre uygun ölçümlerde 2 sünger parçası tasarlandı. Yara yeri topuk, plantar bölge olan hastalardai greft üzerine tatbik edilen VAK süngerinden artanlar, yara yeri steril kapatıldıktan sonra üçüncü kat sargıyla alçı arasına yerleştirildiler. VAK süngerleri stapler yardımıyla birleştirildi. Hazırlanan tabanlık basıncı azaltmak amacıyla VAK pansumanı üzerine ve plantar bölgede yerleştirildi. Sabitleme amacıyla sargı bezi kullanıldı.

Sonuç: Diyabetik hastalarda basınç azaltıcı ayakkabıların ve tabanlıkların yararı kanıtlanmıştır. Bu araçların tasarımı hakkında literatürde sınırlı çalışma bulunmakta olup, kişiye özel bir şekilde hazırlanmaktadır. Maliyeti yüksek olan bu araçlar ülkemizde sosyal güvenlik kurumu tarafından kısmen karşılanmaktadır. Hastane yatışı süresince sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanan VAK tedavi seti bu amaçla kullanılabilir. Artan VAK süngerleri ayak tabanı ve plantar bölgeye uygun olarak tasarlandıktan sonra sargı bezi yardımıyla sabitlenebilir. VAK süngerlerinin basınç azaltıcı elastikiyeti sağlaması, elastikiyetini kaybettiğinde yeni VAK seansında değiştirilebilir olması, artan VAK süngerlerinin amaca uygun kullanılması ve maliyet etkin olması nedeniyle kullanımı hastaya yarar sağlayacaktır

Anahtar Kelimeler: VAK, basınç dağıtıcı ayakkabı, yük dağılımı, nüks, diyabetik ayak

Resim 1

Artan VAK süngerlerinin basıncı dağıtmak için farklı anatomik yara lokalizasyonlarına göre şekillendirilip pansuman üzerine tatbiki

P-201

Siyanoakrilat Yanığı: Pediatrik Vaka Sunumu

Melike Zeynep Sakur, Mehmet Bayram, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Siyanoakrilat Yanığı: Pediatrik Vaka Sunumu

Giriş: Siyanoakrilat hızlı etki eden yapıştırıcılardan metil-2 siyanoakrilat ve etil 2-siyanoakrilatın genel adıdır.(1) Siyanoakrilat hem tıpta, hem günlük hayatta yaygın kullanım alanına sahiptir. Tıpta doku yapıştırıcısı, hemostazis, intestinal anastomoz,fistül onarımı amaçlarıyla kullanılır. Tıp dışında yapıştırıcı ve protez tırnak yapımında kullanılır.

Siyanoakrilat cilde pamuklu kumaş ile beraber temas ettiğinde ekzotermik bir dizi reaksiyon sonrası termal yanığa neden olur. (2)

Bu yazıda siyanoakrilat yanığı nedeniyle kliniğimize başvurmuş ve tedavi edilmiş bir pediatrik vakayı anlatmayı amaçladık.

Vaka: 2 yaşında ek hastalığı olmayan erkek çocuk hastanemiz acil servisine sol plantar ve sağ dizinde 1 hafta önce oluşmuş yanık ile başvurdu. Hastanın yaralanma nedeni sol plantar ve sağ diz bölgelerine evde japon yapıştırıcısı dökülmesi idi. Hasta daha önce dış merkez acil servise başvurmuş ve günlük pansuman ile takip edilmiş. Fizik muayenede sol plantar bölgede 3*5 cmlik ve sağ diz bölgesinde 5*5 cmlik 2. Derece derin yanık alanları tespit ettik.

Hasta 1 hafta daha günlük pansumanla takip edildikten sonra hastaya debridman greft ameliyatı yapıldı. Yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra aileye bası giysisi ve silikon jel önerildi ama aile kullanmayı reddetti.

Tartışma: Siyanoakrilat literatürde çoğunlukla medikal kullanım alanları konusunda yer almaktadır, bu konu hariç siyanoakrilat ilişkili yanık vakalarını da literatürde görmekteyiz. Gördüğümüz bu vakalar genellikle pediatrik popülasyonda japon yapıştırıcısı ile olan yanıklardır(3); erişkin hastalarda ise neden japon yapıştırıcısı veya protez tırnak yapıştırıcısı olabilmektedir.(4)

Siyanoakrilat ile temastan sonra kişi cildini bol sabunlu su ile yıkamalıdır. Yeterli olmazsa ciltten kalıntıları temizlemek için aseton kullanabilir. Temizlemek için asla pamuk kullanılmamalıdır; siyanoakrilat pamuk ile ekzotermik reaksiyona girerek yanık oluşturur. (5)

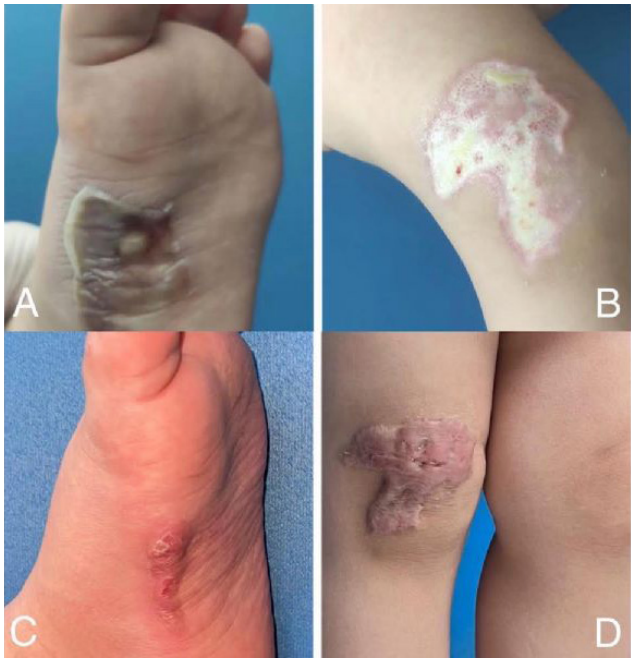
Yanık oluşur ise; yüzeyel yanıklar günlük pansuman ile iyileşebilir.(6) Derin yanıklarda ise debridman ile greft veya flep seçenekleri düşünülebilir. (7,8)

Referanslar:

1. Fink JK. Reactive Polymers: fundamentals and applications: A concise guide to industrial polymers. Montanununiversität Leoben, Austria: William Andrew; 2017.
2. Tang CL, Larkin G, Kumiponjera D, Rao GS. Vanity burns: an unusual case of chemical burn caused by nail glue. Burns 2006;32:776–7.
3. Jamnadas-Khoda B, Khan MAA, Thomas GPL, Ghosh SJ. Histoacryl glue: a burning issue. Burns 2011;37:e1–3.
4. Belanger RE, Marcotte ME, Begin F. Burns and beauty nails. Paediatr Child Health 2013;18(3):125-6
5. Clarke TF. Cyanoacrylate glue burn in a child – Lessons to be learned. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2011;64:e170-3.
6. Sharma VP, Soueid A, Khanna A, Rashid A, Jeffery SL. The solution to pollution may not be dilution: A paediatric burn from accidental fingernail glue spillage. Trauma 2013;15:76-80.
7. Coles C, Javed MU, Hemington Gorse S, Nguyen D. Paediatric burns secondary to nail adhesives: A case series. Burns Trauma 2016;4:17.
8. Arnaout A, Cubitt J, Nguyen D. Beware flammable fingernails. Case: Synthetic fingernails result in full thickness burn and terminalisation. Ann Burns Fire Disasters 2016;29:144-5.

Anahtar Kelimeler: debridman, greft, siyanoakrilat, yanık, yapıştırıcı

Şekil 1



A. Siyanoakrilat yanığı 7. gün görüntüsü sol plantar bölge B. Siyanoakrilat yanığı 7. gün görüntüsü sağ diz C. Debridman greft sonrası postop 4. ay sol plantar bölge D. Debridman greft sonrası postop 4. ay sağ diz

P-203

Koter Temizleyici Ve Aspiratör Kullanılarak Kolay ve Pratik Bir Debritman Yöntemi

Abdullah Kızmaz, Burak Özkan, Abbas Albayati, Çağrı A. Uysal

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

Giriş: Debridman, yaradan yabancı madde ve ölü veya hasarlı doku ve kalıntılar çıkarılmasıdır. Debridman, çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilebilir: Debridmanı; cerrahi, biylojik (larva), otolitik,mekanik kimyasal ve enzimatik olarak sınıflandırabiliriz. Cerrahi teknikler kullanılarak tüm cansız dokuların eksziyonunun makas ve bisturi kullanılarak sağlanabilir. Bu yöntemin dezavantajları klinisyen eğitimi ve becerisi gerekmektedir. Bu çalışmada, özellikle yanık hastalarında greftleme öncesinde alıcı alanın hazırlanmasında kullandığımız, ameliyathanede bulunması kolay,pratik ve ucuz olan koter temizleyicisi ve aspiratörün birlikte kullanımı tarif edilmiştir.

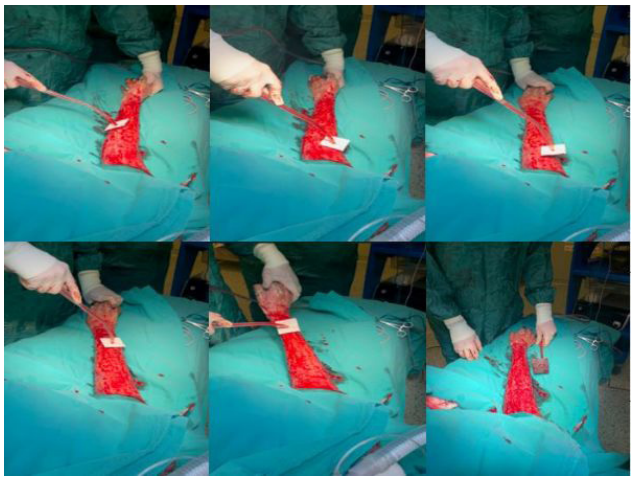
Yöntem: Koter temizleyici, pürtüklü yüzeyi ile yara yerine tatbik edildiğinde debridman sağlayan zımpara kâğıdına benzeyen bir üründür. Bir adet koter temizleyicisinin ortasına aspiratör ucu girecek şeklinde bir delik açılıp aspiratör ucu yerleştirilir. Oluşturulan araç yara yüzeyine kaudal ve kranyel eksende basınçla hareket ettirilerek yara zeminin düzleşmesi, ölü dokuların debridmanı sağlanır. Aspiratör yardımıyla ise eş zamanlı kanama, debride edilen nekrotik dokular cerrahi sahadan uzaklaştırılmış olur.

Tartışma ve Sonuç: Debridman yara iyileşmesinin provake edilmesi, inflamatuvar fazın kısaltılması ile yara

iyileşmesinin hızlanmasını sağlayan önemli bir cerrahi yöntemdir. Debridman enzimatik ve mekanik olarak yapılmaktadır. Yüksek teknolojik ultrason yardımlı, serum yardımlı debridman yöntemleri faydalı olmasının yanında pahalı ve temini zordur. Yüksek teknoloji kullanmadan makas ve bistüri yardımlı debridmanda sağkalan vital yapılara zarar vermemek, tecrübe gerektirmektedir. Yüksek teknoloji, tecrübe gereksinimi olmadan mekanik ve cerrahi olrak debrdiman için literatürde bulaşık teli, zımpara kağıdı benzer amaçlarla kullanılmıştır. Bu ürünler kolay bulunması ucuz olması yanında, kolayca steril edilebilmesi nedeniyle ekonomik ve pratiktir. Koter temizleyici, pürtüklü yüzeyi ile yara yerine tatbik edildiğinde debridman sağlayan zımpara kağıdına benzeyen bir üründür.. Bu metodu uygulamak hem ucuz hemde pratik olmasının yanında klinisyen deneyimi ve becerisine az ihtiyaç duyulması gibi avantajlara sahiptir. Sonuç olarak, koter temizleyicinin aspiratörle komibe şekilde kullanılmasının, özellikle kaviter olmayan yaralarda, yanık hastalarında greftleme öncesi alıcı sahanın hazırlanmasında oldukça faydalı olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Debridman, Mekanik debridman, Koter temizleyici, Aspiratör

Resim 1



Koter temizleyici ortasına yerleştirilen aspiratör yara üzerinde hareketi sağlar ve debridman materyalinin uzaklaştırılmasına imkan tanır.