37. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği Ulusal Kurultayı

4-7 Kasım 2015
Sheraton Kongre Merkezi
ANKARA

www.plastikcerrahikurultayi.org

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

37. Ulusal Kurultayı

Bildiri Kitabı

UZMAN BİLDİRİ YARIŞMASI

DENEYSEL 1

Yağ Dokusu Hücredışı Matriksi Ve İpek Fibroininden Adipoz Doku Öncülü Geliştirilmesi

Andaç Aykan[1], Alişan Kayabölen[2], Fatih Zor[1], Yıldırım Karslıoğlu[3], Dilek Keskin[2], Ayşen Tezcaner[2]
[1] Gata Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ad/Ankara
[2] Odtü Biyomühendislik Bilimleri /Ankara
[3] Gata Patoloji Ad/Ankara

Bu çalışmada, doğal yağ dokusuna benzer mekanik özellikte, hücre canlılığı, çoğalması ve farklılaşmasını destekleyen, canlı vücudunda vaskülarize olabilen biyo-uyumlu bir adipoz doku öncülü geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma in vitro ve in vivo olmak üzere 2 kısımdan oluşacak şekilde planlandı. Geliştirilen Adipoz Doku Öncülü, Desellülarize Hidrojel Matriks (DHM) ve rat adipoz doku kökenli kök hücre-AKKH, kök hücrelerden farklılaştırılmış adipojenik ve endotelyal hücrelerden oluşmaktaydı. DHM, desellülerize edilmiş insan kaynaklı adipoz doku taşıyıcısı (DAT) ve ipek fibroininden üretildi. DAT ve Fibroin 3 farklı oranda (DAT:Fib; 3:1, 1:1, 1:3) karıştırılarak jelleştirildi ve 3 farklı DHM grubu oluşturuldu. DHM'ler in vitro koşullarda biyomekanik ve bozunma testleri, hücre yaşayabilirliği ve proliferasyon testleri ile değerlendirildi.
In vivo deneylerde, DHM ve Adipoz Doku Öncülünün canlı üzerinde biyo-uyumluluğu, sağkalımı ve vaskülarizasyon durumu araştırıldı. Çalışmaya 24 adet rat dahil edildi. Deney hayvanları 2 gruba ayrıldı. Grup 1 deneklerin sırtlarında cilt altı planda hazırlanan ceplere DHM konulurken, Grup 2 deneklerde Adipoz Doku Öncülü uygulandı. Postoperatif 7. ve 21.günlerde örnekler çevre doku ile birlikte eksize edildi ve histopatolojik olarak incelendi.
1:3 DAT:Fib oranında hazırlanan DHM'lerin Stres-Strain ve Young modülüs değerlerinin diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilirken bozunma testlerinde daha az ağırlık kaybettikleri bulundu ($p<0,05$). DHM'ler üzerlerine yapılan AKKH ekimleri sonrası diğer gruplar ile karşılaştırıldığında 1:3 DAT:Fib oranında hazırlanan DHM'lerde rölatif yaşayabilirlik oranının istatiksel olarak fazla olduğu tespit edildi *($p<0.01$).* DHM'ler üzerine yapılan adipojenik ve endotelyal yönde farklılaştırılmaya başlanmış hücre ekimleri sonrası diğer gruplar ile karşılaştırıldığında, 1:3 DAT:Fib oranında hazırlanan DHM'lerde, farklılaşmanın daha fazla olduğu tespit edildi.
Grup 1 deney hayvanlarından 7. ve 21.günlerde alınan histopatolojik inceleme sonuçlarında DHM'ye karşı yabancı cisim reaksiyonuna benzer şekilde, aşırı olmayan bir immün yanıtın oluştuğu gözlenirken, taşıyıcının konakçı doku tarafından vaskülarize edildiği tespit edildi. Grup 2 deney hayvanlarında ise 7.günden itibaren santralden başlayan neo-vaskülarizasyon ile birlikte gelişen adipoz doku adaları gözlendi.
Bu çalışma ile geliştirilen adipoz doku öncülü, elde edilen bulgular eşliğinde, günümüz doku mühendisliğinde sorun teşkil eden temel sorunlara çözüm sunacak niteliktedir.

DENEYSEL 2

Üretra Rekonstrüksiyonunda Fibrovasküler Tüp Kullanımı

Abdül Kerim Yapıcı[1], Sami Uğuz[2], Sebahattin Sarı[3], Yıldırım Karslıoğlu[4], Ahmet Güven[5], Serdar Öztürk[1]
[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Etlik/Ankara
[2] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji AD., Etlik/Ankara
[3] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji AD., Etlik/Ankara
[4] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji AD., Etlik/Ankara
[5] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çocuk Cerrahisi AD., Etlik/Ankara

Total veya parsiyel penis rekonstrüksiyonu, hipospadias cerrahisi ve üretra darlıklarının cerrahi tedavisinde neoüretra oluşturulması amacı ile değişik yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada neoüretra oluşturulmasında silikon tüp etrafında oluşan fibrovasküler kılıfın kullanılması araştırılmıştır.
Çalışmada 9 erkek Yeni Zelanda tavşanı kullanıldı. İlk seansta karın bölgesinde cilt altına konan silikon tüp etrafında fibrovasküler kılıf oluşması sağlandı. İkinci seansta tüp çıkarılarak oluşan kılıf penil üretra ile anastomoz edilerek içerisinden ucu kesilmiş 8 f silikon foley sonda geçirildi. İkinci seans sonrası 10. günde foley sonda çekildi, 20. günde üretrografi ile oluşturulan üretra değerlendirildi ve 30. günde hayvanlar sakrifiye edilerek histopatolojik inceleme amaçlı örnekler alındı.
Çalışmayı 6 hayvan tamamladı. Birinci operasyondan sonra 3. ayda silikon tüp etrafında fibrovasküler kılıf oluştuğu görüldü. Fibrovasküler kılıf ile üretra anastomoz edilmesi sonrası foley sonda çekildikten sonra idrarın neoüretra meatusundan geldiği görüldü. Üreterosistografide neoüretra ile penil üretranın aynı kalibrasyonda olduğu ve idrar akışının tabii olduğu görüldü. Histopatolojik değerlendirmede oluşturulan yeni üretranın doğal üretra yapısına benzer olduğu, kalibrasyonunun zaman içerisinde değişmediği ancak üroepitel ile kaplanmadığı izlendi.
Bu çalışmada, silikon tüp etrafında oluşturulan fibrovasküler kılıfın neoüretra olarak kullanılabileceği konusunda oldukça umut verici sonuçlar elde edilmiştir.

KLİNİK 1

Modifiye Rektorektosigmoid Kolon ile Vajina Rekonstrüksiyonu

Gamze Bektaş[1], Özlenen Özkan[2], Anı Cinpolat[1], Cumhur Arıcı[3], Alihan Gürkan[4], Kemal Dolay[4], Utku Doğan[5], Harun Şimşek[1], Seçkin Aydın Savaş[2], Kerim Ünal[2], Ömer Özkan[2]
[1] Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Serbest Hekim, Antalya
[2] Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya
[3] Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya
[4] Genel Cerrahi Serbest hekim, Antalya
[5] Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Vajina rekonstrüksiyonu için tanımlanan bir çok teknik içinde, barsak ile yapılan vajina rekonstrüksiyonları, fonksiyonel ve estetik sonuçlarının üstünlüğü sebebiyle, kompleks bir cerrahi prosedür gerektirmelerine rağmen oldukça populer hale gelmişlerdir. Bu çalışmamızda biz sekresyonu azaltmak amacıyla iskemide tutulmuş ve defekasyon problemlerinin önlenmesi amacıyla denerve hale getirilmiş, modifiye rektosigmoid kolon ile yapılan vajina rekonstruksiyonu olgularımızı sunduk.

Yöntem ve Gereçler: Haziran 2011 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında yaşları 17 ile 48 arasında değişen (ortalama 29,5) 45 hastaya modifiye rektosigmoid kolon ile vajina rekonstrüksiyonu uygulandı. 36 hasta Mayer Rokitansky Kuster Hauser sendromu, 9 hasta ise erkekten kadına cinsiyet degişimi yapılmış ama yeterince vajina derinligi sağlanamamış olgulardı. Ortalama 18-20 cm arası rektorektosigmoid kolon vasküler pedikülü üzerinden kaldırıldı, pediküle vasküler klemp yerleştirilip 1 yada 2 saat süre ile iskemide bırakıldı. Ardından pedikül içindeki tüm sinir yapıları eksize edildi ve hazırlanan rektorektosigmoid flep oluşturulan yeni vajina poşuna transfer edildi.

Bulgular: Takip süresi 2 ay ile 60 ay arasındaydı.(Ortalama 35,2 ay). Bir hastada rektosigmoid flep distalinde nekroz gelişti ve lokal deri flebi ile rekonstrükte edildi. İki hastada cilt insizyonu altında hematom gelişti ve drenaj ve konservatif tedavi ile geriledi. Bütün hastalarda iyi bir estetik sonuç saptandı. Hiçbir hastada aşırı muköz salgı, kolit yada tenesmus gözlenmedi. 13 hastada seksüel fonksiyon Kadın Seksuel Fonksiyonel Indeks (Female Sexual Function Index) ile değerlendirildi ve tüm hastalarda seksüel fonksiyon normal olarak saptandı. (FSFI skoru ≥ 25).

Sonuç: Denerve ve iskemide tutulmuş rektorektosigmoid kolon ile vajina rekonstrüksiyonu ile rektosigmoid kolonun dezavantajlarından bazıları elimine edilmiş olup vajina rekonstrüksiyonunda bir adım daha ilerleme sağlanmıştır.

KLİNİK 2

Syanoakrilat Doku Yapıştırıcı İle Tespit Edilen Kıkırdak veya Kemik Greftleri İle Septal Deviasyon Onarımı

İrfan Özyazgan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Septal veya septonazal deviasyon nedeniyle ameliyat edilerek, eğik ve/veya kırık septal kıkırdağın düzeltilmesi veya rekonstrüksiyonu için greft kullanılan 78 hastada, bu greftlerin septal kıkırdağa tespit edilmesinde syanoakrilat esaslı doku yapıştırıcı kullanıldı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında: 1)Nazal Obstruksiyon Semptomları Değerlendirme (NOSE) puanları, 2)Görsel Analog Puanlama (VAS) kullanılarak postoperatif nazal solunumla ilgili memnuniyetleri ve, 3)bilgisayarlı tomografi görüntüleri değerlendirildi.
Ortalama 29 ay takip edilen hastaların 4'ü dışında hepsinde septal deviasyona bağlı solunumla ilgili sıkıntılarda iyileşme gözlendi. Klinik ve radyolojik olarak düzeltilmiş septumun yeni formunu koruduğu izlendi ve bilgisayarlı tomografide kemik greftlerinin kalıcı oldukları görüldü. NOSE değerleri ameliyat öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düzeldi.
Eğik septal kıkırdağın düzeltilmesinde kemik veya kıkırdak greftlerinin kullanımının tercih edildiği durumlarda greftlerin syanoakrilat doku yapıştırıcı ile tespit edilmesi, hızlı, anında kendini gösteren ve sonuç veren, etkili, güvenli bir yöntemdir. Greft alt yüzeyinin tamamının septal kıkırdağa temas etmesini sağlayan syanoakrilat, bu özelliği ile geftin düzeltici kuvvetlerinin tamamının septal kıkırdağa aktarılmasını sağlayarak ek fayda da sağlamaktadır.

PROJE YARIŞMASI

BİRİNCİ PROJE

Endoskopik Yöntemle ve Minimal Insizyonla Yapılan Brakiyal Pleksus Eksplorasyonu ve Subskapular ve Anterior Serbestleme: Anatomisi Insana Yakın Olan Bir Türün Deneysel Modeli

Atakan Aydın, Emre Hocaoğlu, Hayri Ömer Berköz, Yunus Doğan, Erol Kozanoğlu, Fethi Sarper Mete, Serhat Atalay Eviş, Cengizhan Ekizceli, Gökhan Semerci, Taha Sönmez, Mehmet Gencer, Serhat Dündar
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Obstetrik brakiyal pleksus paralizisi (OBPP) 1000 canlı doğumda 1 ila 3 sıklığında görülmektedir. Hastaların yüzde 70 ila 92›si kendiliğinden iyileşirken geri kalan kısmı erken sinir cerrahisi ve geç rekonstrüktif cerrahi gerektirir. Hasta 6 ila 12 aylıkken yapılan primer brakiyal pleksus eksplorasyonu, sinir greftlemesi ve nörotizasyonun üst ekstremite işlevlerine katkısı literatürde tanımlanmıştır. Öte yandan, yine aynı yaş aralığındaki hastalarda glenohumeral eklem displazisi eğilimi görülürse yapılacak olan subskapular ve anterior serbestlemeler de hastanın omuz işlevlerini bariz şekilde iyileştirir. Altı ay ila bir yaş arasındaki çocuklarda bu girişimleri yapmak yüksek tecrübe ve beceri gerektirir. Bu çalışmadaki amacımız, brakiyal pleksus ve omuz kavşak anatomisi insana en yakın olan türlerden biri olan domuzlarda bir deneysel model oluşturmaktır. Bu model sayesinde, brakiyal pleksus cerrahisi hasta üzerinde değil de laboratuvarda, minimal invazif yöntem ile geliştirilecektir. Ayrıca açık ve endoskopik eksplorasyonun yöntemsel farkları da ortaya konacaktır. Gereç-Yöntem: Çalışma için kurumumuzun yerel etik kurulundan onan alınmıştır ve araştırıcıların deney hayvanları üzerinde çalışma sertifikası vardır. Araştırıcıların bu çalışmadan hiçbir beyanı yoktur. Çalışmaya on adet domuz dahil edilecektir. Domuzlar 10 - 25 kilogram aralığında olacaktır. Domuzlara, 20 mg/kg Ketamin ve 2 mg/kg Xylazin ile genel anestezi verilecek ve endotrakeal entübasyon yapılacaktır. Domuzlardan beşi posterior yaklaşımla brakiyal pleksus eksplorasyon ve subskapular serbestleme grubu (Grup 1) olarak ayrılırken diğer beşi ise anterior yaklaşımla brakiyal pleksus eksplorasyonu ve anterior serbestleme grubu (Grup 2) olarak ayrılacaktır. Grup 1 lateral dekübit konumda yatırılırken Grup 2›ye supin konum uygulanacaktır. Her iki grupta da sol brakiyal pleksusa endoskopik yöntemle yaklaşılırken sağ brakiyal pleksus açık yöntemle eksplore edilecektir. Grup 1›de sol taraflı endoskopik portlar sternokleidomastoid kas ile klavikula bileşkesinden yerleştirilirken subskapular kasa ulaşacak portlar skapulanın medial köşesinden yerleştirilecektir. Grup 1'de sağ pleksusa ulaşmak için sternokleidomastoid kas arka kenarından başlayan insizyon klavikula boyunca devam edecek ve subskapular kas için ise skapulanın medial kenarından vertikal insizyon yapılacaktır. Grup 2›de sol taraflı endoskopik portlar sternokleidomastoid kas ile klavikula bileşkesinden yerleştirilirken anterior serbestleme için olan portlar klavikula ve pektoral kas arasından yerleştirilecektir. Grup 2›de sağ pleksusa ulaşmak için sternokleidomastoid kas arka kenarından başlayan insizyon klavikula boyunca devam edecek ve anterior serbestleme için ise klavikula alt kenarından başlayan insizyon ön aksiller çizgiye uzatılacaktır. Her domuz üzerinde iki cerrah çalışacak ve açık yöntem sonrasında karşı tarafa geçip endoskopik yöntem uygulanacaktır. Her işlemin süresi kayıt edilecek ve cerrahlara açık ve kapalı yöntemdeki zorlukları karşılaştıran bir form doldurtulacaktır. Çalışmanın sonunda domuzlar sakrifiye edilecektir. Bulgular: Ameliyat sırasında her iki gruptaki hem açık hem de endoskopik eksplorasyonların fotoğrafları elde edilecektir ve bunlar insan anatomisi ile karşılaştırılacaktır. Böylece, domuz pleksus anatomisinin insana çok yakın olduğu teyit edilecektir. Endoskopik yöntemin ameliyat süresinin daha uzun olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, Grup 1›deki brakiyal pleksus eksplorasyonlarının Grup 2›den daha uzun süreceği öngörülmektedir. Tartışma: Günümüzde, OBPP›nin primer sinir cerrahisi ve erken serbestleme cerrahisi artan sıklıkla yapılmaktadır. Fakat bu ameliyatların endoskopik olarak yapılması hem skarı azaltacak hem de cerrahın atravmatik disseksiyon yapmasını sağlayacaktır. Endoskopik yöntemin açık yönteme kıyasla daha uzun zaman alması beceri eksikliğindendir. Deneysel model üzerinde çalışan cerrahlar bilgi ve becerilerini arttırdıkça OBPP hastaları endoskopik yöntemle ve minimal invazif yöntemle tedavi olabilecektir. Sonuç: Endoskopik brakiyal pleksus ve omuz kavşağı eksplorasyonu bir yaş ve altı çocuklar üzerinde uygulanmadan önce insana anatomik olarak yakın bir model üzerinde yapılmalıdır. Domuz deneysel modeli, periferik sinir mikrocerrahisinde yeni ufuklar açmaya adaydır.

İKİNCİ PROJE

Farklı Sıvı Tedavi Yöntemlerinin Yanık Sonrası Oluşan Kompartıman Sendromu ve Kas Apoptozu Üzerine Olan Etkisinin Araştırılması

Sinan Öztürk[1], Cihan Şahin[1], Ceyhun Cesur[1], Arzu Taş Çaputçu[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi, Istanbul
[2]Tübitak Marmara Araştırma Merkezi Gen Mühendisliği ve Biyoteknoloji Enstitüsü, Istanbul

Giriş: Yanıklar, özellikle ekstremiteyi çevresel saran 3. derece yanık üzerindeki eskarın sıkıştırıcı etkisi nedeniyle,interkompartmental basınçta (IKB) artışa yol açar.(1) Ayrıca yanık sonrası meydana gelen doku ödemi de IKB artışına katkı sağlayarak kompartıman sendromuna neden olabilir.IKB artışına maruz kalan kas ve sinir yapılarının geri dönüşsüz hasarını önlemek için kompartıman hacmini sınırlayan eskar dokusunun ve gerekirse kas üzerindeki fasyanın kesilerek kompartıman içerisindeki kas ve diğer yumuşak dokuların üzerindeki basınç azaltılmalıdır. Eskarotomi ve fasyatomi hastane şartları ve cerrahi tecrübe gerektiren işlemlerdir.(2) Özellikle büyük yanık yüzdeli hastaların, yanık ünitesi veya yanık merkezi gibi özelleşmiş sağlık birimlerine nakli uzun sürebilmekte ve bu süre içerisinde kompartıman içerisindeki yumuşak dokularda,özellikle kaslarda olmak üzere doku kayıpları meydana gelmektedir.Yanık hastalarında uzun yıllardır uygulanan ve geniş kabul görmüş farklı sıvı tedavi şekilleri mevcuttur.(3) Bu tedavi şekillerinin yanık hastalarının tedavisinde ne denli başarılı olduğu günümüzde sorgulanmaya başlamıştır.(4) Bu nedenle son yıllarda yanık hastalarının farklı ihtiyaçları (yanık şokunun azaltılması, inflamatuvar cevabın baskılanması, kompartıman sendromu riski vs.) için farklı sıvı tedavi protokolleri önerilmeye başlanmıştır. Bu tedavilerden birisi de hipertonik salin tedavisidir.Bu çalışma ile deneysel olarak oluşturulacak yanık sonrası ekstremite kompartıman modelinde iki farklı resüssitasyon sıvısının (hipertonik salin /ringer laktat) kompartıman sendromuna etkisinin araştırılması amaçlandı. Materyal-Metod: 30-40kg ağırlığındaki 9 adet sağlıklı Yorkshire cinsi domuz rastgele 3 ayrı eşit gruba (Hipertonik salin/ Ringer Laktat/ Kontrol) ayrılacaktır. Çalışma, Medtronic canlı hayvan laboratuvarı etik kurulunun onayı sonrası gerçekleştirilecektir. Çalışmamızda Krieger ve arkadaşlarının daha önce tarif ettiği (Burn-Induced Compartment Syndrome) yanık modeli modifiye edilerek kullanılacaktır.(5) Kelepçe tipi rezistans (Resim 1) ile tüm gruplardaki hayvanların birer adet ön ve arka bacaklarında çevresel tam kat yanık oluşturulacaktır.Her hayvanın birer ön ve arka bacağı kendi içinde kontrol grubu olacak şekilde sağlam bırakılacaktır. Çevresel tam kat ekstremite yanık modeline ek olarak, majör yanık modeli oluşturmak için domuz sırt bölgesine vücut yüzey alanının %20 genişliğinde rezistanslı ısı plakası 150sn boyunca tutulacaktır.Yanık modeli oluşturulduktan sonra, grup 1 ve 2 deki hayvanlara (hipertonik salin ve ringer laktat grubu) yanık sonrası 1. saatten itibaren sıvı tedavisine başlanacak. Sıvı miktarı parkland formülüne uygun olarak 4 ml x kg x yanık yüzdesi olarak hesaplanacak. Elde edilen miktarın yarısı (1200-1600ml) ilk 8 saat için planlanarak saatlik infüzyon miktarı (150-200ml) belirlenecek.Kontrol grubu(grup 3) hayvanlarda herhangi bir sıvı replasmanı yapılmayacak.Yanık sonrası oluşan eskar dokusuna komşu sağlıklı deriden intrakompartmental basınç monitörünün(stryker corp) katateri yerleştirilerek Tibialis anterior kasına kadar uzatılacak 0.,1.,2.,3.,4.,5. ve 6 saatlerin sonunda kompartıman basıncı ölçülecektir. Basınç ölçme işlemi sağlam bırakılan ekstremitelerde de aynı şekilde ve belirtilen saatlerde ölçülecektir. (Şekil 1) Kontrol ve deney gruplarında bulunan hayvanların, sirküler yanık modeli oluşturulan ve oluşturulmayan bacaklarındaki tibialis anterior kasından ayrı ayrı kas örnekleri (3x 3x 3 cm) alınacak ve çalışma sonunda tüm domuzlar uygun görülen yöntem ile sakrifiye edilecektir. Benoit ve ark. tarafından tariflenen yöntem ile histopatolojik skorlama yapılacak.(6) Her bir kesitten 3 farklı alanda(toplam 108 alan) inceleme yapılarak histopatolojik skorlama yapılacak. Analiz için kesitler 0'dan 3'e kadar skorlanacaktır. 0: hiç hasar olmayan,1:nadir gözlenen hasar için 2:orta derecede gözlenen hasar için ve 3:kas dokusunun genelinde görülen hasar için kullanılacaktır. Parafinize kas doku kesitlerine apoptoz tespiti amacıyla TUNEL metodu (ApopTag Plus Peroxidase In- Situ Apoptosis Detection Kit (S7101-KIT, Millipore), kit içerisinde önerilen işlem protokolü uygulanacak.Tüm kesitlerde 3 farklı alanda (toplam 36 kesit-108 alan) apoptotik hücre sayısı sayılacak ve apoptotik indeks belirlenecek. kompartman basınçları deney grupları ve kontrol gruplarında SPSS 21.0 paket programında t-test ile değerlendirilecek. Histolojik skorlama sonuçları ×2 test ile değerlendirilecek ve p <=0.05 olduğu testler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek. Apoptoz dececesinin belirlenmesinde ANOVA (analysis of variance) testi kulanılacak ve İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,001 olarak alınacak.

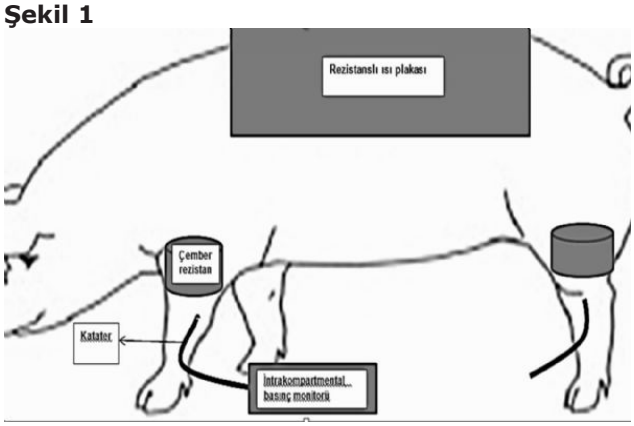
Sonuçlar: Çalışma sonucunda değerlendirilecek

Tartışma: Tam çevresel derin yanık durumunda deri elastikiyetini kaybeder ve oluşan eskar dokusunun basısıyla ekstremitelerde kompartıman basınçları yükselir. Eskaratomi tek başına yeterli olmadığı durumlarda fasyatomi de yapılarak kompartıman basınçları düşürülmelidir. Kalıcı kas hasarlarından kaçınmak için 6 saatlik süre eşik süre olarak kabul görmektedir. Eskaratomi ve fasyotomi cerrahi tecrübe gerektiren ve anestezi altında uygulanan girişimlerdir. Bu tür girişimleri yapabilecek merkez sayısı ülkemizde büyükşehirlerde dahi çok fazla değildir. Bu sebeple yanık yüzdesi fazla derin yanıklı hastaların bu merkezlere ulaştırılması belirli süreler almaktadır. Hastaların bu nakil süreci boyunca sıvı açıklarının giderilmesi için sıklıkla tercih edilen sıvı türü Ringer laktattır. Bununla birlikte son yıllarda hipertonik salinin derin yanıklı hastalarda oksidatif stresi azalttığını gösteren yayınlar mevcuttur. Oksidatif stres, reaktif oksijen radikallerinin üretiminin doğal antioksidan savunmayı aştığı durum olarak tanımlanabilir. Oksidatif stres, dokularda birçok hücresel molekülleri okside edip hücrelerde fonksiyon bozukluğu ve ölüme neden olur. Oksidatif stresin devam etmesi sonucu lipidler, proteinler ve DNA moleküler yapıları zarar görür. Apoptoz, hücre dışı(hormonlar, büyüme faktörleri) veya hücre içi(iyonize radyasyon, viral infeksiyon, oksidatif stres) uyarıcılar ile hücrenin genler tarafından düzenlenen programlı ölüm süreci olarak tanımlanabilir. Birçok farklı apoptoz değerlendirme yöntemi tarif edilmiş olup günümüzde sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisi de TUNEL yöntemidir. TUNEL yöntemi, apoptoz sonucu parçalanmış DNA'nın 3-OH ucuna deoksinükleotidil transferazın (TdT) spesifik olarak bağlanması prensibine dayanır. Bu yöntemle apoptoza uğrayan hücrelerin normal hücrelere oranı: apoptotik indeks=AI belirlenir. Bu çalışma ile deneysel olarak oluşturulmuş ekstremite kompartıman sendromlu majör yanıklı domuzlarda, yanık sonrası erken dönemde sıvı replasmanı için verilen iki farklı sıvı türünün kompartman basınçlarına ve kas apoptozuna

etkisi karşılaştırılacak. Bu çalışma sonucu elde edilecek veriler mevcut ulusal ve uluslararası literatür bilgisine, yanık tedavisi, kompartıman sendromu, oksidatif stres ve apoptoz konularında olumlu katkılar sağlayacaktır.

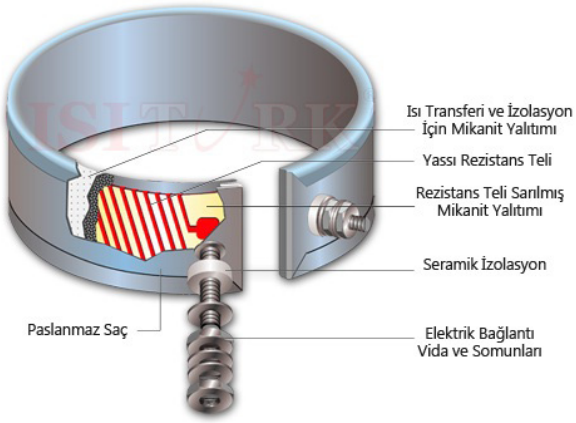
1.McQueen MM, Gaston P, Court-Brown CM. Acute compartment syndrome. Who is at risk? J Bone Joint Surg Br. 2000 Mar;82(2):200-3
2.Orgill DP, Piccolo N. Escharotomy and decompressive therapies in burns. J Burn Care Res. 2009 Sep-Oct;30(5):759-68
3.Haberal M, Sakallioglu Abali AE, Karakayali H. Fluid management in major burn injuries. Indian J Plast Surg. 2010 Sep;43(Suppl):S29-36
4.Blumetti J, Hunt JL, Arnoldo BD, Parks JK, Purdue GF. The Parkland formula under fire: is the criticism justified? J Burn Care Res. 2008 Jan-Feb;29(1):180-6
5.Krieger Y, Rosenberg L, Lapid O, Glesinger R, Bogdanov-Berezovsky A, Silberstein E, Sagi A, Judkins K. Escharotomy using an enzymatic debridement agent for treating experimental burn-induced compartment syndrome in an animal model. J Trauma. 2005 Jun;58(6):1259-64.
6.Benoit PW, Yagiela A, Fort NF. Pharmacologic correlation between local anesthetic-induced myotoxicity and disturbances of intracellular calcium distribution. Toxicol Appl Pharmacol. 1980 Feb;52(2):187-98

Şekil 1



Yanık kaynaklı kompartıman sendromu modeli ve majör yanık modelinin oluşturulması ve intrakomparmental basıncın ölçülmesi

Resim 1



Çember rezistans((Isıtürk rezistans imalat san.tic.a.ş tarafından yapılacaktır)

ASİSTAN BİLDİRİ YARIŞMASI

DENEYSEL

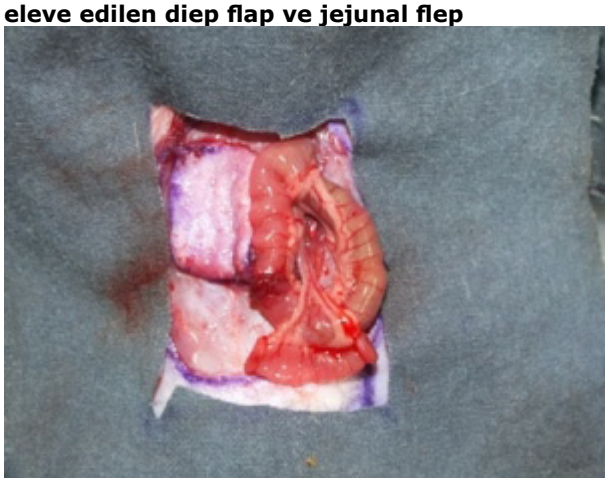
Kompozit Jejunum/DİEP Flep: Rat Modelinde Viserokutanoz Flep Prefabrikasyonu

Dicle Yasar Aksöyler[1], Ömer Ekin[1], Ozan Bitik[1], Ali Aliyev[1], Samir Abdullahzade[2], Ali Emre Aksu[1]
[1]Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Patoloji ABD, Ankara

Geçirilmiş multipl cerrahilere, radyoterapiye ve hastaların eşlik eden ek medikal hastalıklarına sekonder olarak farinks - özefagus rekonstruksiyonu sonrasında gelişen yumuşak doku defektleri rekonstruktif mikrocerrahinin zorlayıcı basamaklarından birini oluşturmaktadır. Erken dönem rekonstruksiyonunda pectoralis major, deltopectoral flep ve gastrik pull up prosedurleri uygulanmaktadır. Son yıllarda serbest flep prosedurleri önem kazanmıştır. Sirkumferensiyal defektler tubularize ALT veya Radial önkol flebi yada serbest jejnum flebi ile onarılmaktadır. Çoğu zaman tubular yapı desteği için ek olarak sekonder bir flep ile kontur restorasyonu veya radyoterapiye sekonder gelişebilecek lüminal striktür ve fistül formasyonunu önlemek için kullanılır. Flep prefabrikasyonu eş zamanlı olarak farklı yapıda dokuların transferini olası kılar. Jejunal flep prefabrikasyonu ilk kez Rand ve Jurkiewicz tarafından pediküllü omental flep modelinde denenmiştir. Bien-Keem Tan tarafından prefabrike edilmiş barsak segmentinin prelaminasyonu yapılmış ve rectus abdominis myokutanoz flebine transferi gerçekleşmiştir. Çalışmamızda DİEP flebini jejunal segmentten revaskularizasyonunu sağlayarak intestinal kutanoz kompozit mezenter arter bazlı prelamine edilmiş bir doku modeli oluşturduk.
28 Sprague Dawley ratından rectangular 2x3cm 2 perforator zemininde abdominal flep eleve edildi ve 2 cm uzunluğunda jejunal flep mezenter pedikülü kaldırılıp izole edilerek ekstraperitoneal alana taşındı. Geride kalan barsak segmentleri 8.0 nylon suturlerle onarılıp abdomınal kaviteye yerleştirildi. Izole edilen jejunal segment 2 abdominal perforator arasına DIEP flebinin subkutan yüzeyine 6.0 vicryl suturlerle inset edildi. Jejunal segment ile abdominal fasya arasına 2.5x0.5 cm silikon sheet koyularak abdomene jejunal segmentin teması engellendi. Abdomen fasyası ve cildi onarılarak abdominal herni riski azaltıldı. Custom made pansuman ile otocannibalism engellendi. Post op 1. gün ratlara rejim 1 diyet 2. günden itibaren standart diyet verildi. Post operatif dönemde oral antibiyotik ve analjezik de verildi. Hayvanlar pedikül ayrılması zamanına göre 5 gruba ayrıldı. 1. grupta DIEP pedikülü postop 2. gün, 2. grupta DIEP pedikülü postop 3. gün, 3. grupta DIEP pedikülü postop 4.gün, 4. grupta DIEP pedikülü postop 5. gün, 5.grupta DIEP pedikülü postop 6. gün bağlanarak ayrıldı. Cilt flebi intestinal doku yaşamsallığı ve gelişen neovaskularizasyon makroskopik, histolojik ve mikroanjiografik analizlere değerlendirildi. 1.grupta cilt fleplerinde total nekroz gelişti. 2. grupta %10 oranında cilt flebinde yaşamsallık ve 3. gruptaki cilt fleplerinde ise %33.8 yaşamsallık istatiksel olarak değerlendirildi. 4. grupta flep yaşamsallığı %86 ve 5. grupta %84 oranında istatiksel olarak değerlendirildi. Flep yaşamsallığı 4. ve 5. grupta anlamlı olarak diğer gruplara göre yüksek bulundu. Ilk 3 grupta ise anlamlı bir fark görülmedi. 4. ve 5. gruplarda total flep kaybına rastlanmazken 2. grupta 3 adet ve 3. grupta 1 adet total flep kaybı gözlemlendi. Mikroanjiografi her gruptan 1 rata olmak üzere totalde 5 hayvana yapıldı. Mikroanjiografi mezenterik damarlardan kanlanmaya başlayan DIEP flebinin neovaskülarizasyonunun en iyi 5. grupta olduğunu ortaya koydu. 5. grupta kapiler dansite artışı mikrodamarlardaki dilatasyon daha belirgin olarak değerlendirildi. Histolojik olarak akut inflamasyon tüm preparatlarda gözlemlendi. 3. ve 4. günlerde deri ve jejunal segment mukozasında ülserasyona rastlanıldı. 5. ve 6. günlerde granülasyon dokusu ve artmış neovaskülarizasyon gözlemlendi. 6. günde jejunal mukoza ve cilt flebinde reepitelizasyon gözlemlendi.

Sonuç olarak serbest jejunum flebi faringoözefageal defektlerde ilk siradaki seçeneklerden biridir ancak eşlik edebilecek yumuşak doku defekti için ikinci bir flep gerekmektedir. Literatürde jejunal segment prelaminasyonu TRAM flep, Latissimus Dorsi ve Omental fleplerle denenmiş ve jejunal segmentin neovaskülarizasyonu tanımlanmış. Tram flep anatomik olarak jejunuma yakınlığı nedeni ile daha uygun olarak görülmekte ancak rectus abdominalis kasının flebe dahil edilmesi abdominal donor saha morbiditesini arttırmakta ve cilt flebinin prefabrikasyonu için kas dokusuna ihtiyaç olmadığından DIEP flebini bir opsiyon olarak değerlendirdik. Literatürdeki çalışmalarda prefabrikasyonun major pedikülü cilt flebi olmuş ve jejunal segment cilt fleplerinden vaskülarize edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise cilt flebi jejunal segmente ait mezenterik pedikülden vaskülarize edilerek prefabrikasyon gerçekleşmiştir. Çalışmamızda jejunal segmenti abdominal fasyada silikon kılıf ile ayırarak abdominal fasyada olası neovaskülarizasyon engellenmiştir. Jejunal flep semisirküler şekilde yuvarlanıp DIEP flebinin altına inset edilerek maksimal temas sağlanmıştır. Cilt flebinin yaşamsallığı için cut off zamanı olarak postop 5. gün değerlendirilmiştir. Potansiyel enfeksiyon kaynağı jejunal segment gözlemlenmiş ve silkon kılıfın yabancı cisim olarak hücresel immüniteyi tetiklemesi bu duruma predispozisyon yaratabileceği öngörülmüştür.Deneysel olarak hayvanlarda abdominal duvar enfeksiyonu görülmemiştir ancak insanlarda oluşabilecek nekrotizan fassit ölümcül olabilmektedir. Prefabrike edilmiş jejunal segment radyoterapiye, fistül, striktür formasyonuna karşı flebi korumaktadır. Cilt flebi adeta bir kalkan gibi flebi sarmakta ve radyoterapinin yan etkilerine karşı flebi korumaktadır. Sonuç olarak önceki çalışmalarda intestinal segmentin vaskülarizasyonu kutanoz dokudan sağlanmakta iken bizim çalışmamızda kutanoz dokunun vaskülarizasyonu intestinal segmentten sağlanmıştır.

eleve edilen diep flap ve jejunal flep



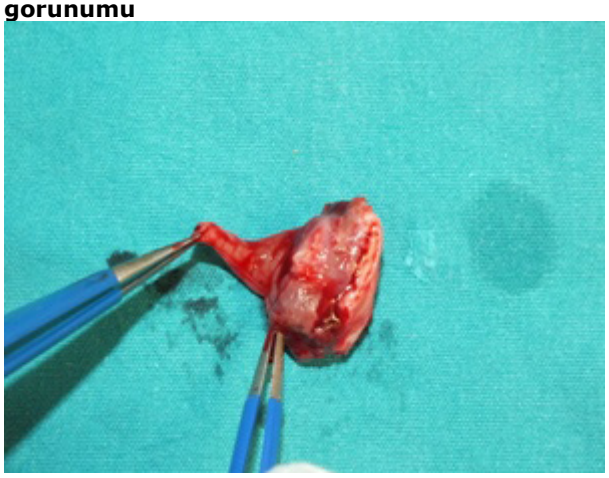
eleve edilen diep flap ve ardindan barsak segmentinin karin duvari disina alinmasi ve jejunal flebin segmentten izole edilmesi

mikroanjiografi



mikroanjiografi ile prefabrike edilmis flebin kanlanma paterni

visserokutanoz flebin postop 5. gun makroskopik gorunumu



Prefabrike edilmis visserokutanoz flebin mezenter superior ligasyonu sonrasi postop 5. gun makroskopik gorunumu, visseral yapinin ve jejunal yapinin entegrasyonu ve yasamsalligi.

DENEYSEL

Rat Abdominal Epigastrik Flebinde Diosmin +Hesperidinin İskemi Reperfüzyon Hasarına Etkisi

Selçuk Yazan[1], Galip Kemali Günay[1], Recep Saraymen[2], Özlem Canöz[3]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Biyokimya Anabilim Dalı,Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Patoloji Anabilim Dalı,Kayseri

Giriş ve Amaç: Çeşitli dokularda iskemi reperfüzyon hasarında olumlu etkileri ortaya konmuş Diosmin + Hesperidin bileşiklerinin rat abdominal epigastrik fleplerdeki iskemi reperfüzyon (İ-R) hasarı ve flep yaşamı üzerine de olumlu etkiler gösterebileceği hipotezimize dayanarak bu çalışmayı planlanladık. Diosmin doğada birçok bitkinin yapısında bulunan flavonoid glikozittir. Diosmin, yine bir flavonoid olan hesperidinden çeşitli kimyasal yollarla da türetilebilir. Diosmin hesperidine oranla vücutta daha biyoaktif bir bileşiktir. Diosmin ve hesperidinin kombine kullanımı bu bileşiklerin etkilerini potansiyalize etmektedir (1). İnflamasyona bağlı olarak histamin,PGE2 ve serbest radikaller hücre membran permeabilitesini artırır. Diosmin+Hesperidin fosfodiesteraz enzimini inhibe ederek hücre içi c-AMP seviyesini artırır, böylece inflamasyona sebep olan başlıca mediatörleri (PGE2,PGF2,TxB2 gibi) ve serbest oksijen radikallerinin oluşumunu azaltır (2). Diosmin venotonik ve venoprotektif, damarlarda kasıcı, damar direncini arttırıcı ve damar geçirgenliğini azaltıcı bir ajandır. Vasküler koruyucu etkisi fiziksel veya kimyasal biçimde tetiklenmiş kapiller direnç üzerine yoğunlaşmıştır. Damar koruyucu etkileri dozla orantılı olarak kapiller dirençte artış şeklindedir. Farmakolojik özellikleri arasında özellikle, venotonik etkinlik, damar sistemini koruyucu etkinlik ve antiinflamatuar etkinlik sayılabilir. Anti-ödem etkisi antiinflamatuar etkisinden kaynaklanmaktadır (3,4). Yaptığımız literatür taramasında diosmin +hesperidinin rat abdominal epigastrik flebinde iskemi reperfüzyon hasarına ilişkin herhangi bir çalışma bulunmaması üzerine bu çalışmayı planladık.

Materyal ve Metot: Flep Modeli: Çalışmamızda Tosa ve arkadaşlarının kullandığı flep model alınarak ratın sağ abdominal bölgesinde 3x6 cm'lik, pedikülünde inferior epigastrik damarları içeren deri flebi kaldırıldı (5). Sham,kontrol tedavi-1 ve tedavi-2 olmak üzere 4 grupta toplam 40 adet Wistar albino cinsi rat kullanıldı. Pre-operatif on gün post-operatif yedi gün süreyle tedavi-1 grubuna 30mg/kg diosmin+hesperidin, tedavi -2 grubuna 80 mg/kg diosmin+hesperidin verildi. Sham grubu hariç tutularak diğer üç gruba 9 saat iskemi ve 12 saat reperfüzyon yapıldı. Post-operatif 21. saatte biyokimyasal ve patolojik çalışmalar için biyopsiler alındı. Post-operatif yedinci günde makroskopik olarak flep canlılığı araştırıldı.(Deney planı tablo-1 de özetlenmiştir).
Parametreler
Flep canlılık oranının belirlenmesi: Yedinci gün fleplerde nekrotik ve canlı alanların belirginleştiği görüldü. Transparan asetat üzerine canlı ve nekrotik alanlar çizildi. Çizilen alanlar birim kareler üzerinde sayılarak canlı alan, total flep alanına bölünerek fleplerde sağ kalım oranı hesaplandı.

Biyokimyasal parametreler: MDA analizi ve ölçümü Ohkawa ve ark. geliştirdiği metoda göre yapıldı (6,7).MPO anazlizi ve ölçümü Eastbiopharm marka katologno: CK-E30220 RatMyeloperoxidase (MPO) Elisa Kit ile yapıldı.

Histolojik çalışma: Işık mikroskobuyla tüm kesitler, 100'lük büyütmede nötrofil sayımı için ve 200'lük büyütmede damar çapları ölçümü için değerlendirildi. Nötrofil sayımı ve damar çapları beş farklı sahadaki değerlerin ortalaması alınarak hesaplandı.

İstatistiksel Yöntem: Verilerin dağılımına ShapiroWilks test istatistiği ile bakılmıştır.Gruplar arası karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Her bir parametrenin (damar çapı,nötrofil sayısı, malondialdehit düzeyi, myeloperoksidaz düzeyi ve flep canlılığı)birbirleriyle olan ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemede Spearman's korelasyon analizi yapıldı.III.

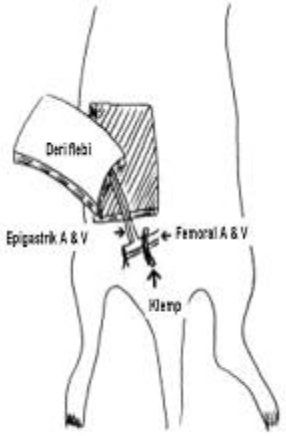
Bulgular: Tedavi gruplarında kontrol grubuna göre flep canlılık oranları ve nötrofil sayıları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,05$). Gruplara ait flep yaşam oranı örnekleri şekil -2 de gösterilmiştir. Biyokimyasal parametreler, MDA($p=0,067$) ve MPO($p=0,077$) değerlerinde tedavi grupları ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmasa da anlamlı değere çok yakın değerler elde edilmiştir($p<0,05$).Damar çapları arasında ise anlamlı fark bulunamamıştır. Bulgulara ait istatistiksel değerlendirme sonuçları ve Spearman's Korelasyon Analizi tablo-2 de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuçlar: Çalışmamızda Diosmin+Hesperidin İ-R hasarına bağlı flep nekrozunu azalttığı gösterilmiştir. Tedavi gruplarında kontrol grubuna göre İ-R hasarına bağlı dokuda nötrofil birikimini azaltması nötrofil akümülasyonu ve aktivasyonun bir göstergesi olan MPO düzeylerini azaltmıştır. MPO düzeylerindeki bu azalma, anlamlı kabul edilen p değerine ($p<0,05$) çok yakındır ($p=0,077$). Diosmin+Hesperidin İ-R hasarına bağlı artmış lipid peroksidasyon ürünü olan MDA düzeylerini azaltmış MPO değerindeki bu azalma anlamlı kabul edilen p değerine ($p<0,05$) çok yakın bulunmuştur($p=0,067$). Diosmin+Hesperidin İ-R hasarına bağlı damar çapları üzerine belirgin bir etkisi olmadığı söylenebilir. İ-R hasarının önlenmesinde, Diosmin+Hesperidinin inflamasyonun erken fazında dokuda nötrofil birikimini azalttığı yönünde kuvvetli bulgular elde ettik. Diosmin+Hesperidinin nötrofillerin dokuda birikimini engellemek suretiyle inflamasyonu erken basamaklarından itibaren baskılayarak flep canlılığını arttırdığı yönündeki hipotezi desteklemektedir. Diosmin + Hesperidinin İ-R sonrası doku hasarını azaltma ve flep canlılığını arttırmada altta yatan tüm mekanizmaları aydınlatmak için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bizim çalışmamızda Diosmin + Hesperidinin iki ayrı dozda(30mg/kg ve 80mg/kg) farklı etki yaratmadığı gözlenmiştir.

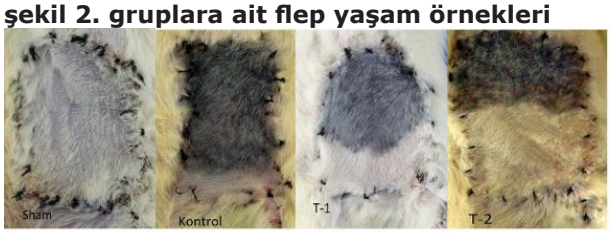
Kaynaklar:

1. Duchene MP, Amiel M, Barbe R. Evaluation of the clinical pharmacological activity of a phlebotonic agent. Application to the study of Daflon 500 mg. Int Angiol 1988; 7: 25-32.
2. Heusser J; Osswald W. Toxicological properties of diosmin and its actions on the isolated venous tissue of the dog. Arch. de Farmacol. y Toxicol. 1977; 111: 33-40.
3. Melzig MF, Loose R. Inhibition of LPS-induced endothelial cytotoxicity by diosmin. Pharmazie 1999; 54: 298-299.
4. Korthuis RJ, Gute DG. Adhesion molecule expression in postischemic microvascular dysfunction: Activity of a micronized purified flavonoid fraction. J Vasc Res 1999; 36: 15-23.
5. Tosa, Y., Andrew Lee, W. P., Kollias, N., Casanova, R., Randolph, M. A., and May, J. W. Monoclonal antibody to intercellular adhesion molecule-1 protects rat skin flap against ischemia-reperfusion injury. In K. Harii (Ed.), Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery: Transactions of the 11th Congress of the international Confederation. Amsterdam: Kugler, 1995.
6. Yagi K. Assayforbloodplasmaor serum. In: Colowick SP, Kaplan NO (eds), Methods Enzymol Volume 105. Academic Press, Inc. New York, San Fransisico, London 1984: 328–31.
7. Ohkawa W,OhishiN, Yagi K. Assayforlipidperoxides in animal tissues by thiobarbituric acid reaction. Anal Biochem 1979; 95: 351–58.

şekil 1. flep modeli



şekil 2. gruplara ait flep yaşam örnekleri



Şekil 2. Gruplara ait flep yaşam oranı örnekleri.

Tablo 1. Deney planı

İşlemler/Gruplar	Sham (n=10)	Kontrol (n=10)	Ted.-1 (n=10)	Ted.-2 (n=10)
Flepelevasyonu	+	+	+	+
İskemi (9 saat)	-	+	+	+
Tedavi(gavaj)	0,2 cc Normal salin	0,2 cc Normal salin	30mg/kg Diosmin+Hesperidin	80mg/kg Diosmin+Hesperidin
Reperfüzyon(12 saat)	-	+	+	+
Biyopi alımı(21. saat)	+	+	+	+
Flep canlılığı ölçümü(7.gün)	+	+	+	+

Tablo-2 İstatistiksel Değerlendirme Sonuçları ve Spearman's Korelasyon Analizi

Tablo-2 İstatistiksel Değerlendirme Sonuçları ve Spearman's Korelasyon Analizi

DEĞİŞKENLER:	Sham Grubu Ort±SD	Kontrol Grubu Ort±SD	Tedavi-1 Grubu(T1) Ort±SD	Tedavi-2 Grubu(T2) Ort±SD	p Değeri
1-Damar Çapı	56 ± 13,5	35,9 ± 13	32,8± 6,3	31,9± 9,5	p<0,001*
2-Nötrofil Sayısı	11,1±3,7	50,4± 19,7	27,6± 11,5	25,1±7,8	p<0,001**
3-MDA Değeri (Malondialdehit)	3,8 ±0,8	5±2,5	3±1,1	3,3± 0,9	p=0,067
4-MPO Değeri (Myeloperoksidaz)	3,9±1,5	5,6±1,9	4,3±0,85	3,9±1,4	p=0,077
5-Flep Canlılık Oranları	100± 0	14,1± 18,2	45,8 ±14,3	52± 16,3*	p<0,001***
Değişkenler:	Damar Çapı	Nötrofil Sayısı	MDA (Malondialdehit)	MPO (Myeloperoksidaz)	Flep Canlılık
Damar Çapı	1	Rho= -0,474* P=0,002**	Rho= 0,148 P=0,411	Rho= -0,159 P=0,385	Rho=0,587* P<0,001**
Nötrofil sayısı	Rho= -0,474* P=0,002**	1	Rho=-0,077 P=0.670	Rho= 0,213 P=0,242	Rho= -0,815* P<0,001**
MDA(Malondialdehit)	Rho= 0,148 P=0,411	Rho=-0,077 P=0.670	1	Rho=0,249 P=0,201	Rho= 0,071 P= 0,707
MPO(Myeloperoksidaz	Rho= -0,159 P=0,385	Rho= 0,213 P=0,242	Rho=0,249 P=0,201	1	Rho= -0,40* P= 0,035**
Flep Canlılık	Rho=0,587* P<0,001**	Rho= -0,815* P<0,001**	Rho= 0,071 P= 0,707	Rho= -0,40* P= 0,035**	1

Anlamlı kabul edilen p değeri: p<0,005
* Damar çapı: Sham-Kontrol, Sham-T1, Sham-T2 [?]Grupları arasında anlamlı fark vardır
** Nötrofil sayısı: Sham-Kontrol, Sham-T1, Sham-T2,Kontrol-T1,Kontrol-T2 [?] Grupları arasında anlamlı fark vardır.
*** Flep Canlılık: Sham-Kontrol, Sham-T1, Sham-T2,Kontrol-T1,Kontrol-T2 [?] Grupları arasında anlamlı fark vardır.

*Spearman's rho:
0- 0,20 -->çok zayıf korelasyon
** Anlamlı p değeri: p<0,005
0,20-0,40 --> zayıf korelasyon
0,40-0,60 -->orta derecede korelasyon
0,60-0,80 -->güçlü korelasyon
0,80-1 -->çok güçlü korelasyon

DENEYSEL

Ratlarda psikososyal stres ve antidepresan kullanımının sinir iyileşmesi üzerine etkilerinin fonksiyonel, elektrofizyolojik ve histopatolojik olarak değerlendirilmesi

Turgut Kayadibi[1], Özay Özkaya Mutlu[1], Tuğçe Yasak[1], Aytül Sargan[2], Selver Özekinci[2], Feray Karaali Savrun[3]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Üst ve alt ekstremitede periferik sinir yaralanmaları özellikle delici – kesici alet yaralanmalarına bağlı olarak, plastik cerrahi acil pratiğinde önemli bir yere sahiptir. Cerrahi onarım sonrasında en ideal koşullarda bile özellikle kombine yaralanmalarda ciddi fonksiyonel kayıplarla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle uygulanan cerrahi teknikler ve sinir iyileşmesini hızlandırmak ile ilgili çalışmalar halen devam etmektedir. Bunun yanında özellikle cama yumruk atma gibi kendine zarar veren hasta grubunda bu hastaları sürece iten sosyal - kişisel faktörler, yaralanma sonrası cerrahi işlem, cerrahi işlem sonrası ekstremitenin kullanılamamasına bağlı fizik tedavi ile birlikte 2 ayı geçebilen sosyal ve iş hayatından uzak kalma, kendi ihtiyaçlarını yardım olmaksızın karşılayamama, hastalarda büyük bir psikolojik stres oluşturmaktadır. Literatürde psikolojik stresin yara iyileşmesini yavaşlattığına, bunun yanında antidepresan ilaçların ise yara iyileşmesi sürecine olumlu etkileri olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Ancak yaptığımız literatür taramasında, günümüze değin stres faktörlerinin ve antidepresan ilaçların sinir iyileşmesi üzerine etkilerinin çalışılmamış olduğunu gördük. Bu çalışma ile psikososyal stres ve antidepresan ilaç kulanımının sinir iyileşmesi üzerine etkilerini fonksiyonel, elektrofizyolojik ve histopatolojik olarak değerlendirmek istedik

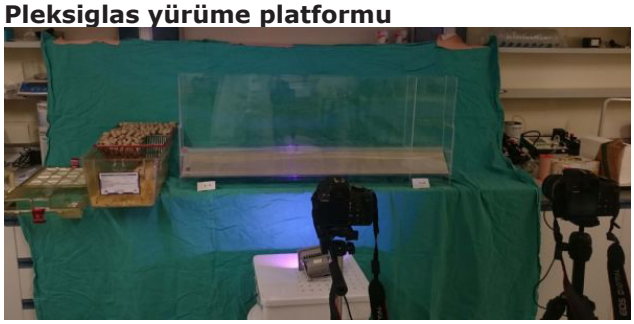
Yöntem ve Gereçler : Çalışmada toplam 40 adet erişkin Wistar albino erişkin erkek sıçan kullanıldı. Sıçanlar rastgele 8'er denekten oluşan 5 gruba ayrıldı.(Tablo 1) Stres grubunda yer alan 2 grup denek (16 sıçan) 2 hafta süreyle daha önce literatürde tarif edilen sosyal stres rejimine uygun olarak 24 saat yalnız, 24 saat kalabalık (bir kafeste 8 denek) periyotlara ve farklı stres faktörlerine tabi tutuldu. İki hafta boyunca kafes temizliği yapılmayıp, günlük ışık düzenleri de bozuldu. Bu süre sonunda tüm gruplara inhalasyon anestezisi altında cerrahi işlem uygulandı. Sıçanlar operasyon masasına prone yatırılıp operasyon alanı steril şartlarda hazırlandı. Sol tarafta siyatik sinire ulaşıldı, mikroskop altında sinir siyatik çentikten trifukasyon bölgesine kadar çevre yumuşak dokulardan diseke edildi. Grup 2-3-4-5'te siyatik sinir trifukasyonun 1cm proksimalinden keskin bir bistüri yardmıyla tek hamlede kesildi. Sonrasında 10/0 naylon sütür ile epinöral teknikle sinir onarımı yapılıp kas ve cilt kesileri onarıldı. Grup 3 ve 5'teki deneklere, postoperatif dönemde 6 hafta boyunca günlük 1mg/kg fluoxetine 1cc serum fizyolojik intraperitoneal olarak verilmiştir. Bu süreçte aynı stres ortamını sağlayabilmek adına grup 1-2-3'teki deneklere 1cc serum fizyolojik intraperitoneal olarak verilmiştir. Tüm hayvanlara postoperatif 4, 8 ve 12. haftalarda fonksiyonel değerlendirme için pleksiglas yürüme standında yürüyüş video kayıtları alınmış ve 3 tur sağlıklı yürüyüş sonrası kapalı ortamda statik siyatik endeks (SFI) hesaplanmasında kullanmak üzere en az 20 adet fotoğraf kaydı alınmıştır. Postoperatif 12. haftada bütün gruplardan 4'er hayvana genel anestezi altında elektromyelografik(EMG) incelemesi yapılmış ve her hayvanda karşılıklı iki ekstremite latans değerleri kayıt altına alınmıştır. Postoperatif 12. hafta sonunda tüm hayvanlar karbondioksit haznesinde sakrifiye edildikten sonra eski insizyonundan girilerek sinire ulaşıldı ve onarım hattının 0.5 cm proksimal ve distalinden eksize edilerek histopatolojik inceleme örnekleri alındı. Histopatolojik incelemede distal sinir segmentlerinde perinöral kapiller sayısı, perinöral kronik inflamasyon, sinir proliferasyonu, fibrozis ve dejeneratif değişiklikler semikantatif olarak değerlendirildi. Işık mikroskopu altında 400x büyütmede görüntü örnekleri alınarak ImageJ programı yardımıyla akson sayımı yapıldı. Elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında Friedman Testi ve Wilcoxon işaret testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmadan elde edilen veriler tablo 2'de özetlenmiştir. Deneyin 3. ayı sonu itibariyle yapılan fonksiyonel değerlendirmede stresli ve ilaç kullanmayan 4. grubun SFI değerleri diğer gruplara göre anlamlı düzeyde ($p<0.05$) kötü bulunmuştur. Diğer gruplarda en iyi değerler sırası ile Grup 5, Grup 3, Grup 2 şeklinde olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (Tablo 3) İlaç kullanımı olan gruplarda perinöral kapiller sayısı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Perinöral kronik inflamasyon, sinir proliferasyonu ve dejeneratif değişiklikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Akson sayım sonuçlarına göre sham grubuna en yakın grubun stressiz ilaç tedavisi alan grup 3 olduğu bunları sırasıyla grup 5, grup 4 ve grup 2'nin takip ettiği görüldü.

Sonuçlar: Periferik sinir yaralanmaları sık karşılaşılan medikal problemlerden olup, en iyi şartlarda yapılan cerrahi onarımlar sonrasında bile motor – duyu arazlar görülebilmektedir. Hastayı yaralanmaya iten faktörlerden, cerrahiye ve sonrasında rehabilitasyon dönemine bir çok safhada hasta psikososyal strese maruz kalmaktadır. Stresin özellikle santral sinir sisteminde perinöral enflamasyona neden olduğuna dair kanıtlar olsa da periferik sinir sistemine ait çalışmalar yoktur. Elde ettiğimiz sonuçlara göre sosyal strese maruz kalan gruplarda fonksiyonel olarak daha kötü sonuçlar elde edilmiştir. Gene stresli gruplarda istatistiksel olarak anlamsal olmasa da perinöral enflamasyonu destekler nitelikte perinöral kapiller sayısı, fibrozis ve dejeneratif değişiklikler daha fazladır. İlk tanımlanan serotonin geri alım inhibitörü olan ve aynı zamanda üzerine en fazla çalışma yapılmış antidepresan ilaç olarak fluoksetinin sinir iyileşmesi üzerine etkileri değerlendirmek üzere çalışmada kullanılmıştır. İlaç kullanan stresli ve stressiz gruptaki hayvanların fonksiyonel sonuçları kullanmayan gruplara göre daha iyi, sinir rejenerasyonunu destekleyecek

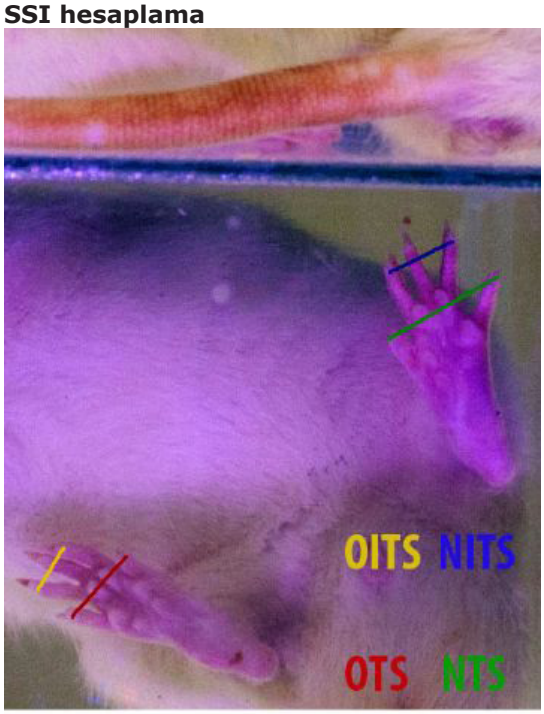
şekilde de akson sayıları yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında sosyal stres varlığında sinir iyileşmesi olumsuz yönde etkilemiştir. Fluoksetin kullanımı sinir iyileşmesi üzerine stresin olumsuz etkilerini önlediği görülmüştür. Bunun yanında fluoksetin kullanan ve sosyal stres uygulanmayan grupta normal iyileşme beklenen kontrol grubundan da daha iyi fonksiyonel ve histolojik sonuçları olduğu görülmüştür. İleride yapılacak klinik çalışmalarla desteklenerek, fluoksetinin sinir iyileşmesinde yardımcı medikal tedavi olabileceğini düşündürmekteyiz.

Pleksiglas yürüme platformu



Fonksiyonel değerlendirme için 4, 8 ve 12. haftalarda yürüme platformunda video ve fotoğraf kayıtları alındı

SSI hesaplama



$$TSF = \frac{OTS - NTS}{NTS}$$

$$ITSF = \frac{OITS - NITS}{NITS}$$

$$SSI - index = (108.44 \times TSF) + (31.85 \times ITSF) - 5.49$$

Fotoğraflardan ImageJ programı yardımıyla yapılan ölçümler MS Excel programında Statik Siyatik Indeks hesaplamasında kullanıldı.

Stres grubu



Stres grubundaki denekler 2 hafta süreyle günlük kalabalık ve yalnız rejimlere tabi tutuldu, bu süreçte kafes temizlikleri yapılmayarak ışık düzenleri de bozuldu.

Deney grupları

Grup 1	Sham grubu
Grup 2	Stressiz – İlaçsız onarım grubu
Grup 3	Stressiz – Fluoxetine tedavili onarım grubu
Grup 4	Stresli – İlaçsız onarım grubu
Grup 5	Stresli – Fluoxetine tedavili onarım grubu

Statik siyatik endeks değerleri

	Grup 1 Ort±SS (Median)	Grup 2 Ort±SS (Median)	Grup 3 Ort±SS (Median)	Grup 4 Ort±SS (Median)	Grup 5 Ort±SS (Median)
1. ay	-9,35±8,28 (-10,93)	-83,45±15,48 (-80,83)	-68,7±8,42 (-68,91)	-85,29±11,12 (-84,64)	-70,7±11,71 (-69,78)
2. ay	-10,5±7,83 (-14,3)	-71,65±9,06 (-70,94)	-64,13±10,93 (-67,47)	-66,15±16,14 (-72,02)	-64,27±12,37 (-69,13)
3. ay	-3,61±10,24 (-6,27)	-54,15±12,63 (-58,64)	-53,58±8,02 (-54,27)	-75,23±12,56 (-75,85)	-53,27±8,86 (-53,82)

DENEYSEL

Nöroma Oluşumunda Epinöriumun Rolü

Bilge Kağan Aysal[1], Hüseyin Karagöz[1], Fikret Eren[1], Cihan Şahin[1], Bora Özel[1], Zafer Küçükodacı[2], Gizem Narlı[2], Erdal Karaöz[3]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul
[3]Liv Hospital, Rejeneratif Tıp ve Kök Hücre Üretim Merkezi, İstanbul

Amaç: Nöroma genel anlamıyla sinir yaralanmasını takiben, düzensiz ve uygun olmayan şekilde rejenere olan aksonlar nedeniyle oluşan ağrılı bir kitledir. Ağrılı olması nöromayı önemli bir klinik olgu halinde getirebilir ve ekstremite amputasyonları sonrasında gelişen nöromalar güdük ağrısının sık görülen sebeplerinden birisidir. Halen ABD'de 1.7 milyon ekstremite amputasyonlu birey bulunmaktadır ve 2050 senesinde bu sayının ikiye katlanacağı ön görülmektedir. Tüm majör amputasyonlu bireylerin yaklaşık olarak %25'inin ampütasyon güdüğünde gelişen semptomatik nöroma oluşumuna bağlı olarak kronik ağrı yaşayacağı düşünülmektedir. Şimdiye kadar nöroma oluşumunun önlenmesi için bir çok çalışma gerçekleştirilmiş olup son yıllarda yapılan çalışmalar epinörium tabakası üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak epinöriumun nöroma oluşumunun önlenmesi hususundaki rolü hakkında tartışmalar mevcuttur çünkü epinöriumun bariyer ya da greft olarak kullanıldığı çalışmaların çoğunda başarılı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte epinöriumun soyularak çıkartılması ile başarılı sonuçlar bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada nöroma oluşumunun önlenmesi için farklı teknikler karşılaştırılmış ve nöroma oluşumunda epinöriumun rolünün anlaşılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada 55 Sprague-Dawley cinsi sıçan kullanılmıştır. Tüm hayvanlarda siyatik sinirde trifurkasyonun proksimalinde 20 mm uzunluğunda sinir defekti oluşturulmuş ve hayvanlar her biri 11 sıçan içeren 5 gruba ayrılmıştır.

1. Grup (Negatif kontrol grubu): Transeksiyon sonrasında sinirin proksimal ucu serbest bırakılmıştır. Sinir transeksiyonu sonrasında periferik sinir sonlanmasında nöroma oluşumu beklenildiğinden dolayı ve tedavi uygulanmadığı için negatif kontrol grubu olarak adlandırılmıştır.

2. Grup (Pozitif kontrol grubu): Defekt oluşturulmasını takiben proksimal sinir ucu, komşuluğunda bulunan kas dokusunda açılan cep içine implante edilmiştir. Bu yöntem nöroma oluşumunun önlenmesinde klinik pratikte kullanılan ve yaygın olarak kabul görmüş tedavi yöntemi olduğu için çalışmaya dahil edilmiş ve pozitif kontrol grubu olarak adlandırılmıştır.

3. Grup (Epinöral bağlama grubu): Defekt oluşturulmasını takiben proksimal sinir ucunda epinöral tabaka korunarak 5 mm lik sinir segmentindeki aksonlar kesilip atılmış ve sonrasında sağlam epinöral tabakanın ucu bağlanmıştır.

4. Grup (Epinöral soyma grubu): Defekt oluşturulmasını takiben proksimal sinir ucunda aksonal yapılara zarar verilmeden 5 mm uzunluğundaki sinir segmentinin epinörium tabakası soyularak atılmıştır.

5. Grup (Epinöral kaplama grubu): Defekt oluşturulması esnasında eksize edilen sinir segmentinden elde edilen epinörium grefti ile siyatik sinirin proksimal ucu sıkı bir şekilde kaplanarak kapatılmıştır. (Şekil 1)

Hayvanlar 6 ay boyunca takip edilmiş ve bu süre sonunda sinir uçlarından doku örnekleri alınarak sakrifiye edilmişlerdir. Değerlendirme için histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemeler gerçekleştirilmiştir. Bunlara ek olarak gerçek zamanlı PCR ile çeşitli parametrelerin gen ekspresyon düzeylerine bakılmıştır.

Histopatolojik incelemelerde Hematoksilen & Eozin, toluidin mavisi ve masson trikrom boyaları kullanılmıştır. Hematoksilen & Eozin ile boyanan kesitlerde nöroma oluşum düzeylerine bakılmış ve nöroma düzeyleri skorlanmıştır. Toluidin mavisi ile boyanan kesitlerde sinir kesiti içindeki kaotik alanların sinir kesitine olan oranı yüzde miktar cinsinden tespit edilmiştir. Masson trikrom boyası sinir dokusu ile bağ dokusunu farklı renklerde boyayan bir boyadır. Masson trikrom ile boyanmış kesitlerde sinir içi bağ dokusunun sinir dokusuna oranı yüzde miktar cinsinden tespit edilmiştir.

İmmünohistokimyasal incelemelerde S-100 antikoru ve "calcitonin gene related peptide" (CGRP) antikoru ile boyama işlemi gerçekleştirilmiştir. S-100 antikoru ile boyama sonucunda kesitler yüzde miktar cinsinden ve boyanma kuvveti cinsinden ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Deney hayvanlarında ağrının doğrudan ölçülebilme imkanı yoktur. CGRP ağrılı süreçlerde artan bir protein olduğundan dolayı çalışmamızda dolaylı ağrı göstergesi olarak kullanılmıştır. Bunlara ek olarak, "cilliary neurotrophic factor" (CNTF) ve "CGRP receptor component protein" (CRCP)'nin gen ekspresyon düzeylerine gerçek zamanlı PCR ile bakılmıştır. CNTF geninin ekspresyon düzeyleri nöronal rejenerasyonun arttığı durumlarda artış göstermektedir. Nöroma varlığında CNTF gen ekspresyon düzeylerinde artış beklenmektedir. Değerlendirme yöntemlerinde nöroma oluşumunun yalnızca histopatolojik olarak değerlendirilmesine ek olarak CNTF gen ekspresyonu düzeylerine de bakılarak bulguların güvenilirliğinin artırılması amaçlanmıştır. CRCP ise, ağrılı süreçlerde artan CGRP'nin reseptör düzeyini göstermektedir. Ağrılı süreçlerde CGRP ile birlikte CRCP seviyelerinde de artış olduğu ve deneysel çalışmalarda kullanılabileceği gösterilmiştir. Çalışmanın değerlendirme yöntemleri arasında CGRP ve CRCP düzeylerinin dahil edilmesi ile oluşan nöromaların ağrılı olup olmadıklarının anlaşılması da amaçlanmıştır.

Ulaşılan veriler Ki kare, Fisher's exact test,Kruskal Wallis analizi, Mann Whitney U test kullanarak %95 güven aralığı ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiş olup p değeri 0.05'in altındaki bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Makroskopik ve histopatolojik olarak kontrol grupları da dahil olmak üzere tüm gruplarda değişik düzeyde nöroma oluşumu gözlenmiştir (Şekil 2). Histolojik olarak pozitif ve negatif kontrol grupları arasında herhangi bir fark gözlenmemiştir. Epinöriumun bağlandığı ve soyulduğu tekniklerin herikisinin de nöroma oluşumunun önlenmesinde etkili olduğu saptanmış olup bu grupların sonuçlarının kontrol gruplarından daha iyi olduğu gözlemlenmiştir, bununla birlikte epinöral soyma grubunun ağrı düzeyleri kontrol grupları ile benzer şekilde yüksek saptanmıştır. Nöroma oluşumunun önlenmesi hususunda en iyi sonuçlara epinöral bağlama grubunda ulaşılmıştır. En belirgin nöroma oluşumu ise epinöral kaplama grubunda gözlenmiştir (Şekil 3).

Sonuçlar: Çalışmanın sonunda epinöriumun greft olarak kullanılıp sıkı bir şekilde sinir ucunun kapatılmasının nöroma oluşumunu azaltmadığı aksine arttırdığı, ancak epinörium tabakasının greft olarak kullanılmadığında ise nöroma oluşumu üzerinde azaltıcı bir rolü olduğu sonucuna ulaşıldı. Epinörium tabakasının içindeki aksonları içermeyecek

şekilde bağlanması tekniğinin çalışmaya dahil edilen tüm teknikler içinde en iyisi olduğu ve kontrol grupları ile karşılaştırılması sonucunda ağrılı nöroma oluşumunu azalttığı görüldü. Benzer şekilde epinöriumun soyulmasının da nöroma oluşumunu azalttığı, ancak ağrıyı azaltmadığı saptandı. Çalışmada ulaşılan ilginç bir sonuç ta, sinir ucunu kas içine implante etmenin nöroma oluşumunda koruyucu bir etkisinin olmadığının görülmesidir. Bununla birlikte kas dokusunun sinir ucu etrafında fiziksel travmalara karşı koruyucu bir bariyer olarak işlev görüp ağrıyı azaltıyor olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak epinörium tabakasının nöroma oluşumunda engelleyici rolü vardır denilebilir. Sinir transeksiyonundan sonra epinörium tabakasının korunarak aksonları içermeyecek şekilde bağlanıp, komşu kas gruplarının birinin içerisine implante edilmesi nöromanın engellenmesi için kullanılabilecek en etkili yöntem gibi görünmektedir.

Şekil 1



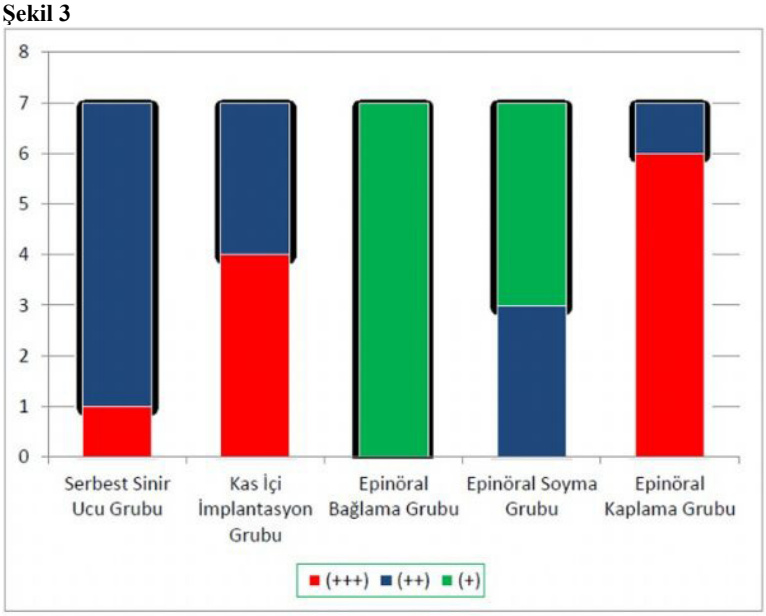
Çalışma gruplarının şematik gösterimi. A. Negatif kontrol grubu, B. Pozitif kontrol grubu, C. Epinöral bağlama grubu, D. Epinöral soyma grubu, E. Epinöral kaplama grubu.

Şekil 2



Makroskopik bulgular. A. Negatif kontrol grubu, B. Pozitif kontrol grubu, C. Epinöral bağlama grubu, D. Epinöral soyma grubu, E. Epinöral kaplama grubu.

Şekil 3



Nöroma oluşum düzeylerinin grafiksel gösterimi.

DENEYSEL

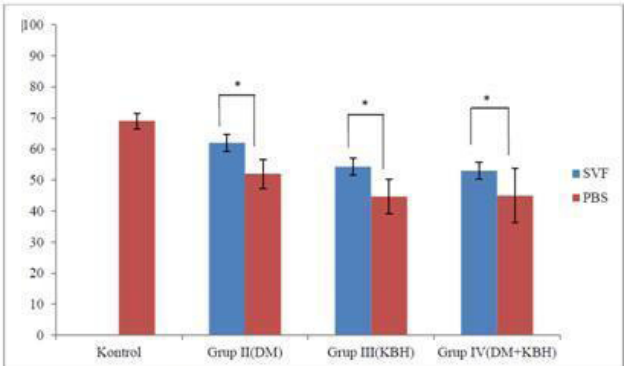
Diyabet ve Kronik Böbrek Hastalığı olan Sıçanlarda Adipoz Kökenli Stromal Vasküler Fraksiyonun Deri Flebi Yaşayabilirliği Üzerine Etkisi: Deneysel Çalışma

Burak Özkan[1], Ahmet Çağrı Uysal[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[1], Ayşen Terzi[2], Eda Özturan Özer[3], Hüseyin Borman[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

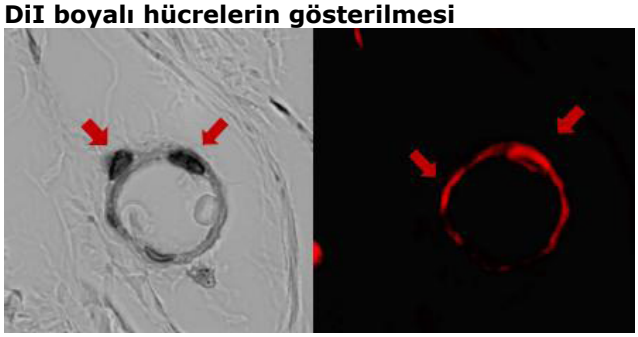
Diyabet (DM) ve kronik böbrek hastalığı (KBH) görülme sıklığı giderek artan epidemik hastalıklardır. Mikroanjiopati ve makroanjiopati zemininde gelişen yaralar kronikleşerek ekstremite ampütasyonlarına varan ciddi morbiditelere neden olur. Bu yaraların rekonstrüksiyonunda kullanılan fleplerde ise yüksek nekroz oranları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda adipoz kökenli stromal vasküler fraksiyonun (SVF) deri flebi yaşayabilirliğini arttırıcı etkileri gösterilmiştir, ancak KBH ve DM ve KBH'nin birlikte görüldüğü hasta grubunda deri flebi yaşayabilirliğine etkisine yönelik bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda 48 adet Sprague Dawley cinsi erkek sıçan kullanıldı. Diyabet modeli intraperitoneal 65mg/kg streptozosin ile yapıldı. Kronik böbrek hastalığı modeli olarak 5/6 nefrektomi tercih edildi. Her grupta 12 sıçan olacak şekilde 4 grup oluşturuldu, her gruptan 2 hastalık gelişmiş sıçan inguinal bölgelerinden SVF elde etmek amaçlı kullanıldı. Grup I (kontrol grubu): Sıçanların sırt bölgesinden iki adet flep kaldırıldı, fleplere fosfat tamponlu salin (PBS) verildi. Grup II (DM), Grup III (KBH), Grup IV (DM+KBH): Hastalık oluşturulduktan sonra uygun süre beklenildi, iki adet flep kaldırılarak soldaki flebe SVF enjekte edildi diğer flebe PBS verildi. 7 gün sonra deney sonlandırılarak flepler makroskopik ve histopatolojik incelemeye alındı. Makroskopik değerlendirme canlı alan yüzdesi ölçümü ve mikroanjiografi ile yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede; hematoksilen-eozin ve CD31 boyanmış kesitlerde kapiller dansite ölçümü yapıldı. Bütün sıçanlarda, 1. ve 7. günlerde, kanda VEGF düzeyi çalışıldı. Hastalık gruplarına SVF, flep canlılığını anlamlı arttırdığı gözlendi ($p<0,05$). SVF verilen fleplerde PBS grubuna göre kapiller dansite istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Bu sonuç mikroanjiografik damar sayımıyla uyumluydu. DiI işaretli kök hücrelerin endotel hücresine dönüşümü gösterildi. VEGF kan seviyeleri ise kontrol grubuna göre anlamlı artış gözlenirken 1. ve 7. günler arasındaki fark bir tek Grup II (DM)'de anlamlıydı ($p<0.05$). Çalışma sonucunda; DM ve KBH'nin flep yaşayabilirliğini azalttığını ve bu iki hastalığın birlikte görüldüklerinde flep yaşayabilirliğinin en az olduğu gösterildi. SVF'nin flep yaşayabilirliğini endotele dönüşerek ve neovaskülarizasyonla arttırdığı görüldü. Flep canlı alan yüzdesinin ise kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlendi. Bu bulgular sonunda DM ve KBH'nin yarattığı mikroçevre değişikliklerinin üremi daha fazla olmak üzere in vivo olarak kök hücre fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini düşünüldü.

Canlı alan yüzdeleri



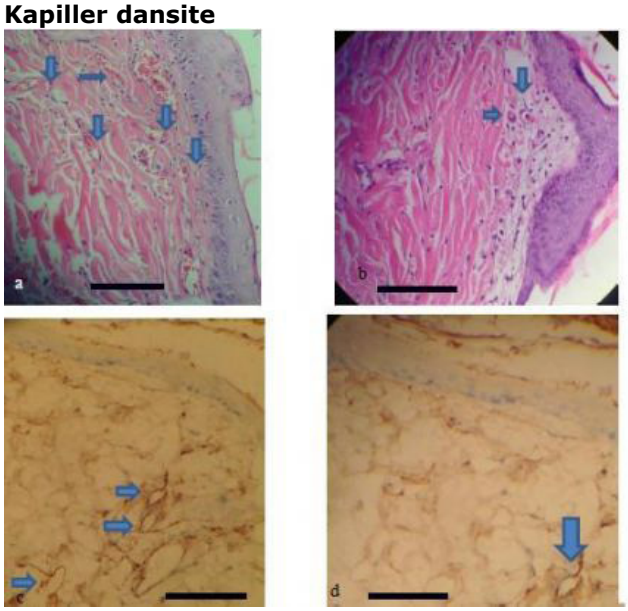
Grupların canlı alan yüzdelerinin karşılaştırmalı grafiği.

DiI boyalı hücrelerin gösterilmesi



Grup II 'de ve DiI + endotel hücrelerinin (ok) ışık mikroskobisi ve immunflorasan görüntüsü (100X)

Kapiller dansite



Grup III'te SVF verilen flepte kapillerler b) Grup III'te PBS verilen flepte kapillerler c) Grup IV SVF verilen flepte CD31 boyanan kapillerler d) Grup IV'de PBS verilen grupta CD31 boyanan kapillerler

DENEYSEL

Rat inferior epigastrik arter flebinde β-glukanın iskemi reperfüzyon hasarına etkisi

Fatih Kılıç, Teoman Eskitaşcıoğlu
Erciyes Ünicersitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Rekonstrüktif cerrahi, onkolojik rezeksiyon, travma ve yanık gibi çeşitli nedenlerden dolayı oluşan doku eksikliklerinin tamiri ile yeniden yapısal bütünlüğün ve fonksiyonun sağlanmasını amaçlar. Beslenmeleri için gerekli damar sistemini kendi bünyelerinde taşıdıklarından flepler defeklerin onarımı için bir avantajdır. Flep cerrahisinde başarıyı etkileyen faktörlerden birisi de iskemi reperfüzyon hasarıdır. İskemi ile beraber dokularda oluşan hasarı reperfüzyonun sağlanmasıyla oluşan serbest radikaller artırmaktadır. Serbest radikaller hücre içinde birçok enzimi aktive ederek zararlı etkilerini göstermektedir. Bu zararlı etkileri önlemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Bu amaçla kullanılan ajanlardan biri de β-glukandır. β-glukan makrofaj/monosit hücre serilerinin potent aktivatörüdür. Doğal immun cevapta rol oynayan hücrelerde fagositik, sitotoksik ve antimikrobiyal aktiviteleri arttırmaktadır. β-glukan'ın antioksidan etkileri ve nötrofil sayısını azaltmasına dair etkileri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Daha önce birçok çalışmada iskemi reperfüzyon hasarında olumlu etkileri gösterilmiş olan β-glukanın, deri fleplerinde iskemi reperfüzyon hasarında da faydalı olabileceği düşüncesiyle bu çalışma planladı.

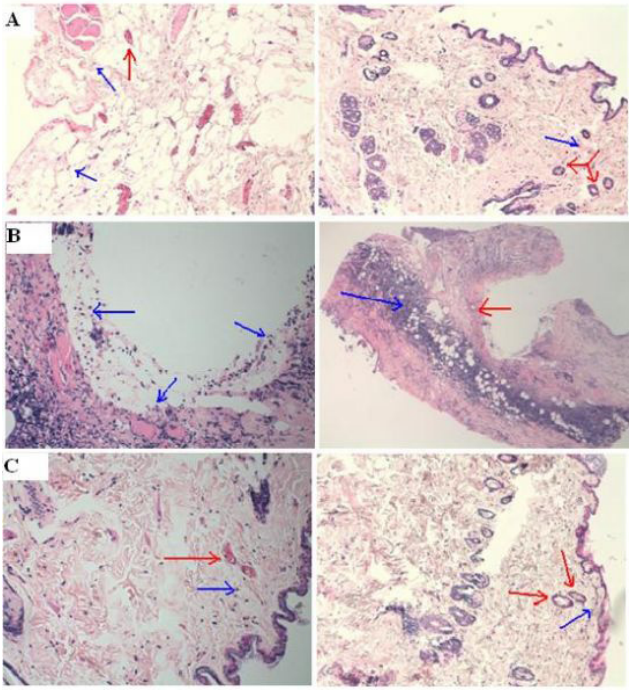
Gereç-Yöntem: Hayvanlar: Çalışmada 30 adet, 300-350 gr ağırlığında, Wistar Albino tipi erkek rat kullanıldı. Deney planı: Ratlar randomizasyon listesine göre seçilerek her bir grup 10 ratdan oluşacak şekilde üç grup oluşturuldu. Ratların hepsine aşağıda ayrıntıları verilecek olan epigastrik flep yapıldı. Sham grubu: Herhangi bir İ/R ve ilaç uygulaması yapılmayan grup. Kontrol grubu: Pre-op 10 gün 1cc gavaj izotonik gavaj yoluyla verilen ve iskemi reperfüzyon yapılan grup. Tedavi grubu: Pre-op 10 gün 50mg/kg β-glukan gavaj yoluyla verilen ve iskemi reperfüzyon yapılan grup şeklinde planlandı. Flep modeli ve cerrahi yöntem: Anestezi sonrasında inferior epigastrik arter bazlı 6x3 cm'lik flep planı çizildi ve flep sadece vasküler pedikülüne bağlı kalacak şekilde eleve edildi. Sham grubunda sadece flep elevasyonu yapıldı, iskemi uygulanmadı. Kontrol ve tedavi grubunda ise flep elevasyonu sonrası pedikülün distalindeki femoral arter ve ven bağlandı, pedikülün proksimalindeki femoral damarlar ise tekli mikro klemp ile klemplenerek arteryel-venöz akım bloke edildi ve 8 saat iskemi yapıldı. Post operatif 8. saatte denekler tekrardan uyutulup alt sınırının sütürleri alındı. Alt sınırdan açılan pencereden girilip mikroklempler alındı. Flep pedikülü eksplore edilip distale kan akımının geçişi kontrol edildikten sonra yara dudakları primer sütüre edildi. Sham grubunda post operatif 20.saatte, kontrol ve tedavi gruplarında ise 12 saat reperfüzyonu takiben flep lateral kısmından histopatolojik çalışma ve biyokimyasal çalışma için beş adet biyopsi alındı. Flep kaldırıldıktan 7 gün sonra yaşayan flep alanı ve nekroz alanlarının ölçümü, fotoğraf çekilerek AutoCAD programı yardımı ile hesaplandı. Enzim aktivitesi ölçümü: MDA, MPO, SOD ve GPx ELISA Kit ile tayini edildi. Histolojik analiz: Preparatlar histopatolojik inceleme ve nötrofil sayımı için Hematoksilen Eozin boyası ile boyanmıştır. İstatiksel değerlendirme: Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 istatistik paket programında değerlendirildi.

Bulgular: Flep canlılıklarının değerlendirilmesinde, tedavi grubunda yaşayan flep alanının kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Her gruba ait postoperatif 7. günde çekilen fotoğraflarda flep canlılık oranlarının üçer örneği şekil 1 'de görülmektedir. Histopatolojik bulgular: Tedavi grubunda kontrol grubuna göre nötrofil sayısının anlamlı bir şekilde düşük olduğu ($p<0,001$), damar çaplarında ise gruplar arası istatiksel bir fark olmadığı görüldü ($P = 0,145$). Gruplara ait histopatolojik görüntüler şekil 2 (a,b,c)'de gösterilmiştir. Biyokimyasal bulgular: Tedavi grubunda kontrol grubuna göre MDA ($p=0.025$) ve MPO ($p=0.025$) seviyelerinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu, GPx ($p=0.002$) ve SOD ($p<0.001$) seviyelerinin ise anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görüldü.

Tartışma: İskemi sonrası dokuların yeniden oksijenasyonu serbest radikal oluşumunu artırarak başta endotel olmak üzere tüm dokuya zarar vermektedir. Bu zararı oluşturan sadece serbest radikaller olmayıp aktive olmuş nötrofillerin de büyük katkısı vardır. β-glukan yalnızca antioksidan değil, aynı zamanda antitümöral, anti-enfektif, anti-lipit, anti-diyabetik, anti-toksik ve protektif, özelliklere sahiptir. β-glukanın böbrek, karaciğer, akciğer ve ince barsak gibi yaşamsal organlarda iskemi reperfüzyon hasarına karşı etkili olduğunu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir fakat deri fleplerinde İ/R hasarının önlenmesinde β-glukan etkinliğini inceleyen herhangi bir çalışma yoktur. Bu çalışmada β-glukanın inferior epigastrik arter flebinde yaşayan flep miktarını kontrol grubuna göre artırdığını gördük. Ayrıca histolojik değerlendirmede β-glukanın nötrofil sayısını kontrol grubuna göre azalttığı ve nötrofil sayısı ile flep yaşamı arasında negatif korelasyon olduğu görüldü. Toklu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yanığın indüklediği oksidatif hasarda β-glukanın MDA ve TNF-alfa değerlerinin düşürdüğü ve GSH aktivitesini artırdığı görülmüş. Şener ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, β-glukanın bası yarasının indüklediği oksidatif hasarı azalttığını göstermişler. Firat ve arkadaşları, ratlarla yaptıkları çalışmada, deride oluşturulan yanık sonrası doku MDA seviyelerinde istatiksel olarak anlamlı bir düşme ve doku GSH düzeylerinde yine istatiksel olarak anlamlı bir yükseklik saptayarak staz zonunun kurtarıldığını göstermişlerdir. Aydogan ve arkadaşlarının karaciğer iskemi reperfüzyon hasarında β-glukanın etkisiyle ilgili çalışmasında, β-glukanın MDA'yı azaltıp Katalaz'ı arttırdığı ve buna bağlı olarak da hepatik intra sellüler vakuolizasyonu ve fokal nekrozu azalttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da β-glukanın tedavi grubunda MDA seviyelerini anlamlı bir şekilde düşürdüğü ve antioksidan enzimler olan GPx ile SOD seviyelerini artırdığını gördük. Ayrıca MDA değerlerindeki anlamlı azalma flep canlılığı ile de negatif korelasyon göstermiştir. β-glukanın, yapılan bir çalışmada akciğerde oluşan İ/R hasarında PMNL infiltrasyonunu azaltması MPO seviyelerindeki düşüş ile ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da kontrol grubunda nötrofil istilasına bağlı olarak MPO düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

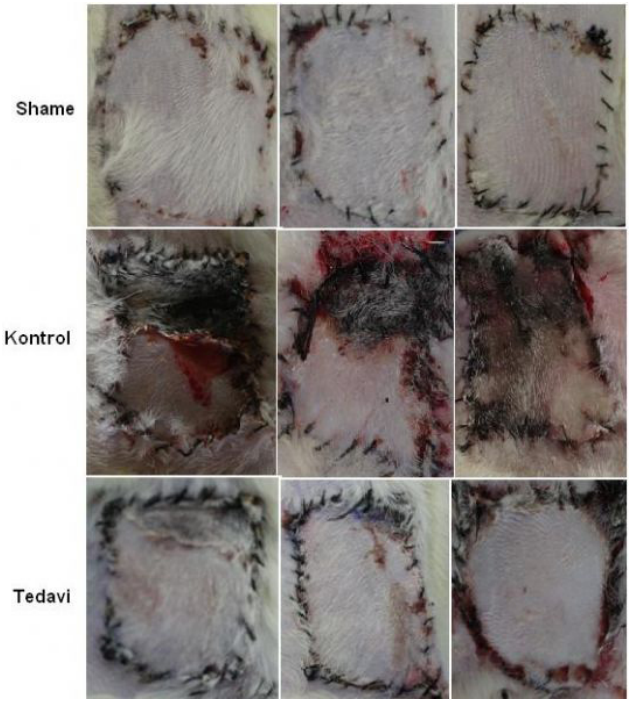
Tedavi grubunda ise kontrol grubuna göre MPO seviyelerinde anlamlı bir şekilde azalma görüldü. Bu sonuçlar bize β-glukan tedavisinin nötrofil ve MPO seviyelerini paralel şekilde azaltarak, hem nötrofil akümülasyonu hem de nötrofil fonksiyonunu azaltarak flep yaşamını artırdığını göstermektedir. Irami ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada İnce barsak iskemi reperfüzyon hasarında β-glukanın bakteriyal translokasyonu önlediği, TNF-alfa, IL-1beta, İL6 gibi inflamatuar sitokinlerini düşürdüğü ve İL-10 gibi anti-inflamatuar sitokinleri arttırdığı göstermiştir. Başka bir çalışmada ise IL-1 ve TNF-alfanın serbest oksijen radikallerinin uyarımı ile E-selektin ve L-selektin salınımını artırarak nötrofil yuvarlanmasını indüklediği gösterilmiştir. Bu sonuçlara dayanarak β-glukanın İL-1 ve TNF-alfa'nın seviyesini düşürerek nötrofil yuvarlanmasını azalttığını söyleyebiliriz. Bu şekilde nötrofil endotele tutunamamakta ve yoğun akümülasyon önlenmiş olmaktadır. Bizim çalışmamızda da nötrofil akümülasyonunu gösteren myeloperoksidaz seviyeleri düşük bulunmuştur. Sonuç olarak β-glukanın oksidatif stres parametrelerine etkisi literatürle uyumlu bulundu. MDA ve MPO düzeyleri kontrole göre düşmüştü, SOD ve GPx düzeyleri ise yükselmişti ve bu sonuçlar bizi, β-glukanın rat inferior epigastrik arter flebinde İR hasarı üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu kanısına vardırdı. Çalışmamız histopatolojik yönden incelendiğinde, kontrol grubunda sham grubuna göre anlamlı farkla iskemi reperfüzyon hasarının olduğu görüldü. Tedavi grubundaki histopatolojik incelemede, β-glukanın nötrofil istilasını anlamlı bir şekilde azalttığı saptandı. Bu nedenlerden dolayı çalışmamız, deneysel açıdan β-glukanın İ/R hasarında olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Resim-2



Gruplara ait histopatolojik görüntüler
A- Sham grubu
B- Kontrol grubu
C- Tedavi grubu

Resim-1



Her gruba ait üçer örneğin post-operatif 7. gün görüntüsü

Tablo-1

	Gruplar			
	Sham Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Tedavi Ort±SD	p değeri
Foto oran	100 ± 0a	44,7± 9,8c	87,1± 5,6b	<0,001
Nötrofil	11,8±2,9a	49,1± 14,5b	7,3± 3,0a	<0,001
Damar Çapı	49,9±7,4a	52,1±6,5a	47,2±7,3a	0,145
MDA	2,51±1,63 a	2,93±0,94 b	5.19±2,44 a	0,010
MPO	172,7±98 a	220,7±146 b	368±88 a	0,007
SOD	2,0± 2,65a	0,24±0,21b	1,96±0,98a	<0,001
GPx	87,4±60,8a	29,3±22,6b	82,9±60,2a	0,002

İstatistiksel Değerlendirme Sonuçları Genel Tablosu
(a,b,c: Aynı harfin yer aldığı gruplarda istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.)

KLİNİK

Plateletten Zengin Plazma Hazırlanmasında Optimum Değerlerin Saptanması

Kadri Özer[1], Yüksel Kankaya[1], Bülent Alioğlu[2], Gürcan Aslan[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği

Amaç: Plateletten zengin plazma(PZP) kolay, ucuz, hızlı, etkili ve güvenli bir ürün olarak tanımlanabilir. PZP'nin plastik cerrahide klinik uygulamaları ve belirgin sonuçları çok çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir.12009 yılında 45 milyon$ hesaplanmış bir market alanı olmakla birlikte, bu değerin 2016 yılında 126 milyon$ olacağı tahmin edilmektedir. PZP hazırlanması üzerine geniş bir aralıkta ve çok değişken şekilde protokoller raporlanmış olmasına rağmen uygun değerlerin eldesi konusunda tam bir fikir birliği olmayıp yapılan çoğu çalışma, ticari olarak kullanılan bazı santrifüj cihazlarının etkinliğini kıyaslamaya yönelik gerçekleşmiştir.Günümüzde en az 16 ticari platelet ayrıştırıcı sistemi bulunmakla birlikte her bir sistem faklı ayrıştırma yöntemlerini kullanmaktadır. Çalışmamızın amacı, ticari kitler kullanmaksızın PZP hazırlanmasında santrifüj aşamasıyla ilgili yönleri vurgulamak ve nihai uygun kompozisyonun eldesiyle ilgili etkilerini tartışmaya açmak ve PZP hazırlama protokolünü optimize etmektir.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmaya yaşları 25-35 yaş arasında değişen 15 sağlıklı erkek gönüllü dahil edilmiştir.Çalışma üç bölümde planlanmış ve gönüllüler randomize olarak üç gruba ayrılmışlardır.Her gönüllüden bazal kan değerleri ölçümü için 2 ml tam kan EDTA'lı tüpe alındı. Santrifüjlemeler için ise 5,4 ml hacimli tam kan örnekleri, 0,6 ml asid sitrat dekstroz içeren her bir tüpe alındı. Çalışmanın ilk bölümünde, PZP hazırlanırken alınacak plazmanın, santrifüjleme sonrasında tüpün hangi bölgesinde plateletten daha zengin olduğu sorusuna yanıt aranmıştır.Beş sağlıklı gönüllünün her birinden 4 tüp tam kan alınarak 180xg ivmelenmede 15 dakika boyunca santrifüj edildi."Buffy coat"bölgesinin üzerindeki plazma bölgesi kabaca 3 eşit bölgeye ayrıldı(Resim-1). Birinci tüpten "buffy coat" olarak adlandırılan en alt tabakasından 0,6 ml (literatürde bir tüpten max. 0,6 ml buffy coat oluşacağı belirtilmiştir),ikinci tüpün alt 1/3'lük kısmındaki 1 ml plazma,üçüncü tüpün orta 1/3'lük kısmındaki 1 ml plazma ve dördüncü tüpün üst 1/3 kısmındaki 1 ml plazma alınarak analiz yapıldı.Yapılan analiz sonucunda hangi bölgenin en fazla platelet miktarı sağlayacağı tespit edildi. Çalışmanın ikinci bölümünde ise ilk santrifüjlemenin ne kadar ivmelenme kuvvetinde ve ne kadar süre yapılmasına ait soruya yanıt aranmıştır.Beş sağlıklı gönüllünün her birinden 24 tüp tam kan alındı.Örnekler, 45xg, 180xg, 400xg, 725xg, 1130xg, 1630xg ivmelenme kuvvetinde(farklı ivmelenmelerde-santrifüj aletinde 500,1000,1500,2000,2500,3000 devir sayılarına denk gelmektedir-) ve 5,10,15 ve 20 dakikalar(farklı sürelerde) boyunca santrifüj edildi.Santrifüj sonunda çalışmanın ilk bölümünde tespit edilen bölgeden/ bölgelerden örnek alınıp analiz edildi.Çalışmanın ikinci bölümünün tamamlanmasıyla, ilk santrifüjleme için yapılması gereken ivmelenme kuvveti ile süresi ve örneğin alınması gereken bölge tespit edilmiş oldu. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise ikinci santrifüjlemenin ne kadar ivmelenme kuvvetinde ve ne kadar süre yapılmasına yanıt aranmıştır.Beş sağlıklı gönüllüden 24 tüp tam kan alınarak bu örneklerin tamamına, ikinci bölümde en yüksek değer veren ivmelenme kuvvet ve süresi uygulanarak ilk santrifüjleme yapılmış,sonrasında birinci bölümde en yüksek değeri veren bölgelerin plazması alınmıştır.İkinci santrifüjleme için gerekli miktarı arttırmak için santrifüjlenen 4 tüpün plazması bir tüpte birleştirildi ve böylelikle her gönüllüden santrifüjlenmiş 6 tüp plazma elde edilmiş oldu.Bu 6 tüp plazma, ikinci bölümde en yüksek değer veren dakika ve kuvvet değerlerinde sırasıyla 45xg, 180xg, 400xg, 725xg, 1130xg, 1630xg olacak şekilde ikinci santrifüjlemeye tabii tutuldu.Her tüpün en alt kısmında oluşan PZP kısmı eşit miktarda alınarak tam kan sayımına tabii tutuldu.

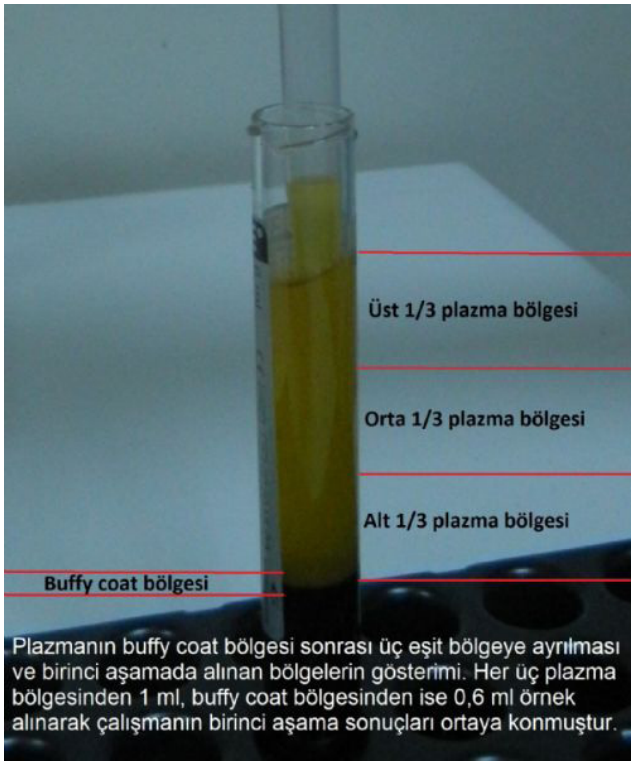
Bulgular: Birinci bölüm sonuçları Grafik-1'de verilmiştir. Ortalama platelet konsantrasyonu mm3'te bazal kanda,üst 1/3 plazmada,orta 1/3 plazmada,alt 1/3 plazmada ve buffy coat bölgesinde sırasıyla, 231.000, 81.200, 184.200, 359.000 ve 1.134.200 olarak bulunmuştur.Bir tam kanın 5,4 ml, alınan plazma örneklerinin de 1 ml, buffy coat bölgesinden elde edilen hacmin de 0,6 ml olduğu hesaba katılırsa bu bölgedeki toplam platelet sayıları Grafik-1'deki gri sütunu oluşturacaktır.Buna göre, sayısal olarak plateletlerin %54,56'sı buffy coat bölgesinde birikirken, %28,78'i alt 1/3 plazmada birikmektedir. Bilindiği üzere, plateletler megakaryositlerden kopan ve çekirdeğini kaybeden partiküllerdir ve bunlar kopan parçalar olduklarından büyüklükleri değişebilmektedir. Granül (büyüme faktörleri ve sitokinleri içeren granüller) içeriklerinin çoğunluğunu kopmadan önce megakaryositlerden aldıkları da bilindiğine göre, daha büyük platelerde daha fazla büyüme faktörleri varlığı hipotez edilerek kardiyoloji bölümlerince yapılan bir çalışmada kanıtlanmıştır.Bu sebeple, plateletlerin sayısı ile birlikte hacimlerinin de PZP'nin etkinliği üzerine değişkenlik yaratabileceği ve PZP karşılaştırılmasında hacmin de etkisinin göz önüne alınması gerektiği hipotez edilerek daha objektif bir karşılaştırma yapabilmek için her bir plateletin ortalama hacmi ile platelet konsantrasyonunun çarpımının PZP etkinliğinde önemli olacağı savunulabilir.Bulunan bu değerin diğer kavramlarla karışmaması için de "platelet porsiyonu" terimi kullanılması uygun görüldü.Platelet porsiyonu, incelenen plazma veya tam kandaki toplam platelet hacmini vermektedir ki bu değer plateletlerin sahip olduğu sitokin ve büyüme faktörlerini daha uygun yansıtacağı hipotez edilmiştir(platelet hacimleri değişken olduğundan). Grafik-1'de kırmızı çizgi ortalama platelet hacmini ifade etmektedir.Buna göre, tam kanda ortalama 8.68 fL olan plateletlerin daha büyük hacimli olanları, özellikle buffy coat bölgesinde birikmiştir(bu bölgedeki ortalama platelet hacmi:10.24 fL olarak bulunmuştur).Üst 1/3'te biriken plateletlerin ortalama hacmi ise 5.66 fL olup neredeyse hacimsel olarak buffy coat bölgesindekilerin yarısıdır.Bu ortalalama platelet hacimleri ile bu bölgedeki toplam platelet sayıları çarpıldığında, kitlesel platelet toplam hacmi elde edilir ve terimsel olarak "platelet porsiyonu" ile ifade edilebilir.Buna göre 5.4 ml tam kandaki 10.827.432 fL'lik toplam platelet porsiyonunun %64,36'sını(6.968.525 fL) sadece buffy coat içerir ve alt 1/3 plazma kısmı ise %23,67'sini(2.563.260 fL) içerir.İkisi birlikte ele alındığında buffy coat ve alt 1/3 plazma toplam platelet kitlesinin %88'ini içermektedir. İkinci bölümde en yüksek değerin 1630xg ivmelenme kuvvetinde ve 5 dakika sürede olduğu görüldü.Bu nedenle ilk santrifüjleme olarak bu ivmelenme hızının ve süresinin kullanılmasının uygun olduğuna karar verildi.Ayrıca bu santrifüjleme çalışmasında düşük ivmelenmelerde süre arttıkça konsantrasyonun arttığı, yüksek ivmelenmelerde ise süre arttıkça konsantrasyonun düştüğü görüldü. Üçüncü bölümde, platelet porsiyonundaki faktör artışları değerlendirildiğinde ise 45xg, 180xg, 400xg,

725xg, 1130xg ve 1630xg gruplarında sırasıyla bazal platelet porsiyonuna göre 2,145, 2,364, 2,522, 2,482, 3,559 ve 4,336 kat olarak bulunmuştur ve bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Grafik-2).

Sonuç: Özel ve maliyetli malzemelere ihtiyaç olmaksızın basitleştirilmiş PZP hazırlama yöntemlerinin, klinik bilgi toplanmasını ve rutin hale gelerek klinik pratikte kullanımını arttıracağı literatürde belirtilmiştir.175-1150 US$ olan tek kullanımlık kitlere karşın manuel olarak hazırlanan PZP'nin maliyeti 4 US$'dan daha azdır. Çeşitli merkezlerde yapılan çalışmalar göstermiştir ki platelet konsantrasyonu 4 ila 6 kat sonrasında inhibisyon etkiye dönüşmektedir.Konsantrasyonu 2 kattan düşük olduğunda ise istenilen etki elde edilememektedir.Çalışmamız ile 4.3 katına, maliyet-etkin bir yöntemle 1630xg ivmelenme kuvveti ve 5 dakikalık iki santrifüjleme sonrasında buffy coat ve alt 1/3'lük plazma bölgesinin alınması ile ulaşılabileceği gösterilmiştir.Ayrıca, PZP hazırlanmasında ve karşılaştırılmasında sadece konsantrasyonun değil hacimsel büyüklüğü de değerlendiren platelet porsiyonunun kullanılması gerektiği vurgulanabilir.

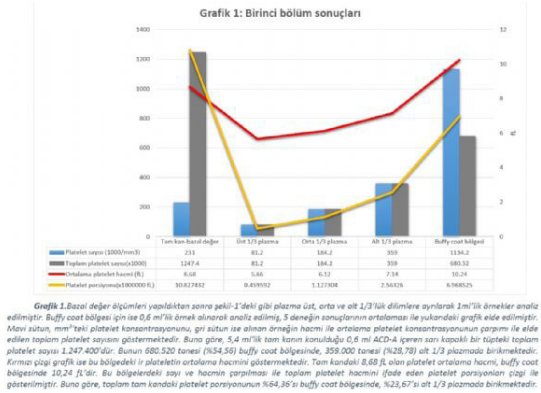
KAYNAKÇA : 1. Perez AGM,Lana JFSD,et al.Relevant aspects of centrifugation step in the preparation of platelet-rich plasma.ISRN Hematol.2014;2014:176060.

Resim 1



Buffy coat bölgesi ve üzerindeki plazmanın kabaca üç ayrı bölgeye ayrılması

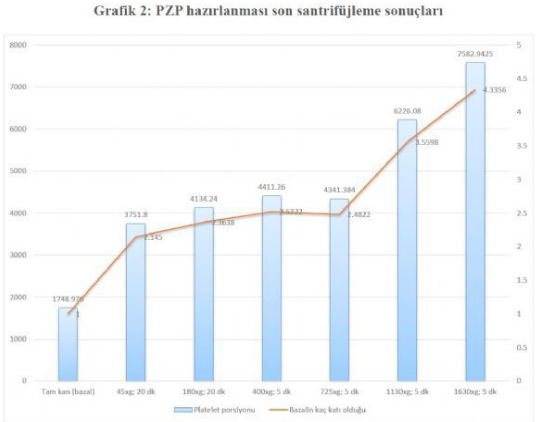
Grafik 1



Grafik 1.Bazal değer ölçümleri yapıldıktan sonra şekil-1'deki gibi plazma üst, orta ve alt 1/3'lük dilimlere ayrılarak 1ml'lik örnekler analiz edilmiştir. Buffy coat bölgesi için ise 0,6 ml'lik örnek alınarak analiz edilmiş, 5 deneğin sonuçlarının ortalaması ile yukarıdaki grafik elde edilmiştir. Mavi sütun, mm³'teki plateket konsantrasyonunu, gri sütun ise alınan örneğin hacmi ile ortalama platelet konsantrasyonunun çarpımı ile elde edilen toplam platelet sayısını göstermektedir. Buna göre, 5,4 ml'lik tam kanın konulduğu 0,6 ml ACD-A içeren sarı kapaklı bir tüpteki toplam platelet sayısı 1.247.400'dür. Bunun 680.520 tanesi (%54,56) buffy coat bölgesinde, 359.000 tanesi (%28,78) alt 1/3 plazmada birikmektedir. Kırmızı çizgi grafik ise bu bölgedeki ir plateletin ortalama hacmini göstermektedir. Tam kandaki 8,68 fL olan platelet ortalama hacmi, buffy coat bölgesinde 10,24 fL'dir. Bu bölgelerdeki sayı ve hacmin çarpılması ile toplam platelet hacmini (fide eden platelet porsiyonları çizgi ile gösterilmiştir. Buna göre, toplam tam kandaki platelet porsiyonunun %64,36'sı buffy coat bölgesinde, %23,67'si alt 1/3 plazmada birikmektedir.

Çalışmanın birinci bölüm sonuçları

Grafik 2



Grafik 2. Sütun grafik, üçüncü aşamadaki beş deneğin ortalama platelet porsiyonlarını gösterirken çizgi grafik bazal tam kan değerine göre verilen santrifüjleme süre ve ivmelerindeki artış oranlarını göstermektedir. Buna göre, ilk ivmelenme olan 1630xg, 5 dk'lık santrifüjleme sonrasında en iyi değer yine ikinci santrifüjlemede 1630xg, 5dk olarak bulunmuştur. Bu ivmelenme kuvveti ve sürede platelet porsiyonu 1ml'lik örnek için 4.3356 katına çıkarılabilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölüm sonuçları

KLİNİK

Üst Ekstremite Nörovasküler Defektlerinin "Flow-Through" Arterialize Venöz Sural Sinir Flepleri İle Rekonstrüksiyonu

Gökçe Yıldıran[1], Muhammed Nebil Selimoğlu[2], Mehtap Karameşe[1], Osman Akdağ[1], Zekeriya Tosun[1]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: Üst ekstremitede travma sonrası oluşan ciddi nörovasküler hasarlarda sinir ve damar defektlerinin onarımı için hem sinir greftleri hem de ven greftleri gerekmektedir. Bunnell ve Boyes tarafından 1939 yılında tanımlanan otolog sinir greftleri ameliyatları sonrası alıcı alandaki fibrozis, yapışıklıklar ve uzun sinir kablosunun kullanılması sinir greftinin revaskülarizasyonunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu olumsuzlukları aşabilmek amacıyla 1976da Taylor ve Ham, vaskülarize sinir greftini tanımlamıştır. Bundan sonra vaskülarize sinir greftlerinin etkinliği deneysel olarak doğrulanmıştır. Kimata, vaskülarize sinir greftlerinin bir endikasyonu olarak skarlı alıcı alanı belirtmiştir. Skarlı alanda zorlu sinir rejenerasyonunun, sinir mikroçevresindeki lokal kan akımı artışı ile üstesinden gelinebileceği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada ise, üst ekstremite travmalarına bağlı olarak, hem sinir hem de arter defekti olan hastalarda uygulanan flow-through arterialize venöz sural sinir flepleri ve klasik sinir greftleri ile karşılaştırılması sunulmuştur. Bu yöntemle; hem kanlanması olan bir sinir dokusu ile daha iyi sinir iyileşme sonuçları elde edilmesi, hem de mevcut damar defektinin ek donör saha morbiditesi yaratmadan onarılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmanın flep grubuna, 2013 ocak ve 2014 şubat tarihleri arasında "flow-through" arterialize venöz sural sinir flebi ile opere edilen 6 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 25 olan hastaların ortak özelliği üst ekstremitede hem damar hem de sinir defektleri olması idi. Damar bütünlüğü korunmuş olan veya primer onarılabilecek damar yaralanması olan hastalar, sinir defekti olsa dahi, çalışma dışında bırakıldı. Greft grubuna, daha önce sural sinir greft i ile üst ekstremite sinir onarımı yapılmış hastalardan 6'sı dahil edildi. Greft grubu hastaları, sinir defekt büyüklüğü ve postoperatif takip süresi flow through sinir flebi yapılan hastalarınkine benzer olan hastalar arasından rastgele seçildi. "Flow through" sinir flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastalar sinir defekti ve damar defektinin boyu, hangi damar ve sinirin etkilendiği, yaralanma tipi ve postoperatif takip süresine göre değerlendirildi. Hastalardan 5i akut travma hastası olup, 1i ulnar siniri onarılmış eski travma idi ve ulnar sinirde nöroma bulguları ile başvurmuş, eksplorasyonu sırasında ulnar arterde de travmaya bağlı defekt olduğu görülmüştü. Tüm flep grubu hastalarında travma alanı eksplore edildi, mevcut damar ve sinir defektleri için aynı taraf bacak lateralinden yapılan tek longitudinal insizyonla sural sinir, eşlik eden saphena parva veni de korunarak disseke edildi. Defekte uygun büyüklükte sinir ve damar alınarak; ven, arter defekt onarımında, sural sinir ise sinir defekti onarımında kullanıldı. Böylece hem damar bütünlüğü sağlanmış, hem de "flow-through", vaskülarize bir sural sinir flebi elde edilmiş oldu. Nöroma nedeni ile eksplore edilen hasta haricindeki tüm hastalar acil şartlarda opere edildiğinden, preoperatif dönemde alıcı veya donör alanda anjiyografi yapılmadı. Greft grubu hastalarına sural sinir grefti ameliyatı klasik yöntem ile yapıldı. Tüm hastaların 6. Ayda ve 12. ayda EMG'deki sinir iletim hızı, amplitüdü ve latans değerleri ölçüldü, iki grup kendi arasında karşılaştırıldı. Tüm EMG'ler aynı nörolog tarafından yapıldı, Buchthal ve Rosenfalck tarafından gösterilen normal duyu sinir iletim değerleri baz alındı. Hastaların 12. aydaki 2 nokta ayrım testleri yapılarak iki grup kendi aralarında karşılaştırıldı. Greft grubundaki hastaların tümüne yönelik doppler ultrasonografi ile, onarılmış olan arterin açıklığı 1. hafta, 1. ay ve 6. ayda değerlendirildi, 1 hastada postoperatif 6. ayda bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile değerlendirilme yapıldı. Tüm hastaların 6. ayda ve 12. aydaki sural sinir donör alan problemleri değerlendirildi, bu değerlendirme kriterlerine nöroma bulguları, soğuk intoleransı ve skar dahil edildi. Skar için hastaların mükemmel, iyi, orta, kötü seçeneklerinin olduğu 4 nokta değerlendirme ölçeği ile subjektif değerlendirmeleri ölçüldü.

Bulgular: Hastaların postoperatif takip süresi ortalama 14 ay idi. (12 ay – 17 ay) 6. aydaki EMG sinir iletim hızı, amplitüdü ve latans değerleri flep grubunda, greft grubuna göre anlamlı olarak farklı saptandı ($p<0,05$). 12. Aydaki EMG sinir iletim hızı, amplitüdü ve latans değerleri greft ve flep grubunda benzerlik göstermekteydi. ($p>0,05$) 12. aydaki iki nokta diskriminasyon testlerinin milimetre cinsinden ortalamasında flep grubu (5,3 mm) ve greft grubu (4,8 mm) arasında anlamlı fark yoktu. ($p>0,05$) 1. hafta ve 1. Ayda tüm hastaların doppler ultrasonografi ile onarılmış arter patensi teyit edildi. 6. Ayda 5 hastada doppler ile akım varlığı doğrulandı, 1 hastada doppler ile akım alınamaması üzerine bilgisayarlı tomografi anjiyografi yapıldı, arter açıklığı doğrulandı. 6. ayda ve 12. Ayda hiçbir hastada sural sinir donör saha problemleri gözlenmedi. Skar tüm hastalar için iyi veya mükemmel derecede idi.

Sonuç: Sural sinir, anatomisi sebebi ile vaskülarize bir şekilde kaldırılmak için uygundur; olgularımızda, eşlik eden arter defekti de olması sebebi ile tek seanslı vaskülarize "flow through" sural sinir flebi uygulaması tercih edilmiştir. Sinir rejenerasyonu; nörotropik büyüme faktörleri, enflamasyon ve dejenerasyonun tipinden etkilenmektedir. Zhu ve ark. Sinir rejenerasyonundaki en önemli faktörlerden birinin sinir mikroçevresindeki lokal kan akımı olduğunu saptamışlardır. Bu vaka serisindeki sinir flepleri grubunun 6. aydaki EMG'lerinin greft grubuna göre anlamlı olarak daha iyi çıkmasında, mikroçevredeki lokal kan akımı artışının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç, motor sinir hasarı olan travmalarda, distaldeki kas grubunun atrofisini önlemek amacı ile sinir grefti yerine, erken dönemde daha hızlı rejenerasyon sağlayan sinir fleplerinin kullanılabileceğini de düşündürmüştür. (Tablo 1) 12. aydaki EMG ve 2 nokta diskriminasyon testlerinde anlamlı farklılık çıkmaması, sural sinir flepleri ve greftleri iyileşmesinin geç dönemde fark yaratmadığını göstermiştir. Vaka sayımızın sınırlı olması çalışmanın bir kısıtlılığı olabilir, ne var ki hem arterial hem nöral defekti bulunan tipte travma sınırlı sayıda başvurmaktadır. Nonvaskülarize alındığında yeterli iyileşme beklenmeyen sinir defektli hastalarda, hem sinir hem damar defekti bir arada olan üst ekstremite yaralanmalarında ve motor sinir hasarı olan üst ekstremite yaralanmalarında; arterialize venöz sural sinir flepleri iyi bir seçenek olarak görülmektedir.

KLİNİK

Tablo 1. Sural sinir grefti ve arterialize venöz sural sinir flebi karşılaştırılması

	Sural sinir grefti	Arterialize venöz sural sinir flebi
Cerrahi teknik	+	+/++
Sinir iyileşmesi – vaskülaritesi iyi alanda	+	+
Sinir iyileşmesi – vaskülaritesi kötü alanda	-/+	++
Damar defektlerinde de kullanılabilirlik	-	+
Büyük sinir defektlerinde de kullanılabilirlik	-	+
Motor lif içeren sinir kesilerinde avantaj	-	+

Basınç Ülserlerine Akıllı Çözümler; Akıllı Ayak İzi ve Akıllı Çarşaf

Reşit Burak Kayan[1], Mehmet Veli Karaaltın[2], Ethem Güneren[1], Selma Sönmez Ergün[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi
[2]Acıbadem Üniversitesi

Ülkemiz tıbbının; diğer alanlarda da olması gerektiği gibi, yenilikçi ve katma değeri olan ürünler üretip, hem dünya tıbbına hem de kendi geleceğine katkı yapması gerekmektedir.
Tıp alanında da dışa bağımlılığı azaltıp, kendi teknolojimizi üretip dışarıya ihraç etmek için biz hekimlere de büyük sorumluluklar düşmektedir. Ülkemizde tıp alanında her daim öncü ve yenilikçi olan ve teknolojik gelişmeleri kendi pratiğinde en rahat uygulayan bilim dalı; plastik,rekonstruktif ve estetik cerrahi bilim dalı olmuştur.Bu ufkun bize vermiş olduğu ilham sayesinde teknolojisi ve patenti bize ait olan ürünleri ve bu ürünler ile yaptığımız klinik çalışmayı sizlerle paylaşmak istedik.
Basınç duyarlı sensörler, son 5 yılda hızla gelişen robot teknolojilerinde kullanılan, dış dünya ile robot yazılımı arasında iletişimi sağlayan aygıtlardır.Üzerlerindeki polimer tabakaya uygulanan kuvvetle orantılı olarak dirençlerindeki azalma ölçülerek, sensörlerin üzerlerine uygulanan kuvvetler, basınçlar veya ağırlıklar hesaplanabilir. Kullandığımız sensörler ile 14.5 cm2 alan içerisindeki her cm2' ye uygulanan basınç, kuvvet veya ağırlık sıfıra yakın kayıp ve yanılma payı ile hesaplanabilir.
Bu sensörleri kullanarak ürettiğimiz; tasarımı, yapımı ve yazılımı tamamen üniversitemize ait olan; akıllı ayak izi ve akıllı çarşaf adını verdiğimiz ürünler ve yapım aşamasında olan akıllı minder ile her türlü bölgede basınç ülseri oluşumunu önlemeyi veya var olan ülseri kısmen tedavi etmeyi hedefledik.
Akıllı çarşaf; daha önce yapılan çalışmalarda, insan bedeninin değişik pozisyonlarda, farklı alanlarındaki, ağırlık taşıyan bölgeler ve en fazla basınca maruz kalan, basınç ülseri gelişimine en yatkın alanlar tanımlanmıştır.Bu tanımlamalar ışığında tasarladığımız çarşafa, supin,prone ve yan yatış pozisyonunda basıya maruz kalan bölgeler ıskalanmayacak şekilde basınç duyarlı sensörler yerleştirilmiştir. Sensörler; çarşaf kenarındaki bir anakarta bilgileri aktarmakta ve bu bilgiler kablosuz olarak yazılımımızın yüklendiği bir bilgisayara aktarılmaktadır. Yazılım,hastanın hangi pozisyonda yattığını algılamaktadır ve hastanın ağırlık taşıyan bölgelerindeki basıncı 500 ms de bir ölçüp newton/ cm2 cinsinden ekrana yansıtmaktadır.
Basınç ülseri etyopatogenezdeki en önemli faktör, uzun süreli ve aşırı basınçtır,kapiller basıncı (32mmhg) aşan ekstrinsik bir dış basınç, kapillerleri tıkar ve doku oksijenasyonu bozulur. 1974'te Dinsdale 'nin hayvanlarda yaptığı basınç çalışmasında, 70 mm hg 'nın 2 saat süreyle etki etmesinin kapillerleri oklüde ettiğini ve geri dönüşümsüz doku hasarı yaptığını göstermiştir. 1965'te Lindan ve ark, hastanın pozisyonuna bağımlı olarak ağırlık taşıyan bölgelerdeki basınç farklılıklarını tanımlamışlardır.Buna göre supin pozisyonda sakrum,topuklar ve oksipital bölge ağırlık taşıyan kemik çıkıntılı alanlar olarak belirlenmiş olup, bu bölgelerin 40- 60 mm hg basınca maruz kaldığı görülmüştür. Prone pozisyonda diz ve göğüs kafesi ağırlık taşıyan bölgelerdir, buralar 50 mm hg basınca maruz kalmaktadır. Oturur pozisyonda iken ağırlık taşıyan bölgeler iskial bölgeler olmakla birlikte buralara uygulanan basınç 75 mm hg olarak ölçülmüştür.Bunlardan daha yüksek basınçların, uzun

süreli uygulanmasının, dokuda iskemi ve ona bağlı olarak nekroz oluşturacağı savunulmuştur.Ayrıca yüksek basınç uygulanan bir alanda, basınç miktarı 7-8 dk kadar normal seviyeye düşürülürse o alanda doku canlılığı korunabilmektedir.(Husain T ve ark, 1953) Bu bilgiler ışığında tasarlanan yazılım ile, her bölge için kritik basınç seviyesi farklı olarak belirlenmiştir. Ölçülen basınçlar, kritik basıncın altında iken ekranda her bölge için ayrı bir sekmede 'Normal Basınç' yazmakta ve simülasyonda o bölgenin karşığındaki alan yeşil renkte görülmektedir. Kritik basınç üzerinde bir basınç ölçülüyorsa ekranda o bölge için 'Kritik Basınç' yazmakta ve simülasyonda aynı anda o bölgenin rengi kırmızıya dönmektedir.Yazılım kritik basınç uyarısı verdiği anda 120 dakikalık bir geri sayım kronometresi ekranda belirmektedir ve geri sayım başlamaktadır.Herhangi bir nedenle, hasta hareket eder veya basınç o bölgede normal seviyeye dönerse kronometre durmaktadır. Eğer 8 dakika içerisinde tekrar kritik basınç uyarısı alırsa sistem kaldığı yerden gerisayıma devam etmektedir.8 dakika içerisinde sistem kritik basınç uyarısı almazsa kronometre 120 dakikaya sıfırlanmaktadır. Şayet gerisayım biterse ve hastanın pozisyonu değiştirilmez ise simülasyondaki kırmızı alan siyah renge boyanmakta ve sistem alarm vermektedir. (fig.1) Bu çarşaf ile birlikte, plejik, kısa-uzun süreli yoğun bakımda takip edilecek şuuru kapalı/ motor zaafiyeti olan veya uzun sürecek cerrahi işlem uygulanacak hastalarda, vücutta ağırlık taşıyan bölgelere binen basıncı saniyelik olarak takip edebilmek ve objektif kriterlerle hastanın pozisyonunu ayarlayarak, basınç ülseri gelişimde temel rol oynayan basınç faktörünü kontrol altına alabilmek amaçlanmaktadır. Henüz yapım aşamasında olan yazılımımız ile; çarşaf havalı yatak ile kordineli biçimde çalışarak basıncın kritik seviyeye ulaştığı yerlerde basıncı düşürebilecektir. Akıllı ayak izi; her iki ayak tabanlığı içerisine yerleştirilen toplamda 10 adet basınç duyarlı sensör ve bu sensörlerin bilgi aktarımı yaptığı bir anakarttan oluşmaktadır. Ve bu bilgiler kablosuz olarak bilgisayar yazılımında görülebilmektedir.Her ayak tabanı için 5 adet ağırlık taşıyan bölge bulunmaktadır. Bu bölgelere yerleştirilen sensörler yardımı ile hasta ayakta dururken veya yürürken bu bölgelerdeki basınç değerlerini ölçebilmek ve bunları haritalayabilmeyi amaçladık.Bu sayede sistemik hastalıklara sekonder polinöropati gelişen veya ayak anatomisi bozulan bu nedenle plantar bölgedeki basınç dengeleri ve dağılımları değişen hastaları basınç ülseri gelişmeden tespit ederek koruyucu sağlık hizmeti yapılabileceğini ya da ülseri olan hastalardaki patolojik basınç dağılımlarını objektif kriterler ile ortaya koyarak bu hastalara daha ideal tedavi planlanabileceğini düşündük.Bu sistem; yazılımının ve üretiminin yerli olması nedeniyle piyasadaki muadilinden 50 kat düşük maliyetle üretilebilmektedir ve farklı olarak kişiye özel üretimle her ayakkabı içine yerleştirilebilmektedir. Sistem 2 adet ayak tabanlığı ve buna bağlı bir anakarttan oluşmaktadır.Hastanın her iki ayak başparmak,1.metatars, 5.metatars,lateral ark ve topuk bölgelerindeki sensörler ile 1000ms de bir basınç değeri kaydedebilmekteyiz ve bunları simülasyon ile görebilmekteyiz. Ayakta polinöropati semptomu olmayan,diabeti olmayan, cerrahi geçirmemiş, ayak taban profili ve kemik yapısı normal, sağlıklı 200 insanda ayak tabanı basınç haritası ve normal değerler sayısal bazda hesaplandı ve yazılıma aktarıldı. Ardından diabetik ayak ülseri olan veya olmayan diabetik polinöropati semptomlarını taşıyan 40 hastanın, sinir ileti çalışması ile polinöropatik oldukları gösterildi.Hastalar makro-mikro vasküler diabet komplikasyonları açısından tarandı.Eşlik eden retinopati, nefropati, hipertansiyon, kalp hastalıkları, damarsal patolojiler testler ile gösterilip dökümente edildi. Ardından ayak plantar bölge basınç profilleri çıkartılıp,ortalama basınçtan anlamlı derecede farklı basınca sahip ayak bölgeleri gösterilip, basıncın yükseldiği bölgelerdeki basıncı azaltacak şekilde kişiye özel yaptırılan silikon tabanlık eşliğinde basınç dağılımları tekrar ölçülüp bu bilgiler dökümente edildi.(fig.2,3) Ayrıca çalışmada basma yüzeyindeki basınç dağılımları bozulan hastaların, basınç dağılımlarının ve profillerinin mevcut ayak ülserlerleri ile ne kadar paralel oldukları gözlemlenmiş oldu.

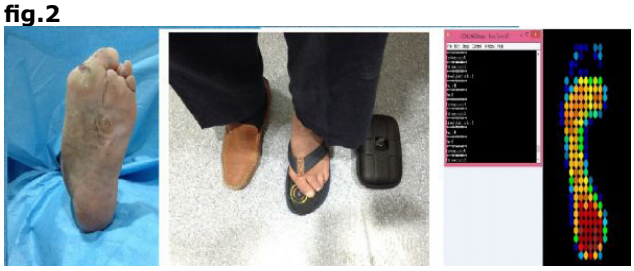
Sonuç olarak; bası yaraları çok ciddi tedavi masraflarına neden olmakta ve hayat kalitesini düşürmektedir. Prototiplerini oluşturduğumuz ürünlerimizin bası yaralarının oluşumunu engellemede katkısı olacağını, sağlık çalışanlarına kolaylık sağlayacağını, koruyucu hekimliğe getirdiği katkıyla hastaların yaşam kalitelerini arttırılabileceğini ve tedavi masraflarının azaltılmasıyla ülke ekonomisine katkıda bulunulabileceğini düşünmekteyiz.

fig.1



Akıllı Çarşaf

fig.2



Akıllı Ayak İzi

fig.3



Akıllı Ayak İzi

KLİNİK

Trombositten Zengin Plazma (PRP) Poliklinik Şartlarında Kapalı Sistemde Düşük Maliyetle Elde Edilebilir Mi?

Mehmet Emin Cem Yıldırım, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Trombositten zengin plazma (Platelet rich plasma-PRP) otolog insan trombositlerinin az miktar plazma içerisinde konsantre edilmiş şeklidir. PRP elde etmek için kan antikoagülanla birlikte santrifüj edilir. Santrifüj sonrası kan, en altta eritrosit, ortada PRP ve en üstte trombositten fakir plazma (PPP) olmak üzere üç farklı katman halini alır. PRP'nin etkisini trombositlerin alfa granüllerinde bulunan büyüme faktörleri, kemokinler ve sitokinlerden oluşan bir grup proteinin ortama salınmasına yoluyla sağladığı ileri sürülmüştür.1 PRP'nin etki gösterebilmesi için içerdiği trombosit konsantrasyonunun plazmadakinin 3-5 katı olması gerektiğini belirtilmiştir. Öte yandan 2-8,5 katın gerektiğini bildiren yayınlar da vardır.2,3 Günümüzde PRP; implant ve kemik grefti uygulamalarında,4 kronik yaralarda,5 diyabetik ayak ülserlerinde,6 yağ grefti uygulamalarında,7 flep cerrahisi8 ve estetik cerrahide9 kullanılmaktadır. Bu derece geniş uygulama alanı olan bir tedavinin maliyeti, elde edilme yöntemi ve uygulama şekli de önem kazanmaktadır. Bu çalışmada PRP'nin hastanede rutin bulunan sarf malzemeleri kullanılarak elde edilip edilemeyeceği, poliklinik şartlarında hazırlanan PRP'nin etkinliği ve maliyetinin belirlenmesi amaçlandı.

Hastalar ve yöntem: 2013-2014 yılları arasında saç dökülmesi şikayetiyle polikliniğimize başvuran, son bir yılda saç dökülmesi artan, PRP tedavisini kabul eden, 25-35 yaş arası erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. PRP seanslarına düzenli girmeyen, hormonal problemi olan, ilaç-sigara-alkol kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Uygulama öncesi hastanın tam kan değeri ve hazırlanan PRP içindeki trombosit sayısı biyokimya laboratuarında değerlendirildi. Hastalara lokal anestezi altında başvuru sırasında, PRP uygulaması sonrası 1., 2. ve 6. ayda olmak üzere bir yılda 4 defa PRP enjekte edildi. İlk uygulamadan sonra 1., 3., 6. ay ve 1.yılda fotoğraf çekildi. Aynı zamanda hastalara yapılan tedavinin yararını değerlendirdikleri anket yaptırılarak saç dökülme skoru belirlendi. Bu ankette hastalara 'PRP tedavisinin sonucunda saçınızın dökülmesindeki değişikliği nasıl değerlendirirsiniz?' sorusu soruldu. Cevaplar puanlaması şu şekilde yapıldı; (1)saç dökülmesi belirgin arttı, (2)saç dökülmesi biraz arttı, (3)hiçbir değişiklik olmadı hala aynı miktarda dökülme devam ediyor, (4)dökülme devam ediyor ama saçımın dökülme hızı azaldı, (5)saçımın dökülme hızı belirgin azaldı, (6)saçımın dökülmesi durdu, (7) dökülme yok, saçımda artış gözledim. Hastaların saç dökülme skorları hesaplandı. Hastalara antibiyotik verilmedi.

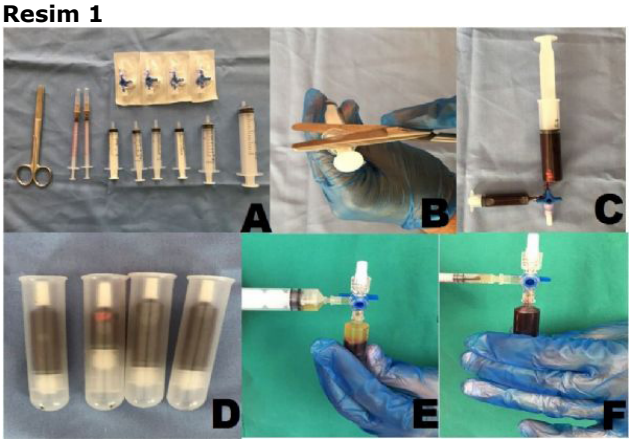
PRP Hazırlanması : PRP hazırlamak için 1 adet masa üstü santrifüj cihazı, 1 adet 20ml'lik, 1 adet 10ml'lik 4 adet 5ml'lik enjektör, 2 adet insülin enjektörü ve 4 adet 3 yollu musluk kullanıldı (Resim 1a). Önce 5ml'lik 4 enjektörün parmak tutacak kısımları ve pistonun tam çekilmiş haldeyken enjektör dışında kalan kısmı makas yardımıyla kesildi (Resim 1b). 20ml'lik enjektöre 2 ml heparin çekildi ve sonrasında hastadan 20 ml kan alındı. 3 yollu musluk yardımıyla 20ml'lik enjektörde bulunan kan önceden hazırlanmış 5ml'lik enjektörlere alındı (Resim 1c). 5ml'lik enjektörler ters çevrilerek uçlarına 3 yollu muslukların ucunda bulunan beyaz aparat takıldı (Resim 1d). Böylece santrifüj esnasında kanın dışarı çıkması engellendi. Santrifüj tüplerine bu 5 ml'lik tüpler ters şekilde konularak 3000devir/dk hızda 15 dk süresince santrifüje edildi. Santrifüj sonrası en üstte kalan trombositten fakir plazma 10ml'lik toplama için kullanılan enjektöre 3 yollu musluk yardımıyla alındı (Resim 1e). Üstte kalan plateletten zengin kısım ise aynı şekilde insülin enjektörüne çekildi (Resim 1f).

Bulgular: 10 hastanın ortalama yaşı 32.6 (25-35), tam kan tahlilinde trombosit sayısı 243 binμ/L (162-381 binμ/L) idi. Hazırlanan PRP'de trombosit sayısı 734 binμ/L (592-808 binμ/L) tespit edildi. PRP hazırlanmasında kullanılan tıbbi sarf malzemelerinin toplam maliyeti 4.17 TL (1.42 Dolar) olarak hesaplandı (Tablo 1). Hastaların %80'inde (8/10) 1.ay değişim görülmezken 3.ayda %50'si (5/10), 6.ayda %80'i (8/10) saç dökülmesinin belirgin azaldığını, durduğunu ya da saçında artış olduğunu belirtti. 12.ayda hastaların tamamında 6.aydaki etkiler devam ediyordu (Resim 2). Hastaların 1.ay saç dökülme skoru 3.1 iken 3.ay 4.5, 6.ay 5.2 ve 12.ayda 5.4'e çıktı (Resim 3). Hiçbir hastada enfeksiyon veya alerjik reaksiyon görülmedi.

Tartışma : PRP otolog kanın santrifüj edilmesiyle elde edilmektedir. PRP hazırlanırken antikoagülan olarak asid sitrat, dekstroz tip A veya heparin kullanılmaktadır. Gerek santrifüj dakikadaki devir sayısı, gerek kullanılan antikoagülan, gerekse santrifüj süresiyle ilgili literatürde farklı görüşler mevcuttur.1-4 Pek çok farklı PRP hazırlama kiti mevcuttur, bu kitlerin fiyatları 175-1150 dolar arasında değişmektedir (Tablo 1). Ayrıca hazır kitlerin pek çoğunda tüpten PRP'nin enjektöre transferi sırasında hava ile temas olabilmektedir. Uyguladığımız PRP hazırlama yönteminde ise kullandığımız üç yollu musluk sayesinde hava ile temas minimumdur. Böylece poliklinik şartlarında sterilite kuralları yerine getirilerek kolaylıkla hazırlanabilir. Toplamda kullanılan 8 enjektör ve 4 adet 3 yollu musluğun maliyeti ise 4,27 TL'dir. PRP'nin klinik olarak etkin olabilmesi için her bir mikro litrede en az bir milyon trombosit olması gerektiği ileri sürülmüştür.3 Çalışmamızda ise ortalama 734 binμ/L trombosit elde edilmesine rağmen PRP'nin olumlu etkisi tespit edilmiştir. Öte yandan hastaların PRP öncesi alınan tam kan tahlillerindeki trombosit sayısı 243 binμ/Ldir. Hazırladığımız PRP'de normal trombositin yaklaşık 3 katını elde edilebilmiştir, bu oran literatürle uyumludur. PRP'de en yoğun trombosit konsantrasyonuna ulaşmak için ikinci santrifüj işlemi uygulanması da önerilmiştir. İkinci santrifüj ile trombositten fakir olan kısım (PPP) tüpün en üstünde (¾ kısım) birikir ve PRP'den ayrılır. Onun altında kalan kısım trombosit konsantrasyonunun en yoğun olduğu PRP'dir. Aktive PRP oluşturmak için koagülasyonu tetikleyen bir aktivatör (kalsiyum klorid veya trombin) kullanılmaktadır ve aktive olmuş trombositlerde büyüme faktörlerinin salınması (degranülasyon) sağlanmış olur.10 Çalışmamızda ikinci santrifüj tekniği kullanılmadı. Alopesi areata tedavisinde PRP enjeksiyonunun yeni saç oluşumunu belirgin oranda arttırdığı ve saç distrofisini azalttığı bildirilmiştir.11 Aktive PRP'nin, multipl moleküler mekanizmalar yoluyla kıl folikülünde bulunan kök hücrelerin proliferasyon ve diferansiyasyonunu stimüle ettiği ileri sürülmüştür.12 Başka bir çalışmada ise PRP uygulanan grupta kontrol grubuna kıyasla daha hızlı sürede telogen evreden anagen evreye geçiş olduğu gözlenmiştir.13 Kang ve a*rk.14, saç gelişiminde CD34(+)*

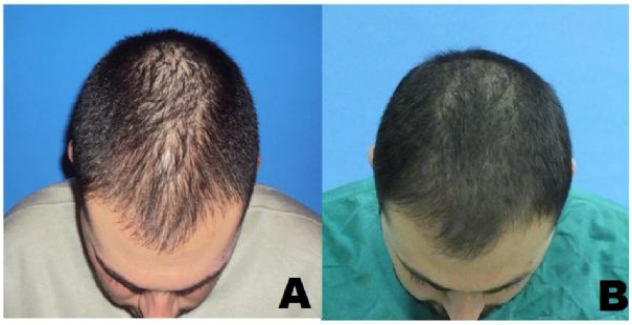
hematopoetik kök hücrelerin angiogenik rolü olduğu ve PRP ile birlikte androgenetik alopesi tedavisinde sinerjik etki gösterdiğini öne sürmüşlerdir. PRP mezoterapi tekniği ile androgenetik alopesi tedavisinde kullanan diğer çalışmada ise tedavi sonunda kıl çapı ve kıl yoğunluğunda anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir.15 Erkek tipi saç dökülmesi 25-40 yaşları arasında maksimum olmakta sonrasında dökülme hızı yavaşlamaktadır.16 Bu nedenle çalışmamızda denek grubu 25-35 yaş arasından seçilmiştir. Yaptığımız çalışmada PRP'nin poliklinik şartlarında kan ürünlerinin hava ile teması kesilerek, enfeksiyon riskinin düşürülerek kapalı bir sistemde güvenle ve hazır kitler yerine her sağlık kuruluşunda bulunan tıbbi sarf malzemeleri kullanılarak düşük maliyetle elde edilebileceği görülmüştür. Ayrıca hazırladığımız PRP'nin erkek tipi saç dökülmesi tedavisinde dökülmeyi durdurduğu gösterilmiştir. Ancak PRP'nin erkek tipi saç dökülmesi tedavisinde rutin klinik uygulamaya girebilmesi için daha geniş serilerde ve diğer medikal tedavilerle etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmalar gerekmektedir.

Resim 1



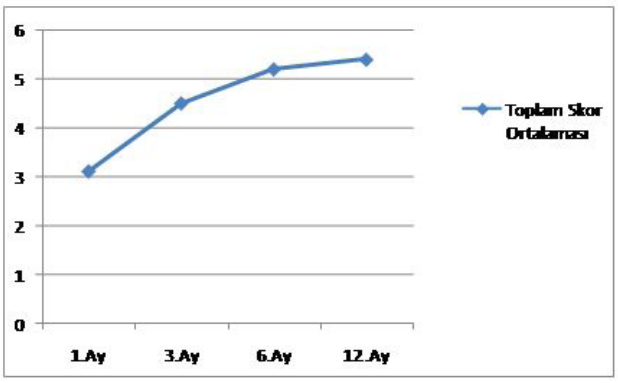
PRP hazırlanması 1a. Kullanılan sarf malzemeleri 1b. 5 mllik enjektörün hazırlanması 1c. Kanın 20mllik enjektörden 5 mllik enjektöre transferi 1d. Santrifüj öncesi enjektörlerin görünümü 1e. Trombositten fakir plazmanın kapalı sistemde enjektöre alınması 1f. Trombositten zengin plazmanın kapalı sistemde insülin enjektörüne alınması

Resim 2



Hastanın 2a. Preoperatif 2b. Postoperatif 12. aydaki görünümü

Resim 3



Hastaların saç dökülme skorlarının aylara göre değişimi

PRP hazırlama kitleri ve maliyetleri

Metod	Metod açıklaması	Kit Maliyeti(Dolar)
Cell saver based system www.fresenius-kabi.com	COM.TEC de chez Fresenius	175
Biomet System GPS II www.biomet.com	Druker 755 VES Centrifuge	700
Harvest Smart Prep2 BMACwww.harvesttech.com	Harvest Prep Centrifuge	420
Cytomedix Angel www.cytomedix.com	Computer aided system Direct siphoning	495
Autologel System www.cytomedix.com	Cytomedix Centrifuge	325
Genesis CS www.vet-stem.com	Drucker 755 VES centrifuge	1550
RegentLab www.regentkit.com	Standart Centrifuge	320
Çalışmamız	Standart Santrifüj	1,56 (1adet 20ml'lik, 1adet 10ml'lik, 4adet 5ml'lik enjektör, 2adet insülin enjektörü ve 4adet 3 yollu musluk)

KLİNİK

Hangisi Daha Aydınlatıcı? Standart onam formu mu ? Fotoğraf, Çizim ve Şekillerin Yer Aldığı Aydınlatılmış Onam Formu mu?

Sedat Avşar[1], Andaç Aykan[1], Engin Kurt[2], Cenk Kılıç[3], Serdar Öztürk[1]
[1]Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Ankara

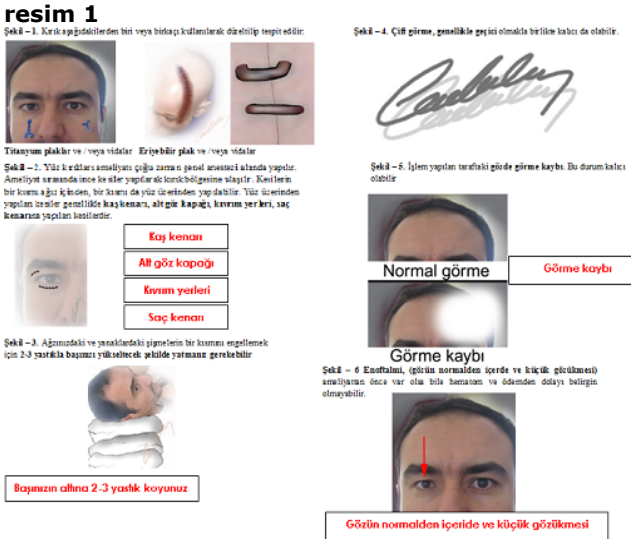
Giriş: Bu çalışmada, görsel öğelerle desteklenerek hazırlanmış aydınlatılmış onam formları ile hastaların yapılacak cerrahi girişimler hakkında daha çok bilgi sahibi olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, 2014-2015 yılları arasında bir kamu hastanesinin Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalında yürütüldü. Deri grefti uygulaması, nevüs eksizyonu ve maksillofasiyal kırık nedeni ile onarım yapılacak 3 grup hasta (GG, GN, GF) çalışmaya dahil edildi. Her bir hasta grubu kendi içinde çalışma ve kontrol olmak üzere rastgele 2 gruba ayrıldı (GGs-GGc, GNs-GNc, GFs-GFc). Ameliyat öncesinde kontrol grubundaki hastalar yapılacak ameliyat ile ilişkili olarak "standart onam formları" ile bilgilendirilirken, çalışma grubundaki hastalar "resim, şekil ve çizimler ile hazırlanmış onam formları" ile bilgilendirildi (Resim 1,2,3). Daha sonra tüm hastalara onam formlarının içeriği hakkında çok sorulu anket uygulandı. Anket sonunda elde edilen doğru ve yanlış cevap sayıları istatiksel olarak değerlendirildi.

Tartışma: Çalışmaya deri grefti uygulaması için 24 (GGs-GGc), nevüs eksizyonu için 20 (GNs-GNc) ve maksillofasiyal kırık onarımı için 16 (GFs-GFc) olmak üzere toplam 60 hasta katıldı. Standart onam formları ile bilgilendirilen hasta grubunda test sonunda elde edilen doğru cevap sayısı 161 (45,74%) iken, "resim, şekil ve çizimler ile hazırlanmış onam formları" ile bilgilendirilen hasta grubunda elde edilen doğru cevap sayısı 276 (78.41%) olarak bulundu. Her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Her bir tıbbi durum için gruplar arasında (GGs-GGc, GNs-GNc, GFs-GFc) yapılan değerlendirmede, doğru cevap sayısı çalışma gruplarında istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$).

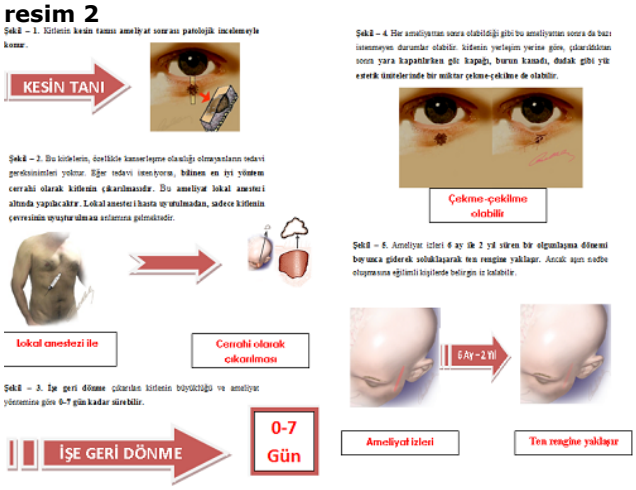
Sonuçlar: Standart olarak hazırlanmış onam formları ile karşılaştırıldığında, "resim, şekil ve çizimler ile hazırlanmış" onam formlarının hastaları yapılacak cerrahi işlemler hakkında daha fazla bilgi sahibi yaptığı gösterilmiştir. (1,2,3) Bu nedenle, görsel olarak hastanın kendi bedeni üzerinde yapılacak cerrahi işlemler konusunda daha detaylı bilgi sahibi olacağı, okuduklarını daha kolay anlayabileceği resimli onam formlarının gerekli olduğunun düşünmekteyiz.

resim 1



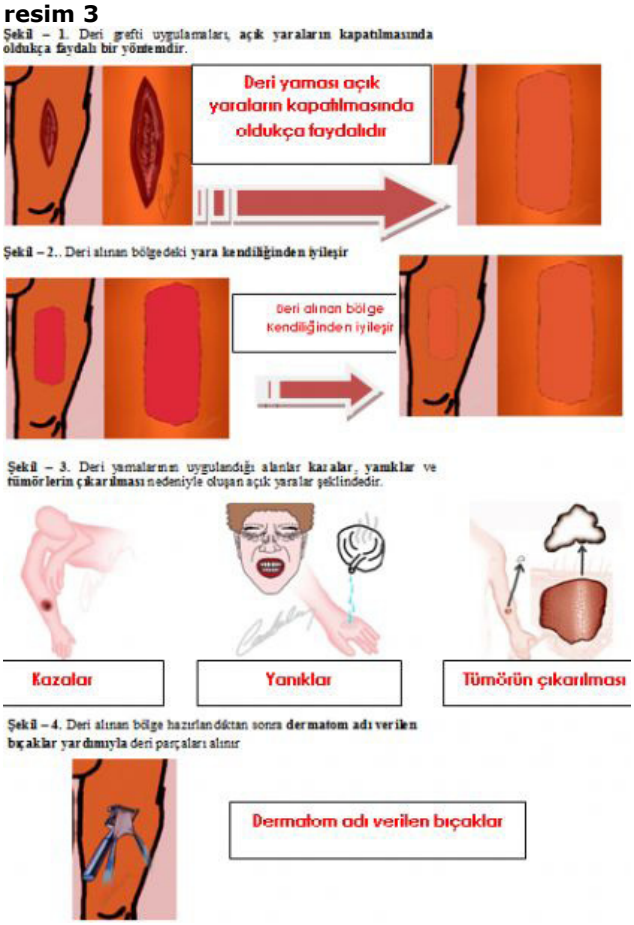
yüz kırıkları cerrahisi hakkında izin ve bilgilendirme formu
Resimli Aydınlatılmış Onam Formunun özet şeklidir

resim 2



nevüs eksiyonu cerrahisi hakkında izin ve bilgilendirme formu
Resimli Aydınlatılmış Onam Formunun özet şeklidir

resim 3



deri grefti uygulaması hakkında izin ve bilgilendirme formu
Resimli Aydınlatılmış Onam Formunun özet şeklidir

KLİNİK

Diyabetik Nöropatili Hastalarda Nöroliz Uygulamasının Klinik ve Fizyolojik Etkilerinin Değerlendirilmesi

Ergin Işık[1], Fatih Tekin[2]

[1]Muş Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi, Muş
[2]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Diyabetik periferik nöropati; Diyabetes Mellitus'un uzun dönem komplikasyonu olarak gelişen, ekstremitelerde duyusal, otonom ve motor fonksiyon kayıpları ile seyreden özellikle alt ekstremite ülser oluşumuna neden olan progresif kronik bir tablodur. Diyabetik ülser gelişimi hastane yatış süresini uzatmakta ve ekstremite ampütasyon riskini arttırmaktadır. Bu çalışmada diyabetik nöropatili hastalarda alt ekstremitede triple nöroliz uygulamasının semptomlar ve morbiditeler üzerine etkisini göstermeyi amaçladık. Retrospektif olarak planlanan çalışmaya kliniğimizde triple nöroliz uygulanan toplam 30 hasta ve 43 ekstremite dahil edildi. Postoperatif dönemde hastalarda common peroneal sinir latansının azaldığı ve velocity değerinin arttığı görüldü ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,01$). Benzer şekilde hastalarda tibial sinir latansının postoperatif azaldığı ve velocity değerlerinin arttığı görülmüş ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,01$). Hastalarda iki nokta diskriminasyon değerlerinin postoperatif azaldığı ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,01$). Hastalarda ağrı skorunun postoperatif azaldığı ve nörolizin ağrı skorunu anlamlı düzeyde azalttığı görüldü. Bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,01$). Hastaların uyuşukluk, yanma hissi, dokunma hissinin olmaması, sıcak-soğuk algısının olmaması ve yere bastığını hissetmeme şikâyetleri postoperatif azalmıştır ve bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,01$). Hastaların parmak, ayak ve bacaklarında terleme fonksiyonlarının postoperatif dönemde etkilenmediği ve istatistiksel olarak anlamlı değişimin olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Hastalarda preoperatif yapılan monoflaman testi, vibrasyon testi, yüzeyel ve derin duyu testlerinde, yürüme ve denge skorlarında nöroliz sonrasında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve bu değişikliklerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,01$). Hastaların etkilenen ayak tırnaklarının büyüme paterninin postoperatif dönemde düzeldiği görüldü ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,01$). Postoperatif toplamda 3 hastada medial malleol inferiorundan yapılan insizyon hattında yara iyileşmesinde gecikme görüldü. Bu olgularda pansumanla sekonder iyileşme 4 haftalık süreçte sağlandı. XI Hastalarımızın %97,3'i nöroliz sonrasında ayaklarındaki uyuşukluk şikâyetinin geçtiğini; %100'ü dokunma duyusunun ve sıcak-soğuk algısının geri geldiğini bildirdi. Nöroliz sonrası ayaklarında ki ülsere lezyonların daha hızlı iyileştiği ve takip süresince rekürren ülserlerin oluşmadığı subjektif değerlendirmede gözlendi. Sonuç olarak; triple nöroliz ile dekompresyon cerrahisinin diyabetik nöropatili hastalarda ülsere karşı koruyucu olduğu, hastaların semptomatik tedavisinde etkili olduğu ve mevcut ülserin iyileşmesine katkı sağladığı kanısı oluşmuştur.

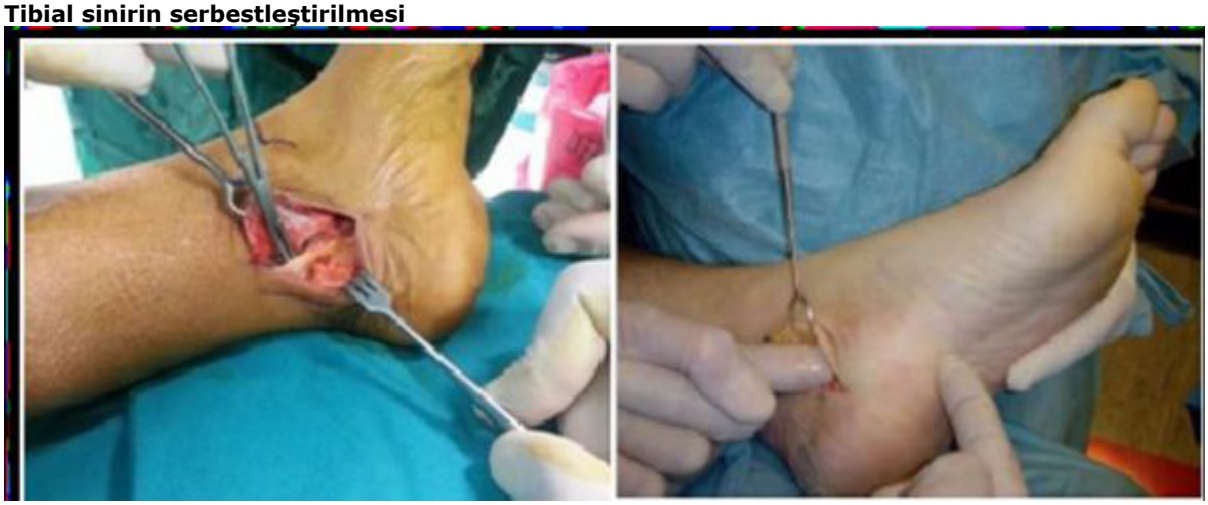
Derin peroneal sinir



Peroneal sinirin kası çaprazladığı yerde kas fasyasının açılması ve sinirin tamamen serbest hali



Tibial sinirin serbestleştirilmesi



SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-001
Orbito-Zigomatik Fraktürlerde Subsilier Yaklaşımların Karşılaştırılması: Deri flebi mi Yoksa Deri-kas Flebi Tercih Edilmeli?

Hülda Rıfat Özakpınar[1], Elif Sarı[2],
Ali Teoman Tellioğlu[3], Mert Muhittin Sandıkçı[1],
Emre İnözü[1], Ergin Seven[1], Tolga Eryılmaz[1],
Sebat Karamürsel[1]
1Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
2Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Merkezi, Kırıkkale, Türkiye
3Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

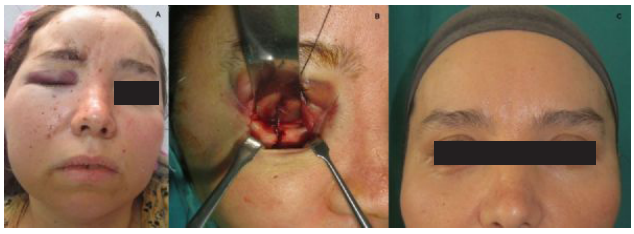
Amaç: Subsilier kesinin olası komplikasyonlarından dolayı literatürde birçok çeşit subsilier insizyon yaklaşımı tariflenmiştir. Bu klinik çalışmamızda amacımız kliniğimizde sıkça kullanılan iki subsilier insizyon yaklaşımını postoperatif geç dönem komplikasyonları açısından karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu retrospektif klinik çalışmaya toplam 90 hasta dahil edilmiştir. Subsilier deri flebi yaklaşımı 39 hastaya, subsilier deri-kas flebi yaklaşımı ise diğer hastalara uygulanmıştır. Hastalar Fitzpatrick deri tipi, yaş, cinsiyet, skar ve ektropion skorlamasına göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: hastalar ortalama 39,3 yaşında (18-99 yaş) ve takip süreleri ortalama 2.1 (1-6 yıl) yıl idi. Ortanca Fitzpatrick deri skorları 3 idi. Gruplar arasında yaş, takip süresi ve Fitzpatrick deri skoru açısından anlamlı fark izlenmedi. Fakat deri-kas flebi yaklaşımındaki skar düzeyleri deri flebi yaklaşımındakinden belirgin olarak düşüktü. Gruplar içinde kadınlar ve erkekler arasında skar ve ektropion düzeyleri açısından anlamlı bir fark yoktu. Erkeklerde skar düzeyleri deri-kas flebi yaklaşımında deri flebi yaklaşımına göre daha düşüktü. Ektropion düzeyleri ise kadınlardaki iki yaklaşım arasında fark göstermiyordu. Fakat erkeklerde ektropion düzeyleri deri-kas flebi yaklaşımında deri flebi yaklaşımına göre anlamlı bir şekilde düşüktü.

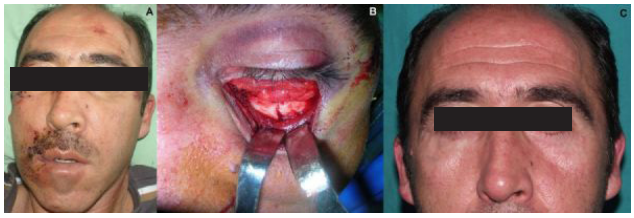
Sonuç: Subsilier deri-kas flebi yaklaşımı orbito-zigomatik kırıklarda deri flebi yaklaşımına göre daha az komplikasyonlu bir yöntemdir.

Resim 1



Zigoma ve infraorbital rim fraktürü sebebiyle subsiliyer deri flebi yaklaşımıyla opere edilen 41 yaşında kadın hastanın (a) Preoperatif; (b) intraoperatif ve (c) postoperatif 5 yıllık takip sonuçları gözlenmektedir.

Resim 2



zigoma, orbita lateral duvar ve orbita tabanı kırığı sebebiyle subsiliyer deri flebi tekniği ile opere edilen 41 yaşında erkek hastanın (a) Preoperatif; (b) intraoperatif ve (c) postoperatif 3 yıllık takip görüntüleri izlenmektedir.

Resim 3



Zigoma, orbita lateral duvarı ve orbita taban kırığı sebebiyle subsiliyer kas-deri flebi yöntemiyle opere edilen 23 yaşındaki erkek hastanın (a) Preoperatif; (b) intraoperatif ve (c) postoperatif 4 yıllık takip görüntüleri izlenmektedir.

Tablo 1

Gruplar	Değişken	N	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Deri flebi grubu	Yaş*	39	18.00	76.00	36.92	15.44
	Takip süresi*	39	1.00	6.00	2.26	1.37
	Fitzpatrick	39	2.00	4.00	2.79	0.57
	VSS	39	0.00	6.00	3.18	2.11
	EGS	39	0.00	3.00	1.77	0.98
Deri-kas flebi grubu	Yaş*	51	18.00	99.00	41.27	20.17
	Takip süresi*	51	1.00	5.00	2.02	0.99
	Fitzpatrick	51	2.00	4.00	2.90	0.36
	VSS	51	0.00	6.00	1.21	1.28
	EGS	51	0.00	2.00	0.33	0.62

*Yaş, takip süresi, Fitzpatrick deri tipi, ektropion ve skar skorlamalarını veren açıklayıcı tablo (EGS: Ectropion Grading Scale, VSS:Vancouver Scar Scale, N: hasta sayısı, SD: standard sapma, * yıl).*

Tablo 2

Değişken	Z	p
Yaş	-0.889	0.374
Takip süresi	-0.436	0.663
Fitzpatrick deri tipi	-1.216	0.224
VSS	-4.393	0.000
EGS	-6.271	0.000

Yaş, takip süresi, deri tipi, skar ve ektropion skorlamalarına göre istatistiksel karşılaştırma tablosu (Mann Whitney U Test, $p < 0.05$, EGS: Ectropion Grading Scale; VSS: Vancouver Scar Scale; Z: Z score)

SS-002
Normal Oklüzyonlu Mandibular Hipoplazi Hastalarında Tek Distraktörle Eşzamanlı Biplanar Maxillomandibular Distraksiyon: İlk Sonuçlar

Huseyin Karagoz[1], Mustafa Erkan[2], Fikret Eren[1], Sinan Öksüz[3], Ceyhun Cesur[1], Ersin Ülkür[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ağız ve Diş Hastalıkları (Ortodonti) Servisi, İstanbul
[3]GATA Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Ankara

Amaç: Progresif hemifasiyal atrofi yüzün deri, derialtı, yağ, kas ve kemikleri içerecek şekilde tek taraflı olarak atrofisi ile karakterize patolojik bir olaydır. Sıklıkla maksilla ve mandibulanın vertikal ve sagital planda gelişim geriliği şeklinde kendini gösterir. Maksilla ve/veya mandibulanın tek taraflı hipoplazisi oklüzal planda eğilmeye neden olur. Aynı anda maksilla ve mandibula hipoplazisi olan vakalarda kemik deformitesi aşikar olsa bile ortognatik cerrahi girişim gerektirecek kadar ağır ısırım deformitesi görülmesi yaygın değildir. Bu vakalarda maksilla ve mandibula bir birine uyum sağladığı için belirgin kemik deformitesi ve yüz asimetrisine rağmen maksillar ve mandibular dişler arasında normal veya normale yakın ilişki olabilir. Kemiklerdeki hipoplazi oklüzal planda eğim ile kendini gösterir. Mandibulanın hipoplazisi progresif hemifasiyal atrofi hastaları dışında, çocukluk çağı kondil fraktürü gibi durumlarda da görülebilir. Bu durumda maksilla normal oklüzyonu sağlamak için kendini hipoplazik mandibulaya gore konumlandırabilir. Distraksiyon osteogenezis, hipoplastik maksilla ve mandibulanın üç boyutlu rekonstrüksiyonu için yaygın şekilde kullanılan kemik uzatma yöntemidir. Bununla birlikte, hasta tedavi öncesinde normal veya normale yakın maksillomandibular diş ilişkisine sahipse, kemiklerden sadece birine veya ikisine ayrı ayrı distraksiyon uygulanması oklüzyonda bozulmaya sebep olabilir. Bu çalışmada tek bir adet iki yönlü internal distraktör kullanmak suretiyle sagital ve vertikal planda eşzamanlı maksillomandibular distraksiyon uyguladığımız mandibular hipoplazisi olan üç hastada elde ettiğimiz sonuçları paylaşmak istiyoruz.

YÖNTEM – GEREÇLER: Tek taraflı mandibula hipoplazisi olan ancak oklüzyon problem olmayan bir progresif hemifasiyal atrofi ve iki travma sekeli hastası (Resim 1) üç boyutlu rekonstrüksiyon amacıyla opere edildi. Öncesinde ameliyatın planlanması ve simüle edilmesi amacıyla spiral bilgisayarlı tomografi çekilerek sterolitografik biyomodel hazırlandı (Resim 2). Kısa süreli ameliyat öncesi ortodontik tedaviyi takiben hasta ameliyata alındı. Tek taraflı mandibular osteotomi ve Le Fort I osteotomi yapıldı. Ancak total maksiller ayrılmayı önlemek için maksillanın etkilenmemiş olan tarafındaki pterigomaksiller bileşke sağlam bırakıldı. Mandibular osteotomy alanına uygun şekilde iki yönlü internal mandibular distraktör yerleştirildi ve maksillomandibular fiksasyon uygulandı. Beş günlük bekleme süresini takiben, istenilen düzelme elde edilene kadar hem sagital hem de vertikal planda distraksiyon gerçekleştirildi. Distraksiyona son verilmesinin ardından iki aylık konsolidasyon peryodunu takiben distraktör ve maksillomandibular fiksasyon çıkartıldı.

Bulgular: Hastalar ameliyat sonrası ikinci yılda değerlendirildiğinde maksillomandibular diş ilişkisi bozulmadan maksilla ve mandibulada, hem sagital hem de vertikal planda düzelmenin sağlandığı görüldü (Resim 3). Takip süresi içerisinde oklüzyon bozukluğu ve relaps gözlenmedi.

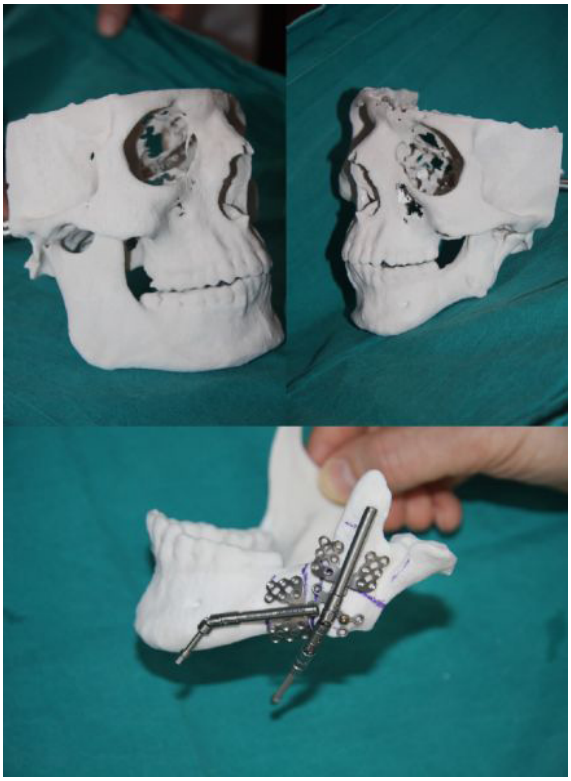
Sonuçlar: Orta dönem sonuçlar değerlendirildiğinde mandibula ve maksillada yeterli distraksiyon sağlandığı, ve oklüzal plandaki eğimin düzeldiği gözlendi. Maksillomandibular diş ilişkisi ameliyat öncesinde olduğu gibi bozulmadan kaldı. Sonuç olarak öncül çalışma olarak değerlendirebileceğimiz bu klinik çalışmamızda iki yönlü tek internal distraktör kullanılarak maksilla ve mandibulanın aynı anda ve oklüzyon değişikliğine neden olmadan distrakte edilebileceğini söyleyebiliriz. İşlem esnasında uzun bir sure maksillomandibular fiksasyon uygulanma gerekliliği yöntemin en önemli dezavantajı gibi görünmektedir. Ortalama iki yıllık takip süresi içerisinde temporomandibuler eklemde zorlanmaya ait bir bulguya rastlanılmamış olmasına ragmen, yöntemin eklem üzerine etkilerini görmek için uzun dönem takip sonuçlarını beklemek gerekir.

Resim 1



Tek taraflı mandibula hipoplazi hastasının ameliyat öncesi görünümü ve oklüzyonu

Resim 2



Üç boyutlu biyomodel ve ameliyatın simülasyonu

Resim 3



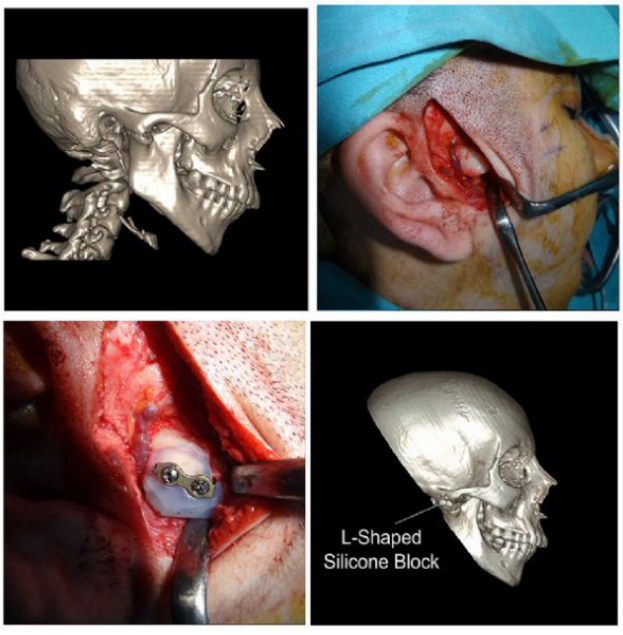
Hastanın ve oklüzyonunun ameliyat sonrası görünümü

SS-003
Outcomes of Fixation Techniques of Custom Designed Silicone Spacer in Temporomandibular Joint Ankylosis

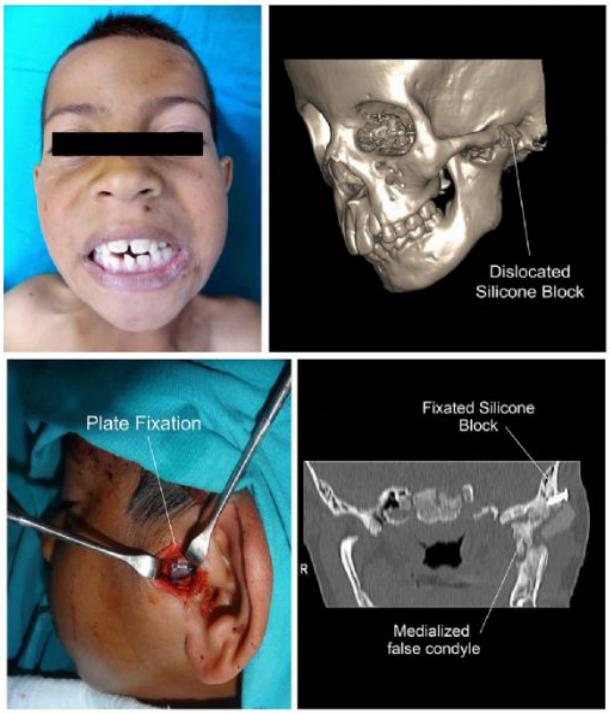
Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, Erol Kesiktaş, Anıl Arif Olguner, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Interpositional arthroplasty with silicone block is still fashionable in developing countries. We present outcomes of custom designed silicone spacer applications and fixation techniques in unilateral or bilateral bony temporomandibular ankylosis. Also this is not a new technique for ankylosis surgery, but described as a new modification of silicon design and fixation. We performed interpositional arthroplasty with custom made alloplastic silicone block fixated to 38 temporomandibular joints in 27 patients. The custom made "L" shaped silicone block for glenoid fossa was prepared and fixated to zygomatic arch with titanium mini/micro plate with two screws (2 mm plate, 9-13 mm screw, 1.6 mm 10-12 mm) or suture (3/0 polyamide) to deep temporal fascia. The average follow up was 8 years (range 1 to 18 year). 84.2% of operated joints had silicone stability without reankylosis and exposition. Recurrence rate of reankylosis of operated joints was calculated 10.5%. Exposition of silicone and/or ankylosis occurred in 7 patients with suture fixated silicone spacer. Although one contralateral ankylosis occurred in plate fixated TMA silicone spacer application, no exposition or ankylosis were noted at operated joints. Interpositional arthroplasty with silicone rubber block fixated to zygomatic bone has better outcome than nonfixated group.

picture 1



picture 2



SS-004
Orta Hat Kayması Olan Hastalarda Relapsı Önlemek İçin Üç Boyutlu Sterolitografik Biyomodel Yardımlı Ortognatik Cerrahi Planlama

Mustafa Erkan[1], Huseyin Karagöz[2], Şeniz Karaçay[1], Sinan Öksüz[3], Ersin Ülkür[2]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Diş Hekimliği (Ortodonti) Servisi, Istanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, Istanbul
[3]GATA Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Ankara

Amaç: Sagital split ramus osteotomi (SSRO) mandibular prognatizmin tedavisi için en sık kullanılan ortognatik cerrahi prosedürlerdendir. Osteotomize segmentler arasında geniş temas yüzeyine imkan sağlaması ve rijit fiksasyon yapılabilmesi nedeniyle artmış kemik iyileşme potansiyeline sahiptir. Ancak özellikle mandibular orta hatta kayma bulunan ve orta hat kaymasının düzeltilmesi için osteotomi sonrasında mandibulaya rotasyon uygulanan hastalarda, sıklıkla relaps meydana gelir. Bu vakalarda relapsın temel sebebi, osteotomiyi takiben mandibulanın y-düzleminde rotasyon yaptırılması sonucunda proksimal ve distal kemik segmentleri arasında aksiyel planda oluşan üçgen şeklindeki açıklığın korunmaması, ve kemik yüzeylerinin tam temas etmesi için rijit fiksasyonun aşırı derecede zorlanmasıdır. Oysa tam temas sağlamak için fiksasyonun zorlanması, rotasyon sonunda oluşan doğal açıklığın kapanmasına ve dolayısıyla ters yönde bir rotasyona neden olarak mandibulayı ameliyat öncesi durumuna döndürür. Yapılması gereken şey açıklığın uygun şekilde korunmasıdır. Bu çalışmada, ameliyat öncesinde sterolitografik biyomodelleme yardımıyla proksimal ve distal osteotomize segmentler arasındaki meydana gelecek açıklığı hesapladığımız ve ameliyat esnasında bu planlamaya uygun şekilde kemik greftleri kullanarak üçgen şekilli açıklığı korumak suretiyle ameliyat sonrası relapsı önlemeyi başardığımız 9 hastadan elde ettiğimiz sonuçları sunmayı amaçladık.

Yöntem – Gereçler: Mandibulaya rotasyon hareketini de içeren ortognatik cerrahi planlanan 9 hastada ameliyat öncesinde üç boyutlu bilgisayarlı tomografi yardımıyla sterolitografik biyomodeller hazırlandı ve ameliyatlar bu modeller üzerinde simüle edildi. Osteotomi segmentleri arasında meydana gelecek olan üçgen şekilli kemik defektlerinin bire bir kalıpları çıkartıldı ve ameliyat esnasında proksimal segmentten eksize edilen kemik parçalarından bu kalıplara uygun kemik greftleri hazırlandı. Hazırlanan kemik greftleri defekte yerleştirilerek osteotomi segmentleri üç adet vida ile tespit edildi. Bir hastada sadece SSRO yapılırken, 8 hastada SSRO yanında Le Fort I osteotomi de gerçekleştirildi. Hastalar ameliyat sonrası 6. ay ve 2. yılda relaps açısından değerlendirildi.

Bulgular: Ameliyat sonrası dönemler sorunsuz geçti. Hastalar ortalama 2 yıl takip edildi ve uzun dönem takipler sonucunda hiçbir hastada relaps gözlenmedi.

Sonuçlar: Mandibula rotasyonu sonucunda ortaya çıkan defektin kemik grefti ile onarılması güvenli ve etkili bir yöntemdir. Kemik grefti ile osteotomize proksimal ve distal segmentler arasında sıkı temas sağlanmış ve kemik iyileşmesi hızlandırılmıştır. Yöntemin dezavantajlarından birisi tespit yöntemi olarak 3 adet vida kullanılması zorunluluğunu ortaya çıkarmasıdır. Plak – vida kullanılırsa defekte konulan kemik greftleri istenilen şekilde tespit edilemeyeceğinden dolayı zorunlu olarak 3 vida tespit yöntemi kullanılmaktadır. Bir diğer dezavantajı ise ameliyat süresini uzatmasıdır. Ameliyat öncesi hazırlanan biyomodel kullanılarak yapılan ince planlamalar sayesinde gereksiz süre uzamasının önüne geçilmiş ve ameliyat daha kolay gerçekleştirilebilmiştir. Bu sayede uzun dönemde oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

SS-005
Temporomandıbuler Eklem Hastalarında Ağrının Başlangıç Etyolojisi Ve Mr Bulgularının Korelasyonu

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

Giriş: Temporomandibuler eklem hastalıklarında detaylı anamnez, etkeni ortadan kaldırarak tedaviye gidiş yolunda değerlidir. Temporomandibuler eklem şikayetleri ile başvuran 96 hastamızın ağrılarının başlangıç etyolojileri ile MR bulgularının korelasyonunu sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: TME şikayetleri ile başvuran, TME MR görüntülemesi mevcut olan ve anket doldurmayı kabul eden 96 hastaya ağrılarının nasıl başladığı soruldu. Depresif duygudurum, bruksizm, diş tedavisi sonrası, sert şeyler yerken başlayan ağrılar değerlendirildi. Diş tedavisi ve sert yiyecekler yeme soruları direkt olarak

soruldu. Depresif duygudurum; "Günlük yaşamınızda üzüntü, elem ve hüzün duyguları egemen midir?" "Uykusuzluk veya aşırı uyku haline sahip misiniz?" "İştah değişiklikleriniz var mı? "Dikkat toplayamama, enerji azlığınız var mı?" "Suçluluk duygusu, ölüm, intihar düşünceleriniz var mı?" Soruları ile değerlendirildi.

Bruksizm; "Geceleri uyurken diş sıkma/ diş gıcırdatma alışkanlığınız var mı?" "Sabahları çene ekleminizde ve/veya şakaklarınızda ağrı oluyor mu?" Soruları ile değerlendirildi. Diş sıkma alışkanlığı olup olmadığı, hastaların eşlerine de soruldu.

Bulgular: 77 kadın 19 erkek hasta değerlendirildi. Bulgular Tablo 1 de özetlenmiştir.

Depresif duyguduruma sahip 30 hastadan 21inde (%70), bruksizmi olan 41 hastanın 25inde (%60,9), diş tedavisi sonrası ağrısı başlayan 18 hastanın 16sında (%88,8) ve sert şeyler yerken ağrısı başlayan 14 hastanın tamamında (%100) redükte veya irredükte disk dislokasyonu saptandı.

Sonuç: Diş tedavisi sonrası ve sert şeyler yerken başlayan ağrılarda yüksek oranlarda dislokasyon olması, bu yakınmalarla gelen hastalarda daha yüksek olasılıkla disk dislokasyonları saptanabileceği olarak yorumlanmıştır.

Öte yandan depresif duygudurum ve bruksizm mevcut hastaların 1/3'ünde irredükte dislokasyon saptanmış olması, depresyona neden olan etkenin hastanın hayatından çıkarılması, depresyon tedavisi verilmesi, ısırma plağı kullanılması gibi sebebin kolaylıkla ortadan kaldırılabileceği durumlarda, olası bir TME disk ameliyatının önüne dahi geçilebilir. Hem MR sonuçlarını öngörebilmek, hem sorumlu etkeni ortadan kaldırabilmek amaçları ile; anamnez, temporomandibular eklem şikayetleri ile gelen hastalarda atlanmaması gereken önemli bir antitedir.

Tablo 1.

	Depresif duygudurum	Bruksizm	Diş tedavisi	Sert yiyecekler
Redükte dislokasyon	11	10	9	8
İrredükte dislokasyon	10	15	7	6
Etyolojiye ait toplam sayı	30	41	18	14

SS-006
Kraniyosinostoz Cerrahisinde Kalvaryum Ekspansiyonunun Kantitatif Değerlendirilmesi

Kemalettin Yıldız[1], Onur Akman[1], Ayşe Aralaşmak[3], Ethem Güneren[1], Halil İbrahim Canter[2]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Radyoloji AD

Amaç: Kraniyosinostozda kalvaryuma yönelik cerrahide öncelikli amaç kafa içi basıncın azaltılması, ekzorbitizme ve diğer göz küresi / orbita anomalilerine bağlı keratit ve diğer sekellerin oluşmasını önlemektir. Etkilenen sütür sayı ve yerine göre kafatası ekspansiyonunu sağlamaya yönelik pekçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. Bu çalışmada frontoorbital ilerletme (FOİ), bitemporal ekspansiyon (BE), posterior dekompresyon (PD) ve yeniden kalvaryum şekillendirme ameliyatlarımızda sağlanan hacimsel genişlemenin klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2011-2015 tarihleri arasında yaşları 6 ila 42 ay arasında olan 28 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 4 hastaya çoklu sütür sinostozu veya sendromik olmalarından dolayı birden fazla cerrahi geçirmiştir. Monoblok ilerletme ve frontonazal displazi nedeniyle box osteotomi ve sendromik olgulardaki fasiyal bipartisyon ameliyatları çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada 23 adet FOİ ile ön kalvaryal şekillendirme, 5 adet BE, 4 adet PD gerçekleştirilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası takip dönemlerinde 3 boyutlu fotoğraf ve tomografi görüntüleri kaydedilmiştir. Elde edilen DICOM verileri STL formatına dönüştürülerek hacimsel değişimler hesaplanmıştır.

Bulgular: Görüntülemelerden elde edilen DICOM verileri STL formatına dönüştürülerek hacimsel değişimler hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre simetrik veya asimetrik olarak yapılan FOİ beraberinde ön kalvaryal şekillendirme yapıldığında hacimsel değişikliğin anlamlı derecede arttığı saptanmıştır. BE için fıçı osteotomilere ek olarak kemik şekillendirme yapıldığında hacimsel kazancın fazla olduğu gözlendi. Aynı zamanda PD'de kemik segmentin ilerletilmesiyle hacimsel kazancın fazla olmasının yanında radyolojik olarak kafa içi basınç artışının etkin şekilde azaldığı saptandı.

Sonuçlar: Kraniyosinostoz tedavisinde hedeflenen kozmetik kazançtan ziyade hastayı sütür sinostozuna bağlı nörobilişsel ve gözdeki komplikasyonları önlemektir. İyi kozmetik sonucun hastanın psikososyal durumuna olumlu etkisi ise yadsınamaz. Kraniyofasiyal cerrahi konseyi ile düzenli olarak takip edildiğinde sözkonusu komplikasyonların etkin ve zamanında önlenmesi mümkün olacaktır.

SS-007
Rijit Eksternal Distraktör (RED) ile Monoblok Yüz ilerletme ve Sonuçların Kantitatif Değerlendirilmesi

Halil İbrahim Canter[1], Kemalettin Yıldız[2], Derya Çakan[3], Ayşe Aralaşmak[4]
[1]Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[3]Acıbadem Üniversitesi, Ortodonti AD
[4]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Radyoloji AD

Amaç: Kraniyofasiyal disostoz sendromlarında gözlenen üst ve orta yüz deformiteleri, ekzorbitizme bağlı keratiti, orta yüz hipoplazisine bağlı solunum güçlüğü, uyku-apnesi oluşması veya trakeostomi gereksinimini önlemek amacıyla monoblok ilerletme osteotomileri kullanılmaktadır. Bu çalışmada İlerletmenin kalıcılığı ve ideal sonuçların elde edilebilmesi için RED ile ilerletme uygulamalarımız ve sonuçların kantitatik değerlendirilmesi sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: 2011-2015 yılları arasında 7 hastaya

(5 – 9 yaş) RED-2 cihazı kullanılarak monoblok fasiyal ilerletme uygulanmıştır. Hasta grubunu sendromik kraniyosinostoz (Apert, Crouzon ve Pfeiffer sendr.) ve uyku-apne ile trakeostomisi olanlar oluşturmaktaydı. 3 hastaya distraksiyondan en az 6 ay önce sinostoz nedeniyle posterior dekompresyon gerçekleştirilmişti. Hastaların cerrahi öncesi ve takip döneminde alınan 3 boyutlu tomografi ve fotoğraf görüntülemeleri alındı. Tüm hastaların distraksiyon miktarı ve planlaması ortodonti ile birlikte gerçekleştirildi. 4 hasta diş destekli sistem, 3 hastada ise plak-vida ile kemik destekli sistem uygulandı. Klinik ve ortodontik takibine göre 1mm/gün distraksiyon yapıldı ve istenen ilerleme miktarı sağlandıktan 3 ay sonra RED cihazı çıkartıldı.

Bulgular: 2 hastada RED takılması sonrası vektörel veya tespite yönelik revizyon işlemi yapıldı. distra1 hastada red cihazına ilave distraktör konularak vektör düzeltildi. Pin enfeksiyonu, intrakraniyal pin yerleşimi gerçekleşmedi. Klinik ve radyolojik değerlendirmede ilerlemenin kalıcı olduğu saptandı. İlerletmeye bağlı yüz yumuşak dokusu ile iskeletsel değişimlerin 3 boyutlu fotoğraf ve tomografi görüntülemeleri karşılaştırıldı. Uyku testlerinde anlamlı düzeyde düzelme olduğu saptandı.

Sonuçlar: Üst ve orta yüz gelişimini etkileyen seçilmiş sendromik olgularda ortodonti işbirliği sağlanarak RED yapıldığında klinik ve radyolojik olarak etkin sonuçlar alınabilmektedir. Bu sonuçların kantitatif değerlendirilmesi ise RED uygulamalarının kalıcılığını göstermekte ve başarısının ölçütü olarak kullanılabilmektedir.

SS-008
Stahl Kulak Düzeltilmesi İçin Yeni Bir Teknik: İntraskafal Karşılıklı Dikiş Yöntemi

Çağlayan Yağmur[1], İlhami Oğuzhan Aydoğdu[2], İbrahim Alper Aksakal[2], İsmail Küçüker[1], Ahmet Demir[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

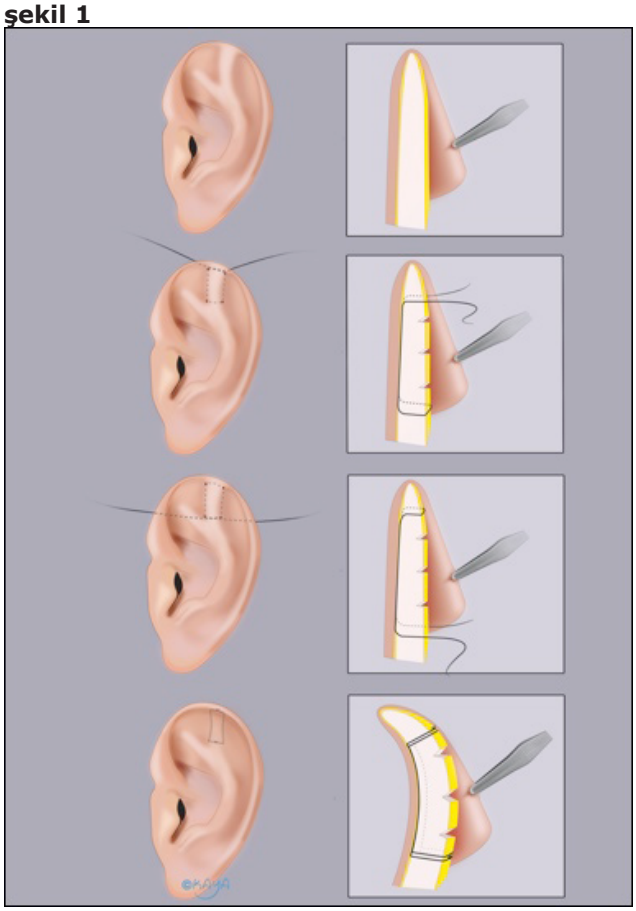
Amaç: Stahl kulak, «skafanın üst kısmını kateden anormal bir üçüncü kıkırdak gövdenin varlığı» ile belirgin nadir bir doğumsal bozukluktur. Diğer kısmi kulak deformitelerinde olduğu gibi düzeltilmesinde kullanılan standart bir yöntem yoktur. Başlıca kullanılan yöntemler, kıkırdak çıkarılması, kıkırdağın yeniden konumlandırılması, kıkırdak skorlaması ve dikiş yöntemleridir. Stahl kulak düzeltilmesi için «İntraskafal karşılıklı dikiş» isimli tekniğimizi sunmayı amaçlıyoruz.

Hastalar ve Yöntem: Tekniğimiz şubat-mayıs 2015 tarihleri arasında 2 hastaya uygulanmıştır. Cerrahi örtüm ve lokal anestezi uygulamasının ardından anterior kısımda üçüncü kurusun sınırları ile heliks ve antiheliks ile birleşim noktalarına (toplam 4 adet) nokta işaretlemesi yapıldı. Bu 4 nokta aynı zamanda uygulanacak sutürlerin giriş ve çıkış noktaları oldu. 3 cm uzunluğunda bir postaurikular insizyon kullanılarak deformite bölgesindeki kıkırdağın posterioru ekspoze edildi. Sutürler Şekil1 de gösterilen şekilde geçildi ve düğüme hazırlandı. Düğüm öncesinde düzeltmeyi etkinleştirmek için üçüncü kurus posteriorundan skorlama yapıldı ve sutürler önde konkavite oluşturacak şekilde düğümlendi (Şekil1). Posterior insizyon kapatıldı ve pansuman yapıldı

Sonuç: Hastaların (1 erkek (55y), 1 kadın(25y)) takiplerinde ameliyat memnuniyetinin yüksek olduğu görüldü. Kontrol muayenelerinde (5. ay ve 4. ay) yeterli düzeltmenin sağlandığı ve nüks olmadığı görüldü.

Tartışma: Stahl kulak düzeltilmesinde dikiş tekniği kullanımı yeni değildir. Başarıyla uygulamış olduğumuz tekniğimizin avantajları; sadece deformite ile ilgili alanda (3. kıkırdak kurus) işlem yapılması, diseksiyon alanının daha az olması ve kıkırdak eksizyonu ve repozisyonu içeren yöntemlere göre daha az invaziv olmasıdır. Tecrübemiz doğrultusunda anterior alanda subperikondriyal seyreden sutür materyalinin görünür olmasını engellemek amacıyla renksiz (naylon, prolene vs) sutür materyalleri kullanılmasını öneriyoruz.

şekil 1



SS-009
Maksillofasiyal Ateşli Silah Yaralanmalı 106 Olguda Uyguladığımız Revizyon Cerrahileri

Andaç Aykan, Yalçın Bayram, Fatih Zor, Muhitdin Eski, Serdar Öztürk
GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD/ ANKARA

Giriş: Maksillofasiyal bölge içinde yer alan birçok fonksiyonel ve estetik unite nedeni ile kafa ve yüz yaralanmalarının cerrahi tedavisi önemlidir (1). Özellikle bu bölgede ateşli silahlar ile oluşan yaralanmalar ileri derecede hasar oluşturur ve tedavisi için tekrarlayan cerrahi müdahalelere gerek duyulur (2). Yaralanma sonrasında maksillofasiyal bölgeye uygulanan ilk rekonstrüktif yaklaşım sonrasında fonksiyonel, kozmetik ve komplikasyonlara yönelik olarak yapılan cerrahi müdaheleler revizyon cerrahileri olarak değerlendirilir (2). Bu çalışmada maksillofasiyal bölge ateşli silah yaralanması nedeniyle kliniğimizde takip ve tedavi edilmiş olgularda uygulanmış olan revizyon cerrahilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada, Ocak 2001 ve Ağustos 2014 yılları arasında, GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde maksillofasiyal bölge ateşli silah yaralanması nedeniyle takip ve tedavi edilmiş olan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş ortalamaları, cinsiyetleri, yaralanma şekil ve etyolojileri incelendi. Olgulara ilk rekonstrüktif cerrahi tedavilerinden sonra uygulanan ikincil cerrahi girişimlerin tipi, sayısı ve uygulama zamanları değerlendirildi. Yapılan revizyon cerrahileri, karşılaşılan komplikasyonlara yönelik olanlar, fonksiyonel ve kozmetik açıdan kazanım elde etmek için uygulananlar olmak üzere 3 gruba ayrılarak incelendi.

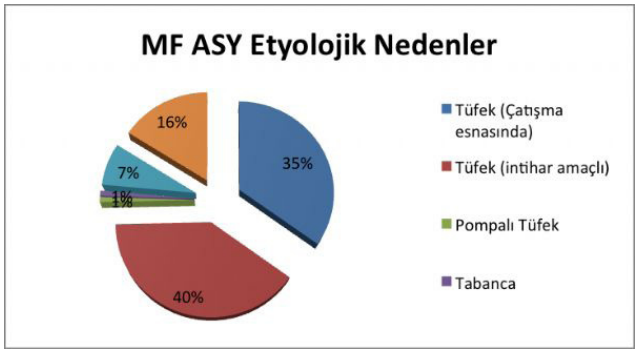
Bulgular: Ateşli silah yaralanması nedeniyle belirlenen tarihler arasında takip ve tedavi edilmiş toplam 106 hastanın detaylı dosya verilerine ulaşıldı. Üç kadın (%2,8) ve 103 (%97,1) erkek hastadan oluşan olguların yaralanma anındaki ortalama yaşları 23,07 (9-58) olarak hesaplandı. Etyolojik açısından değerlendirildiğinde, 37 (%34,9) olgunun çatışma esnasında tüfek, 42'sinin (%39,6) intihar amaçlı tüfek, 8'inin (%7,5) el bombası, 1'inin (%0,9) tabanca, 1'inin (%0,9) pompalı tüfek ve 17'sinin (%16) mayına bağlı yaralandığı tespit edildi (Resim 1). Yaralanma sonrasında 103 hastanın cerrahi yaklaşımlar ile tedavi edildiği, sadece 3 olgunun pansuman takipleri ile izlendiği saptandı. Hastalara ilk rekonstrüktif cerrahi yaklaşımın, yaralanma tarihinden ortalama 7,01 gün sonra uygulandığı bulundu. Tüm olgulara yaralanma sonrasında uygulanan ilk rekonstrüktif cerrahi girişimin ardından toplam 177 revizyon cerrahisi uygulandığı tespit edildi. (Tablo 1). Tüm revizyon cerrahilerinin 97'sinin (%54,8) kozmetik, 48'inin (%27,1) komplikasyonlara ve 32'sinin (% 18, 07) fonksiyonel geri kazanımı sağlamak için uygulandığı saptandı (Resim 2).

Sonuç: Maksillofasiyal bölge ateşli silah yaralanmaları mortalitenin önemli bir nedeni olup, plastik cerrahi açısından güç ve tekrarlayan cerrahi tedaviler gerektirmektedir. Bu bölgede özellikle yüksek hızlı silahlara bağlı ortaya çıkan yaralanmalarda uygulanan rekonstrüktif cerrahi sonrasında gelişebilecek komplikasyon ve bunlara yönelik uygulanan revizyon cerrahisi oranı yüksektir. Yeterli kozmetik kazanım için çok fazla ve tekrarlayan sayıda cerrahi müdahele gerekmektedir.

Kaynaklar: 1- Zor F, Aykan A, Coskun U, Aksu M, Ozturk S. Late oropharyngeal functional outcomes of suicidal maxillofacial gunshot wounds. J Craniofac Surg. 2015 May;26(3):691-5.

2- Kummoona R. Management of missiles injuries of the facial skeleton: primary, intermediate, and secondary phases. J Craniofac Surg. 2010 Jul;21(4):976-81.

Resim 1



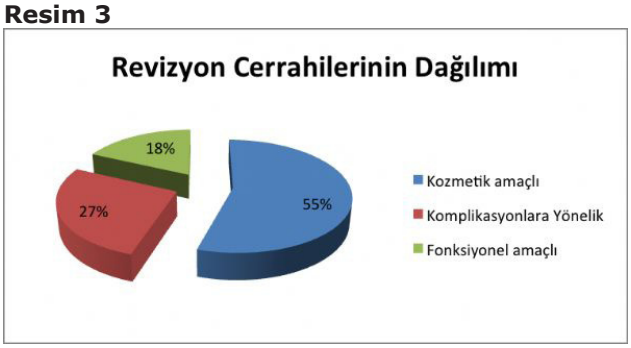
Etyolojik nedenler

Resim 2

Gelişen Komplikasyonlara Yönelik	Uygulanan Cerrahi Girişim Sayısı
Plak / Vida/ Titanyum Mesh çıkarılması	19
Enfekte poröz polietilen implant çıkarılması	3
Enfekte poröz titanyum mesh çıkarılması	6
Nekrotik kemik doku debridmanı	20
Fonksiyonel Kazanım amaçlı	
Vestibüloplasti	7
Dakriosistorinostomi	3
Komissüroplasti	8
Dil Serbestleştirilmesi	3
Soket onarımı	3
Distraksiyon Osteogenez	7
Kontraktür açılması	1
Kozmetik amaçlı	
Dermofat greft / Yağ Enjeksiyonu	12
Skar revizyonu	20
Flep inceltilmesi	9
Dudak Rekonstrüksiyonu	4
Rinoplasti	12
Dermabrazyon	14
Kantoplasti	5
Kirpik Oluşturulması	3
Kaş oluşturulması	8
Orta yüz germe	2
Doku Ekspansiyonu[	8

Maksillofasiyal ateşli silah yaralanması sonrası ilk rekonstrüktif cerrahi tedavilerinin ardından uygulanan revizyon cerrahileri

Resim 3



Uygulanan revizyon cerrahilerinin dağılımı.

SS-010
Orta ve Üst Yüz Kırıklarının Endoskopik Yaklaşımla Tedavisi

Kemalettin Yıldız[1], Halil İbrahim Canter[2], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Yüz kırıkları çoğunlukla açık redüksiyon internal fiksasyon (ARİF) ile tedavi edilmektedir. Günümüzde endoskopik girişimler estetik ve rekonstrüktif alanda her geçen gün artan oranda kullanılmaktadır. Endoskopik cerrahinin yüz bölgesinde artan klinik deneyim yüz iskelet sistemine yaklaşımda uygulanmasının önünü açmıştır. Bu çalışmada orta ve üst yüz kırıklarına endoskopik yaklaşımla tedavi tekniğimizi sunmaktayız.

Gereç-Yöntem: 2011-2015 yılları arasında üst ve orta yüzde deplase kırığı olan 17 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 9 hastada frontal sinüs ön duvar parçalı deplase kırıkları için, geri kalan 8 hastada ise parçalı deplase zigoma ark kırığı için endoskopik yaklaşım tercih edildi. Frontal bölge için endoskopik alın germe tekniğine uygun olarak saçlı deride yapılan kısa insizyonlar kullanıldı. Kemik parçalarının redüksiyonunda plak, titanyum meç ve intermaksiller fiksasyon vidaları kullanıldı. Zigoma ark kırığına yaklaşımda ise zigomanın diğer bölgeleri salim ve sadece arkta parçalı deplase kırıklar mevcut ise endoskopik orta yüz germe tekniğine uygun insizyonlar kullanıldı. Parçalı deplase zigoma arkı kırığı olan ve Gilles tekniği ile redüksiyonu başarısız olan 2 hastada da ameliyat esnasında endoskopik yaklaşıma geçilmiştir. Bu bölge için endoskop yardımlı plak vida ile fiksasyon sağlanmıştır.

Bulgular: Frontal kırık tedavisi uygulanan hastalarda duyu ve hareket kusuru gelişmedi. Ameliyat skar hattının az ve saçlı deri içinde saklanabilir olması hasta memnuniyetinin yüksek olmasında rol oynamıştır. Ameliyat sonrası dönemde hematom olmamıştır, fakat geniş periost altı disseksiyona bağlı yumuşak doku ödemi gelişmiştir. Bu ödem yaklaşık 1 ay süresince devam etmiş ve kendiliğinden çözülmüştür. Zigoma arkı parçalı deplase kırıkları için tedavi edilen grupta ise 1 hastada frontal sinir palsisi gelişmiştir. Diğer hastalarda ise hematom, kaynamama, redüksiyon veya fiksasyonda yetersizlik oluşmamıştır. Sonuç: Endoskopik yüz germe tekniklerinin maksillofasiyal kırıkları tedavisine aktarımı ile daha üst düzeyde kozmetik sonuçlar alınabilmektedir. Kişisel gelişim ve öğrenme eğrisine bağlı olarak ameliyat süresi zamanla diğer tekniklerle aynı süreye erişmiştir. Seçilmiş olgularda bu yaklaşımın başarılı olduğunu bildirmekteyiz.

SS-011
Temporomandibuler Bozukluklar: Anamnez ve Kliniksel Değerlendirmenin MRI İle Korelasyonu

Salih Onur Basat, Oğuzhan Demirel, Funda Akoz Saydam, İbrahim Karaca Basaran, Fatih Ceran, Çağatay Öner
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Tempromandibular bozukluklar (TMDs) temporomandibular eklem ve çiğneme kaslarının disfonksiyonunu kapsayan kompleks bir hastalık grubu olarak kabul edilmektedir. Litaretürde geniş aralıklarda değişen prevelans oranları gösterilmiştir; 5%-30%(1), 20%-75%(2), 7%-84%(3). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada popülasyonun yaklaşık 75% inde en az bir objektif semptom varlığı gösterilmiştir(4) fakat bunların sadece 33% ünde subjektif semptom varlığı tespit edilmiştir. Bu verilere göre TMDs semptomları ile başvuran hastaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi hastaların erken tanısı ve gerekli müdahalesinin yapılması açsından önem taşımaktadır. Bu çalışma, temporomandibular bozukluğu olan hastaların subjektif ve objektif verilerinin değerlendirilmesi ve MRI bulguları ile korelasyonunun varlığı amaçlamaktadır.

YÖNTEM VE GEREÇLER: Çalışmaya TMDs ile birlikte olan 50 hasta kabul edilmiştir. Hastaların yaş aralığı 13-59 yaş olup 18 erkek ve 32 kadın hasta bulunmaktadır. TMDs değerlendirilmesi için Helkimo anamnestic(Ai) and clinical dysfunction(Di) index kullanılarak yapılmıştır. Bunula birlikte RDC/TMD Histroy Questionnaire baz alınarak hazırlanmış hastaların demografik özelliklerini, semptomların süresi, visiual analog scale kullanılarak oluşturulan ağrı skorlaması gibi verileri içeren bir anket kullanılmıştır. TM eklem ile ilişkili patolojik durumları tespitinde günümüzde altın standart kabul edilen MRI her hastaya uygulanmıştır. Hastaların semptom şiddeti ve MRI bulguları ile arasındaki korelasyon araştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların 64% (n:32) kadın olup 36%(18) erkektir. Ortalama yaş erkeklerde 32 yaş olup (11-59) kadınlarda 29 yaştır(13-53). Hastaların 46% AiI (n=23), 53%AiII (n=27) olarak tespit edilmiştir, bununla birlikte her hastada en az bir subjektif muayene bulgusu gözlenmiştir. Disfonksiyon indeksi incelendiğinde hastaların 11 i Di0,20 si DiI, 14 ü DiII ve 5 i DiIII olarak tespit edilmiştir. MR görüntülemede hastaların 60%(n=30) ında normal, %20 (n=10) sinde redukte anterior dislokasyon, %14 (n=7) nonredukte anterior dislokasyon ve %6 (n=3) sında kondil ile ilgili farklılıklar tespit edilmiştir.

SONUÇLAR: TMDs günümüzde sık olarak karşılaşılan bir durum olup popülasyonun 75% inde en az bir objektif semptomun var olduğu gösterilmiştir. Geniş bir yaş aralığında bu şikayetlerin ortaya çıkabilmesi nedeniyle hastaların ilk başvuru anında subjektif ve objektif veriler ile uygun bir şekilde değerlendirilmesi tanı açısından oldukça önem taşınmaktadır. MRI görüntüleme intra-artiküler yapıların değerlendirilmesinde oldukça yararlı bir tetkik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Helkimo İndex Baz alınarak oluşturulan anket

Kas Ağrısı	Bulgular	Puan
o Çiğneme kaslarının palpasyonunda hassasiyet yok		0
o 1-3 bölgede palpasyonda hassasiyet olması		1
o ≥4 bölgede palpasyonda hassasiyet olması		5

TME Ağrısı	Bulgular	Puan
o Palpasyonda hassasiyet yok		0
o Lateral alanın palpasyonunda hassasiyet var		1
o Posterior alanın palpasyonunda hassasiyet var		5

Çene Hareketlerinde Ağrı	Bulgular	Puan
o Ağrı yok		0
o 1 yöne harekette ağrı var		1
o 2 veya daha fazla harekette ağrı var		5

Helkimo İndex Baz alınarak oluşturulan anket

Bağcılar E.A.H Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Temporomandibular Eklem Hastalıkları Değerlendirme Formu

Ad ve Soyad	
Cinsiyet	KADIN ☐ ERKEK ☐
Doğum Tarihi	
İş	
Adres ve telefon	

1	TME çevresinde herhangi bir ses duyuyor musunuz	Evet	Hayır
2	Uykudan kalkınca çenenizde katılık veya çene hareketlerinizin yavaşladığını hissediyor musunuz	Evet	Hayır
3	Çene bölgesinde yorgunluk hissi oluyor mu	Evet	Hayır
4	Ağzınızı açarken zorluk çekiyor musunuz	Evet	Hayır
5	Ağzınız açmaya çalıştığınızda çenenizde kitlenme oluyor mu	Evet	Hayır
6	TME çevresinde veya çiğneme kaslarının çevresinde ağrı hissediyor musunuz	Evet	Hayır
7	Çene hareketlerinizde ağrı hissediyor musunuz	Evet	Hayır
8	Çenenizde luksasyon-çıkma oluyor mu	Evet	Hayır

Modifiye mobilite indeksine göre bozulmuş hareket aralığı (Üst insizör ve alt insizör diş sınırları aradındaki maksimum ağız açıklığı)	Bulgular	Puan
o Normal hareket aralığı ≥ 40 mm		0
o 2- Hafif bozulmuş hareket aralığı 30-39 mm		1
o Şiddetli bozulmuş hareket aralığı < 30 mm		5

Bozulmuş TME fonksiyonu	Bulgular	Puan
o TME sesi olmaksınız akıcı eklem hareketi veya açma-kapama hareketlerinde oluşan deviasyonun ≤ 2mm		0
o Bir veya iki eklemde TME sesi ve /veya açma-kapama hareketlerinde oluşan deviasyonun ≥ 2mm		1
o TME kitlenmesi ve çıkması		5

SS-012
Ortognatik Cerrahide Yağ Enjeksiyonu

Dudu Dilek Yavuz, Selman Hakkı Altuntaş, Fuat Uslusoy, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Ortognatik cerrahi dentofasiyal deformitelerin giderilmesi amaçlı yapılan cerrahi işlemlerdir. Leforte 1 osteotomi hattının üzerinde alt orbital rime kadar uzanan paramedian eksiklik ve hemifasiyal mirozomide mandibula osteotomisine rağmen düzelmeyen sert ve yumuşak dokuyu birlikte ilgilendiren eksiklik giderilmedikleri takdirde sonuçlar suboptimal olmaktadır. Hemifasiyal mikrozomide sağlam tarafa botoks uygulaması ile simetri daha da arttırılabilir.

Yöntem: 2015 yılı içerisinde ortognatik cerrahi uygulanan hastalardan iskeletsel deformite düzeltilmesine rağmen yumuşak doku eksikliğinin giderilmesinin gerektiği ve yağ enjeksiyonu, botox uygulaması gibi tamamlayıcı tedavilerin uygulandığı hastalar değerlendirildi.

Bulgular: Olgu 1: 20 yaşında bayan hastanın konjenital sol hemifasiyalmikrozomi nedeni ile 2007 yılında dış merkezde kulak rekonstrüksiyonu yapılmış. Hasta alt çenede asimetri nedeni ile başvurduğunda ortodontik tedavi süreci başlatıldı ve hastaya 8 ay önce Lefort 1 osteotomi ile sağ maksiller gömme ve 2 mm soldan sağa rotasyonu yaptırıldı. Bilateral Sagittal split ramus osteotomisi de yapılan hastanın sol angulustaki kemik defekti için sağ iliak krestten alınan kemik grefti yerleştirildi. Hastaya aynı seansta mentoplasti de yapıldı ve sonraki takiplerinde gülme esnasında oluşan dudak köşesindeki asimetriyi gidermek amaçlı sağ depressor anguliorise yaklaŞık 20 Ü botox uygulaması yapıldı. Operasyondan yaklaşık 5 ay sonra yüzdeki ödemin neredeyse tamamen gerilemesiyle sol yanak ve mandibuler hat boyunca doku eksikliği belirgin hale geldi ve bu doku eksikliğine yönelik hastaya yaklaşık 50 cc lik yağ enjeksiyonu uygulandı. Olgu 2: 19 yaşında bayan hastaya class 3 malokluzyon nedeni ile ortodontik tedavisi tamamlandıktan sonra. Lefort 1 osteotomi ile maksilla 5mm ileri alındı ve orta hat mandibuladan horizontal osteotomi sonrası 2 cm lik kemik eksizyonu yapılarak mentoplasti uygulandı. Hastanın orta yüz ilerletme sonrasında her 2 malar bölgedeki yumuşak doku eksikliğini gidermeyi amaçlayarak aynı seansta her 2 nasolabial bölgeden girerek yaklaşık 10'ar cc yağ enjeksiyonu yapıldır. Üst dudak ve anterior nasal spine üzerine de toplamda 5 cc lik yağ enjeksiyonu ile dolduruldu. Postoperatif 2. Ayında olan hastanın takipleri devam etmektedir. Olgu 3:25 yaşında erkek hastaya malokluzyon nedeni ile ortodontik tedavisi tamamlandıktan sonra Lefort 1 osteotomi ile 3 mm gömme ve 7 mm ilerletme yapıldı. Paramedian bölgede meydana gelen belirgin doku eksiğine bağlı çökme için bilateral 15' er cc yağ grefti uygulaması yapıldı. Postoperatif 4. Ayında olan hastanın takipleri devam etmektedir. Ortognatik cerrahi ile birlikte yağ olgu sunumu yapılan hastalar dışında 5 hastanın daha takipleri devam etmektedir.

Sonuçlar: Ortognatik cerrahi sonrası özellikle lefort 1 osteotomi hattında ve paramedian bölgelerde meydana gelen çökme hastalar için görsel amaçlı sorun oluşturmaktadır. Bu sorunların çözümü için otolog kemik grefti uygulaması ve ya kemik allografti uygulamaları yapılabilmektedir. Ancak otolog kemik grefti uygulamasında donör alan morbiditesi, kemik allografti uygulamalarında ise yerleştirme, stabilizasyon sorunları ve pahalı olması dezavantajlar olarak bilinmekte ve bu bölgedeki eksikliğin giderilmesi için yağ enjeksiyonu alternatif olarak değerlendirilmektedir.

Ortognatik cerrahi öncesi preoperatif görünüm



Ortognatik cerrahi ve botoks uygulaması sonrası görünüm



Ortognatik cerrahi, botoks uygulaması ve yağ grefti uygulaması sonrası görünüm



SS-013
Mandibula kondil kırıklarına konservatif yaklaşım

Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan[1], Ömer Faruk Deveci[1], Beyza Karadede[2], Özhan Bekir Çelebiler[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Maksillofasyal travmalar içinde mandibula kondil kırıkları en tartışmalı alanlardan biridir. Bu yaralanmalar sonucunda oklüzyonda bozulma, mandibula deviasyonu, kondil başı konumunun değişmesi ve en çok korkulanı eklemin ankilozudur.(1) Bu nedenle hastanın ve travma semptomlarının değerlendirilmesi ve en uygun tedavi modalitesini belirlemek çok önemlidir.

Mandibula kondil kırıkları temel olarak konservatif tedavi yöntemleriyle intermaksiller fiksasyon veya açık redüksiyon ve internal fiksasyon ile tedavi edilir.(2)

Çalışmamızda kliniğimize kondil kırığı tanısı ile başvuran ve konservatif tedavi ile takip edilen hastaların tedavi öncesi ve sonrası temporomandibuler eklem ile ilgili şikayetlerin ve semptomların karşılaştırılması, intermaksiller fiksasyon modaliteleri arasındaki farkların değerlendirilmesi ve radyolojik olarak tedavi öncesi ve sonrasında bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Çeşitli kırık hatlarının eşlik ettiği tek taraflı kondil kırığına sahip on üç ve bilateral kondil kırığına sahip iki hasta da yapılan bu çalışmada, travma sonrası hastanın ağız içi ve ağız dışı bulguları klinik ve radyolojik tanı araçları (BT) ile değerlendirilmiştir. Kollum kondil fraktürü teşhisi konulan tüm hastalara ortodontik sabit mekanikler (braketleme) veya arch bar ile intermaxiller fiksasyon (IMF) uygulanmıştır.

Ardından ileri derecede deplase kondil fraktürü olan 3 hastadan alt üst ölçü alınmış ve modeller artikülatöre aktarılmıştır. Bu hastalara özel splint hazırlanmış ve tüm hastalara ilk iki hafta tam gün IMF uygulanmıştır. 7 hastada 4 hafta, 4 hastada, 5 hafta ve 4 hastada 6 hafta içinde uygulama süresi azaltılarak IMF uygulanmıştır. IMF yapılan hastalara sıvı beslenme diyeti uygulanmıştır. IMF kullanımının ardından 6 ay süre ile kontrolleri yapılan hastaların tedavi sonrası klinik ve radyolojik muayaneleri tekrarlanarak elde edilen bulgular karşılaştırılmıştır.

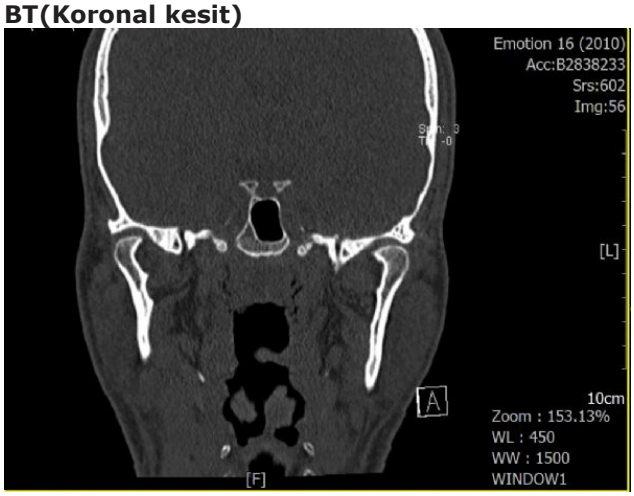
Bulgular: Tüm hastaların, kontrolleri tedavilerin sonlanmasından altı ay sonra yapılmıştır. On beş hastanın hiçbirinde ankiloz, ağız açmada kısıtlılık, open bite ve retrognati gelişmemiştir. Travma öncesi okluzyonları bilinmeyen hastaların, IMF ile okluzyonları yönlendirilmiş ve yeniden konumlandırılarak uygun bir okluzyon sağlanmıştır. Bilateral kondil kırığına sahip iki hasta da tedavi sonrasında herhangi bir olumsuz bulgu saptanmamıştır. Ancak unilateral kondil fraktürüne sahip altı hastada kırık bölgeleri ile paralellik gösteren laterognati ve buna bağlı orta hat sapması ve bu hastalardan sol kondil kırığına sahip iki hastada da çapraz kapanış geliştiği gözlenmiştir.

BT tetkikinde, unilateral kondil fraktürüne sahip on beş hastanın ikisinde kondillerin mediale, bir hastada ise distale deplase olduğu saptanmış, üç hastada ise kondil pozisyonlarında herhangi bir dejenerasyon olmamasına rağmen, kırık olmayan kondil tarafında, eklemden klik sesi alınmıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızda kullanılan splint ile IMF uygulaması, açık redüksiyona göre daha konservatif ve hasta açısından daha kabul edilebilir bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemin uygulandığı hiçbir hastada ağız açmada kısıtlılık, ankiloz, open bite ve retrognati görülmemesi bu yöntemin en avantajlı yönüdür. Bazı hastalarda görülen laterognatinin gelişmemesi için, alt çenenin sağlam kondilin olduğu tarafa yönlendirecek şekilde kapanışın oluşturulması bu sorunun gelişmesini engelleyici bir önlem olabilir. Mandibulada kondil epifiz benzeri büyümenin olduğu yerdir(3) ve bu nedenle çocuklarda mandibula kondil fraktürüne yönelik cerrahi müdahale mandibulanın gelişimini etkileyebilir. (4) Bu yüzden kliniğimizce özellikle kondil fraktürü olan çocuk hastalara konservatif tedavi uygulanmıştır.

Referans: 1- Ellis III E, Gaylord S (2005) Throckmorton: treatment of mandibular condylar process fractures: biological considerations.J Oral Maxillofac Surg 63:115–134
2- B. van den Bergh, J. Blankestijn, T. van der Ploeg, D.B. Tuinzing, T. Forouzanfar. Conservative treatment of a mandibular condyle fracture: Comparing intermaxillary fixation with screws or arch bar. A randomised clinical trial. Journal Of Cranio-Maxillo-Facial Surgery. June 2015Volume 43, Issue 5, Pages 671–676
3- Sarnat Bg, Engel Mb. A serial study of mandibular growth after removal of the condyle in the Macaca rhesus monkey. Plast Reconstr Surg (1946). 1951 May;7(5):364-80.
4- Elif Bahar Tuna, Aysun Dündar, Abdülkadir Burak Çankaya, Koray Gençay. Conservative Approach to Unilateral Condylar Fracture in a Growing Patient: A 2.5-Year Follow Up. Open Dent J. 2012; 6: 1–4.

BT(Koronal kesit)



Braketleme ile 4 hafta intermaksiller fiksasyon yapılan hastanın tedaviden 2 yıl sonraki BT görüntüsü

Sağ subkondil kırığı tedavi öncesi BT(koronal kesit)



Sağ subkondil fraktürü olan hastanın tedavi öncesi BT koronal kesit görüntüsü

SS-014
Zigoma Fraktürleri ve Tedavilerin Son Beş Yıllık Değerlendirmesi

Dağhan Dağdelen, Ali Can Günenç, Memet Yazar, Medeni Volkan Kıyak, Ayşin Karasyon Yeşilada
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Zigoma kırıkları maksillofasyl tafmada sık karşılaşılan kırıklardandır. Yüz görünümünü ciddi anlamda bozan,estetik, fonksiyonel ve psikolojik problemlere yol açabilen kırıklardır. Bu çalışmamızda, son 5 yıl içinde kliniğimize, zigoma kırığı tanısı ile başvuran hastalardaki tecrübelerimizi, geriye dönük derlemeyi ve bu sonuçları literatürle karşılaştırmayı hedefledik.

Metod: Retrospektif olarak, kliniğimize 2010-2014 yılları arasında zigoma fraktürüyle başvuran 111 hasta incelendi. Yaş, cinsiyet, semptom, kırık ve insizyon tercihlerıı, plak tipleri, tedavi seçenekleri ve komplikasyonlar gibi parametrelere bakıldı. Sonuçlar literatür bilgileriyle karşılaştırıldı

Bulgular: Ana hasta grubu yaşı 21 ile 30 yaş arası (%33.8) olarak saptandı. Erkek/kadın oranı 4,4/1 idi. Darp (%42) ve trafik kazaları (%24) en sık görülen etyolojiler olarak bulundu. En sık görülen semptom periorbital ekimoz ve subkonjuktival hemorojiydi. Zigoma tripod kırıkları en sık görülen kırık şekli oldu. Maksiller kemik kırığı zigoma kırığına en sık eşlik eden kemik olarak saptandı.Tedavi açısından 7 hastaya konservatif yaklaşım uygulandı. Operasyon uygulanan hastalar içinde en sık subsilier ve gingivobukkal insizyon kullanıldı.İzole zygomaitk ark kırılarına kapalı redüksiyon uygulandı. En sık zigotmatikforntal butress, ve infraorbital rim fiksasyonu uygulandı. Bunu zigomatikomaksiller butress onarımı takip etti. Orbita tabn fraktürleirnde titanyum mesh kullanımı tercih edilen en sık yöntemdi. Bunu otolog greft uygulamalaları takip etti. En sık görülen komplikasyon kalıcı infraorbital sinir trasesinde (%21)parestezi olarak saptandı. Bunu ektropion takip etti (%3).

Sonuç: Zigoma kırığı maksillofasyal kırıklar içinde önemli morbitide nedenidir. Darp ve trafik kazası, zigomatik kemik kırığına neden olan ana unsurlardır. Erken onarım ve rigit fiksasyon teknikleri artık tedavi standardı haline gelmiştir. Bulgularımız mevcut literatür ile paralellik taşımaktadır.

SS-015
Maksillofasiyal Bölge Cerrahisinde Ankor Dikişin Çok Yönlü Kullanımı

Kemalettin Yıldız[1], Nebil Yeşiloğlu[2], Arzu Akçal[3], Tahsin Görgülü[4], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Lütfi Kırdar Kartal EAH. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]Akdeniz Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[4]Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Ankor dikiş materyali özellikle ortopedi alanında sıklıkla kullanılmaktadır. Ankor ile yüz askılama işlemleri ise günümüzde diğer yöntemlere alternatif olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada fasiyal bölge rekonstrüksiyonunda ankor dikiş kullanımı ve klinik sonuçlarıyla değerlendirilmesi sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: 2012-2015 yılları arasında yaşları 15 ile 61 arasında değişen 30 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ankor dikiş uygulaması ektropiyon (n:6, iki olgu bilateral), fasiyal paralizi (n:8), sekonder blefaroplasti (n:4, bilateral), travmatik göz kapağı ptozu (n:2), alt göz kapağı ve/veya kapak-yanak bileşke bölgesi tümör rezeksiyonu (n:6), zigoma kompleks kırığı (n:4), TME disfonksiyonu (n:8, üç olgu bilateral) nedeniyle gerçekleştirilmiştir. Askılama amacıyla kullanıldığında orta yüz askılama prensiplerine uygun olarak ankor dikişler yerleştirilmiştir.

Bulgular: Hastalar ortalama 20 ay süreyle takip edilmiştir. 2 hastada kendiliğinden gerileme gösteren malar bölgede hematomla karşılaşıldı. TME cerrahisi yapılan 1 hastada frontal sinir paralizisi gelişti. Yanak bölgesinde 2 hastada geçici hipoestezi saptandı. 2 hastada ameliyat sonrası dönemde dikişin yumuşak dokudan sıyrıldığı saptandı ve fasya lata kullanılarak uygulama tekrar edildi. Ankor dikiş vidasında ekstrüzyon gözlenmedi. 1 hastada enfeksiyon gelişti ve dikiş ekstrakte edildi. Kemik fiksasyonda kırılma veya gevşeme olmadı. Kranial bölgede ise dura hasarı gerçekleşmedi.

Sonuç: Endikasyon alınabilmetyolojilerdeki çeşitlilik ankor dikiş uygulanmasında teknik yaklaşım açısından da çeşitlilik getirmektedir. Estetik cerrahide kullanılan askılama prensipleri ile daha etkin ve kozmetik sonuçlar rekonstrüksiyon hastalarında da elde edilebilmektedir. Erken dönem immobilizasyon dikişin yumuşak dokudan sıyrılmasında önemli olabileceğinden hasta uyumu dikkate alınmalıdır. Uygulama kolaylığı olsa da olası komplikasyonlarda kaçınmak için öğrenme eğrisi sürecine ihtiyaç duyulmaktadır.

SS-016

Merkel Hücreli Karsinom' da klinik tecrübelerimiz

Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Mehmet Emre Yeğin, Ahmet Biçer, Burak Sercan Erçin, Ufuk Bilkay
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Merkel Hücreli Karsinom (MHK), nadir görülen bir nörokutan malignitedir. Epidermal bazal membran üzerinde bulunan, dokunma duyusunu taşıyan Merkel hücrelerden köken alır. Klinik olarak tanı konulabilmesi oldukça zordur. Kesin tanı, hastalığa özgü sitokeratin-20 gibi antijenlerin 1992› de keşfinden beri immünhistokimyasal inceleme ile konulabilmektedir. Etiyolojide, melanomada olduğu gibi UVB suçlanmaktadır. Ayrıca polyoma virüs de etiyolojide rol sahibidir. Genelde baş boyun bölgesinde görülür. Olguların çoğu, yedi veya sekizinci dekadını yaşayan kişilerden oluşur. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre iki kat fazladır. Metastaz yolu çoğunlukla lenfojendir. Fizik muayenede, pembe renkli eritematöz plaklardan, nodüler lezyonlara kadar pek çok şekilde görülebilir. Nadir görülmesinden dolayı kesin sınırlarla belirlenmiş bir tedavi protokolü yoktur. Ancak, lokal agresif bir tümör olması sebebiyle geniş eksizyon ile tedavisi üzerinde anlaşmaya varılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, lenfatik yayılımının ağırlıkta olmasından dolayı sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ile benzer sonuçlara ulaşılırken disseksiyon morbiditesinin azaltılabileceği gösterilmiştir. Ancak lokal agresif tümörlerin bir çoğunda olduğu gibi bu hastalıkta da adjuvan radyoterapi önerilir.

Yöntem: 2008-2012 yılları arasında, altı MHK tanılı hasta kliniğimizde opere edilerek tedavi edilmiştir. Genellikle ileri yaşta görülmekle beraber, çalışmamızda bir hastanın 30 yaşında iken MHK tanısı aldığı tespit edilmiştir. Bir hasta ise MHK› ya eşlik eden lenfoblastik lenfoma tanısı almıştır. İki hasta, alt ekstremitelerde gelişmiş MHK nedeniyle opere edilmiştir. İki hastaya SLNB uygulanmış ancak sonuç negatif olarak bulunmuştur. Diğer hastalar, USG yardımı ile yakın takibe alınmıştır.

Olgu 1: 30 yaş kadın hasta, dış merkezde dermatofibrom öntanısı ile alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi sonucu kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca yapılan muayenede, sol uyluk distal anterolateralde operasyon skarı saptandı. İnguinal palapasyonda ele gelen kitle saptanmadı. Yapılan USG› de, herhangi bir Lenfadenopati (LAP) gözlenmedi. Hastaya genel anestezi altında geniş eksizyon ve SLNB uygulandı. Patoloji sonucunda, 1,2 cm cerrahi sınırla eksize edilmiş MHK ile 0/4 SLNB raporlandı. Hasta, radyasyon onkolojisi kliniğine konsülte edildi ve burada radyoterapiye (RT) başlandı. Hastanın halen devam eden takiplerinde, nüks ile uyumlu bulgu saptanmadı.

Olgu 2: 63 yaş erkek hasta, dış merkezde keratoz öntanısı ile yapılan biyopsisinde MHK saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca yapılan muayenede, sağ uyluk posteriorda operasyon skarı saptandı. İnguinal palpasyonda kitle saptanmadı. Yapılan USG› de, herhangi bir LAP gözlenmedi. Hastaya genel anestezi altında geniş eksizyon ve SLNB uygulandı. Patoloji sonucunda, tümör saptanmadı. 0/5 SLNB olarak raporlandı. Radyasyon onkolojisine konsülte edilen hastaya, RT önerilmeyerek yakın takip önerildi. Hasta, halen takip altındadır ve nüks saptanmamıştır.

Olgu 3: 69 yaş kadın hasta, dış merkezde üst göz kapağında hızlı büyüme gösteren kitle nedeniyle alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, sol üst göz kapağında fikse, konjonktival tutulumun eşlik ettiği nodüler kitle saptandı. USG› de patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya, genel anestezi altında egzenterasyon+temporal kas flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. Patoloji raporunda, MHK+ (NHL) Non-Hodgkin Lenfoma (Lenfoblastik lenfoma) raporlandı. Hasta, medikal ve radyasyon onkolojisi bölümlerine konsülte edildi. RT ve KT başlandı. Hastada nüks saptanmadı; ancak, takiplerinin 4. yılında eşlik eden malignitenin (NHL) sistemik metastazları nedeniyle kaybedildi.

Olgu 4: 75 yaş kadın hasta, dış merkezde sol kaş üzerinden alınan biyopsi sonucunun MHK gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, sol frontal operasyon skarı dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya, geniş reeksizyon uygulandı. Postoperatif radyoterapi için radyasyon onkolojisine yönlendirilen hasta, radyoterapiye rağmen yedi ay sonra sol preaurikuler kitle nedeniyle tekrar başvurdu. Alınan biyopsi sonucu Transit MHK metastazı olarak raporlandı. Hastada tekrar kitle gelişmesi üzerine, yapılan USG› de sol parotis ve servikal LAP› lar saptandı. Preaurikuler bölgeye geniş eksizyon+yüzeyel parotidektomi+sol boyun disseksiyonu uygulandı. Hasta, tekrar radyoterapi amaçlı radyasyon onkolojisine konsülte edildi. Takipleri devam ederken, iki yıl sonra sistemik metastazlara bağlı olarak hasta kaybedildi.

Olgu 5: 90 yaş kadın hasta, burun sırtında ülsere yara nedeniyle alınan biyopsisinin MHK olarak gelmesi nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Yapılan muayenesinde, nazal dorsumda ülsere geniş yara saptandı. Boyun USG çekilen hastada metastatik LAP saptanmaması üzerine, hastaya geniş eksizyon uygulandı. Takiplerine devam edilen hastanın boyun bölgesinde LAP› lar gelişmesi üzerine, 4 ay sonra tekrar opere edilerek lenf nodu biyopsisi alındı ve metastatik hastalık olduğu saptandı. Hasta ve yakınları, operasyonu kabul etmediği için disseksiyon uygulanmadı ve hasta radyasyon onkolojisine yönlendirildi. Orada da tedaviyi kabul etmeyen hasta, 2 ay sonra sistemik metastazlar nedeniyle kaybedildi.

Olgu 6: 86 yaş erkek hasta, yüzde nevüs öntanısı ile kliniğimizde opere edildi. Patoloji sonucunun MHK gelmesi üzerine, hastaya geniş reeksizyon yapıldı. Hastanın takipleri halen devam etmektedir ve nüksle uyumlu bulgu saptanmamıştır.

Sonuç: Literatüre yansıyan az sayıda hasta olması, MHK› ya yönelik tedavi yöntemleri konusunda tartışma yaratmaktadır. Pek çok çalışmada, geniş eksizyon ile kür sağlanabildiği ve SLNB ile de lenfatik yayılıma yönelik erken tanı uygulanabildiği gösterilmiştir. Melanoma gibi bir nöroendokrin tümör olan bu hastalığın tedavisinde de agressif davranılmalı ve geniş eksizyon uygulanmalıdır. Lenfatik yayılıma yatkın olması ve kolay metastaz yapması da, SLNB› nin erken tanı ve tedavide önemli rol oynadığını göstermektedir. Mevcut tedavi ve tanı yöntemlerinin tamamıyla uygulanabildiği merkezlerden biri olarak, karşılaştığımız bu olguların, literatüre katkısı olacağı düşüncesindeyiz.

Hastaların dağılımı

Hasta	Yaş	Lokalizasyon	Primer Tanı	Eksizyon Sınırı	Lenfatik Durumun Belirlendiği Yöntem	Lenfatik Durum	Takip Süresi	Takip Süresinin Sonlanma Nedeni
1	69	Sol üst göz kapağı	Dış merkez	2 cm	USG	(-)	4 yıl	Exitus
2	75	Sol preaurikuler	Dermatoloji	2,2 cm	USG	(-)	6 yıl	
3	90	Nazal dorsum	Dış merkez	2 cm	USG	(+)	2 yıl	Exitus
4	86	Sol malar	Nevüs eksizyonu	3,3 cm	USG	(-)	5 yıl	Exitus
5	63	Sağ uyluk posterior	Dış merkez	3 cm	SLNB	(-)	3 yıl	
6	30	Sol uyluk	Dış merkez	1,2 cm	SLNB	(-)	3 yıl	

Kliniğimizde opere edilen hastaların epidemiyolojik ve tedavi verileri

SS-017
Malign Melanom' da Lenf Nodu Yoğunluğu: Yaşam Süresine Etkileri

Mehmet Emre Yeğin, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Ahmet Biçer, Tahir Gürler, Ecmel Songür
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Malign melanom olgularında onkolojik tedavinin ana ayaklarından biri olan lenf nodu disseksiyonları (LND), her gün güncellenen literatürde kendine yer bulabilmektedir. Yalnızca mevcut lenf nodlarının temizlenmesi olarak değil, aynı zamanda evreleme için önkoşul olması ile tedavi planlamasını da yönlendirir ve hastanın prognozuna yönelik öngörü sağlar. Bu basamağın önemi, yeni farmakolojik ajanların da bulunması ile daha fazla gündeme gelmektedir. Mevcut tedavi protokollerinde, yapılan disseksiyonların büyük çoğunluğu evreleme, tedavi ve tedavi planlamasına yönelik yapılmaktadır. Bunun dışında son yıllarda önemli bir prognostik gösterge olarak lenf nodu yoğunluğu da yeni bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Nod yoğunluğundan kasıt, toplanan tüm lenf nodlarındaki tümörlü lenf nod oranıdır.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, tonsiller karsinom, mesane karsinomu gibi pek çok tümöre yönelik lenf nod yoğunluğu ile ilgili çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Alanımıza giren, benzer lenfatik yayılım eğilimi olan Malign Melanom (MM) ile ilgili lenf nod yoğunluğuna yönelik çalışma henüz detaylandırılmamıştır. Çalışmamızda, bu hastalığa yönelik yapılan ameliyatların sonuçları incelenmektedir.

Yöntem: 2008-2013 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi gören 372 MM tanılı hastanın disseksiyon uygulanan 48ine ait öykü, görüntüleme, patoloji sonucu ve mevcut durum bilgisi değerlendirildi. Disseksiyon öncesi immünoterapi-kemoradyoterapi alan ve disseksiyon sonucunda hiçbir metastaz saptanmayan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Kalan 34 hasta (18 kadın ve 16 erkek) ile çalışmaya devam edildi. Hastaların, disseksiyon tarihindeki ortalama yaşı 50,9 (22-76 yaş) olarak saptandı. Takibi halen devam etmekte olan 14 hasta da dahil edildiğinde, ortalama takip süresi 38,5 ay (4-84 ay) olarak hesaplandı. Halen takipleri devam etmekte olan hastalar bu hesaplamadan çıkarıldığında, ortalamanın 29 ay (4-84 ay) olduğu görüldü. Operasyonlar incelendiğinde 16 hastaya aksiller, 10 hastaya inguinal ve kalan 8 hastaya servikal disseksiyon uygulanmış olduğu görüldü. Tüm disseksiyonlarda toplamda alınan 682 (ortalama 20,05; 4-47) lenf nodunun 127› sinin (ortalama 3,73; 1-39) metastatik olduğu gözlendi. Bu bilgiler, Mann-Whitney ve Spearman ρ testi ile karşılaştırılarak yaşam süresi, lenf nod yoğunluğu ve 24 aylık sağkalım arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı.

Sonuç: Günlük pratiğimizde sık karşılaştığımız bu hastalığa yönelik yapılan istatistiki çalışmada, ilk 2 yılda kaybedilen hastaların lenf nod yoğunluk ortalaması 0,27 (min. 0,03, max. 0,92, STD=±0,28)iken; bu sürede yaşamını devam ettiren hastaların ortalaması 0,16' dır (min. 0,02, max. 1,00, STD±0,23). Görüldüğü gibi ortalamalar farklıdır; ancak, istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Mann-Whitney testinde, 24 aylık sağkalım değişkeninde, ilk iki yılda kaybedilen hastalarla, yaşamı devam eden hastalar arasında lenf nodu yoğunluğu için anlamlı fark bulunamadı. ($p>0,01$). Spearman ρ testinde de, lenf nod yoğunluğu ve yaşam süresi karşılaştırılmış ve ilişki anlamlı bulunamamıştır. ($p>0,01$)

Tartışma: Günümüz tıbbi uygulamalarının büyük bir kısmını oluşturan onkolojik tedavilerle ilgili her geçen gün yeni bilgiler ortaya çıkmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin vazgeçilmez bir parçası olan lenf nodu disseksiyonlarının sonuçları, hayat kurtarıcı olabildiği gibi aynı zamanda ardışık tedavilerin de seçimi açısından önemli yer tutmaktadır. En malign tümörlerden biri olarak kabul edilen Malign Melanom için de bu durum geçerlidir. Ürolojik kanserler ve baş-boyun kanserlerinde yapılan araştırmalar, LND ile toplanan metastatik lenf nodlarının sayısı yanında, toplam lenf nodlarına oranının da önemli bir prognostik gösterge olabileceği sonucuna varmıştır. Kliniğimizde yapılan çalışma, MM açısından bu önermeyi desteklememektedir. Yapılan çalışmada iki yıllık sağkalıma göre oluşturulan iki grup arasında, ortalama nod yoğunluğu farklı olduğu halde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. 34 hastada yapılan bu çalışmada örnekleme, MM tanılı hastalar üzerinden yapılmıştır. Ancak, hastalığın alt tiplerine göre bir ayırım yapılmamıştır. Bu nedenle farklı tiplere ait hayatta kalım süreleri karşılaştırılmamıştır. Ayrıca, istatistiki bilgilerin daha sağlıklı yapılabilmesi için olgu sayısının artırılması gerekmektedir. Klinik veya cerrahi evrelemeye göre disseksiyon kararının çalışmaya değişken olarak dahil edilmesi, bu oranları değiştirebilir. Bunların dışında, operasyon sonrası tüm hastalara aynı tedavi uygulanmamış olup, bu tedavilerin istatistiğe yönelik etkileri araştırmaya dahil edilmemiştir. Gelecekteki araştırmalarımız, bu noktaları aydınlatmaya yönelik olacaktır.

LND Uygulanan Hastaların Dağılımı

No.	Operasyon Anındaki Yaş	Disseksiyon Bölgesi	Toplanan Toplam Nod	Metastatik Nod	Takip Süresi/ Exitus
1	53	Aksiller	11	2	2 yıl
2	54	Aksiller	47	39	4 Ay
3	32	Aksiller	12	11	12 Ay
4	52	Aksiller	24	14	7 yıl+
5	64	İnguinal	14	1	12 Ay
6	55	İnguinal	18	3	2 yıl
7	45	Servikal	22	1	5 yıl+
8	30	Aksiller	11	1	7 yıl
9	73	İnguinal	24	6	12 Ay
10	53	Aksiller	26	1	2 yıl
11	29	İnguinal	9	5	2 yıl
12	58	Servikal	33	2	2 yıl
13	26	Servikal	30	3	5 yıl
14	60	Servikal	37	1	2 yıl
15	74	Aksiller	20	2	4 yıl
16	46	Aksiller	34	2	5 yıl+
17	45	İnguinal	14	1	2 yıl
18	73	İnguinal	24	6	12 Ay
19	59	Aksiller	23	2	5 yıl+
20	64	İnguinal	4	4	4 yıl+
21	50	Aksiller	11	2	4 yıl+
22	56	İnguinal	6	1	12 Ay
23	63	Aksiller	9	1	4 yıl
24	40	Servikal	42	1	4 yıl+
25	63	Servikal	14	1	4 yıl+
26	61	Aksiller	17	3	4 yıl+
27	51	Aksiller	11	1	4 yıl+
28	46	Servikal	30	2	4 yıl+
29	33	Aksiller	17	1	4 yıl+

LND Uygulanan Hastaların Dağılımı-Devam

No.	Operasyon Anındaki Yaş	Disseksiyon Bölgesi	Toplanan Toplam Nod	Metastatik Nod	Takip Süresi/ Exitus
30	44	İnguinal	7	2	2 yıl
31	71	Servikal	21	1	3 yıl
32	46	İnguinal	5	1	3 yıl+
33	22	Aksiller	22	1	4 yıl
34	40	Aksiller	33	2	4 yıl+

SS-018
Pigmente deri lezyonlarında dermoskopik ve patolojik tanıların karşılaştırılması

Neşe Kurt Özkaya[1], Songül Sağlam Zor[2], Mürsel Çepni[3]
[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas
[2]Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Van
[3]Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Amasya

En büyük duyu organımız olan deri, yüzey genişliği itibariyle yaşam boyu kimyasallar, değişik derecelerde ısı, radyasyon, güneş ışını gibi çok çeşitli etkenlere maruz kalır. Bunların zararlı etkileri veya kalıtsal etkenler nedeniyle çeşitli lezyonlar oluşur. Dermatolojik klinik muayenede tanıya yardımcı wood ışığı, dermatoskop, diaskopi, büyüteç gibi araçlar kullanılır. Bu araçlardan biri olan dermatoskop halen pigmente ve nonpigmente deri lezyonlarının teşhisinde yaygın olarak kullanılır(1). Dermoskopi deri yüzey mikroskobisi yada epiluminesans mikroskopi olarak adlandırılan noninvaziv görüntüleme teknikleri, ışık ve büyütme sistemleri kullanılarak pigmentli deri lezyonlarının in vivo incelemesini sağlar(2). El dermatoskoplarında pigmente lezyonlar 10X büyütülerek incelenir, digital dermatoskoplar 100X büyütme sağlar. Böylelikle epidermis, dermoepidermal bileşke ve yüzeyel dermis daha görünür hale gelir(1). Tanı değeri açısından, makroskopik değerlendirme ile histopatolojik inceleme arasında yer almaktadır(3). En tecrübeli ellerdeki kullanımında bile histopatolojik incelemenin yerini alamayacağı, ancak klinik tanıyı güçlendirerek gereksiz cerrahi girişimi önleyebileceği gösterilmiştir(4). Türkiye'de dermoskopi ise 1993'ten beri kullanılmaktadır(5). Dermoskopik muayenede ilk olarak incelenen lezyonun, melanositik ya da nonmelanositik olduğuna karar verilir. Nonmelanositik olanlar,bazal hücreli karsinom, squamoz hücreli karsinom, hemanjiyom, seboreik keratoz, aktinik keratoz, dermatofibrom, vasküler lezyonlar v.b. olarak ayrılır. Geriye kalanlara ve melanositik olarak ayrılmış olanlara ikinci basamakta benign nevüs ve melanom ayrımı yapılır(6).

Gereç-Yöntem: Hastaların dermatolojik muayenelerinde aynı hekim tarafından dermoskopik muayenede 15 mm'lik 10x büyütme, 8 beyaz LED özellikleri olan (3GEN DermLite DL 100) el dermatoskop cihazı kullanılmıştır. Etik kurul onayı sonrası Van Bölge Hastanesi Dermatoloji Polikliniğinde Aralık2013-Haziran2014 tarihleri arasında cerrahi eksizyon önerilen hastaların; yaşı, cinsiyeti, lezyonun yeri, dermoskopik tanısı gibi özellikleri kaydedilerek plastik cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. Cerrahi yapılan hastaların lezyonlarının dermoskopik tanıları ile patolojik tanıları karşılaştırılmıştır(Resim 1a-b). Ayrıca lezyonlar melanositik, nonmelanositik şeklinde ve lokalizasyonuna göre ayrılmıştır. Melanositik ve nonmelanositik lezyonların dermoskopik ve patolojik tanılarının uyumluluğunun istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı belirlenmiştir.

Bulgular: En küçüğü 7, en büyüğü 80(ort.36.47) yaşında olan; 116'sı(%63.04) kadın, 68'i(%36.96) erkek, toplam 184 hastadan alınan 300 adet eksizyon materyalinin tanıları karşılaştırılmıştır. Lezyonların 220'si melanositik, 80'i nonmelanositikdi. Melanositik lezyonların 190'ının(%86.36); nonmelanositik lezyonların 30'unun(%37.5) dermoskopik tanısı ile patolojik tanısı aynı idi.(Grafik 1) Dolayısıyla melanositik lezyonlarda doğru tanı koyma oranı nonmelanositik lezyonlara göre istatistik olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(p=0.001). Lezyonların 258'i baş-boyun bölgesinde yer alırken, 28'i

gövdede, 14'ü ekstremitelerde yer almaktaydı.

Tartışma: Noninvaziv bir yöntem olan dermoskopi, tanı değeri açısından, makroskopik değerlendirme ile histopatolojik inceleme arasında yer almaktadır(3). Melanositik pigmente deri lezyonlarının birbirinden ayrımı, planlanacak tedavi yaklaşımı açısından önemlidir (2). Klinik muayene ve ihtiyaç duyulursa yardımcı araçlar kullanılarak konulan ön tanıya, varsa biyopsi sonucuna göre cerrahi yapılacak hastalarda eksizyon sınırının genişliği planlanır. Klinik muayenenin doğruluk değerini arttırmak için yardımcı araçlar kullanılır. Bu araçlardan biri olan dermoskopi deri yüzey mikroskopisi ya da epiluminesans mikroskopi olarak adlandırılır, ışık ve büyütme sistemleri kullanılarak pigmentli deri lezyonlarının in vivo incelenmesini sağlar. Günümüzde artık birçok hastanede el veya digital dermatoskop dermatoloji poliklinik şartlarında bulunmaktadır. 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada pigmente lezyonun melanositik nonmelanositik ayrımını yapmakta klinik muayenenin sensitivitesi %96.6 ve spesifitesi %61.5 çıkmıştır. Dermoskopik muayenenin sensitivitesi %97.7 ve spesifitesi %88.8 olduğu için daha üstün bulunmuştur (7). Ayrıca aynı çalışmada lezyonların klinik ön tanıları ile dermoskopik ön tanıları karşılaştırıldığında %77.7, klinik ön tanıları ile histopatolojik tanıları karşılaştırıldığında %67, dermoskopik ön tanıları ile histopatolojik tanıları karşılaştırıldığında ise %87 oranında birbiri ile uyumlu olduğu belirtilmiştir. Dermoskopinin nevüs tipini belirlemede histopatolojiye göre üstünlüğünü değerlendiren bir çalışma; "Dermoskopinin %80'lik tanı doğruluğu başarılı bulunmakla birlikte, histopatolojik incelemedeki tanı doğruluğunun yerini alacak düzeyde değildir" (4) şeklinde yorumlanmıştır. Melanom insidansı günümüzde hızla artmakta, her on yılda bir ikiye katlanmaktadır (8). Melanomun doğal gelişimi, nodular tip haricinde bifaziktir. Epidermal yüzey boyunca ilerleyen horizontal ya da radiyal gelişim fazı, yani in situ melanom, erken tanı için zaman kazandırır. Eğer melanom bu dönemde tanınamazsa, ilerleyerek vertikal gelişim fazına geçer ve metastatik potansiyal kazanır. Önemli olan bu potansiyeli kazanmadan, yani in situ dönemdeyken tanı koyabilmektir (8). Melanom tanısını koymada kliniğe yardımcı yöntemler arasında belki de en kolay ulaşılabilir olanlardan biri dermatoskoptur. Nonmelanositik lezyonlardan bazal hücreli karsinom ve değişik tipleri üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur. 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada deri tümörlerinin teşhis ve tedavisinde dermatologların ilk sırada olması gerektiği vurgulanarak, her ne kadar farklı çalışmalar birebir karşılaştırılabilir olmasa da malign deri tümörlerini doğru teşhis etmekte dermatologların diğer uzmanlara göre daha üstün olduğu bunun sebebinin belki de daha geniş tanısal deneyimleri ve dermoskopiyi daha liberal kullanmaları olabileceğinden bahsedilmiştir(9). Dermoskopinin melanositik nonmelanositik lezyonların ayrımında veya her bir lezyonun ayırıcı tanısında, lokalizasyonda farklı kriterler değerlendirilerek birçok çalışma yapılmıştır ve sonuçlarda çoğunlukla dermoskopinin klinik tanı doğruluğunu artırdığı ancak histopatolojik tanının daha değerli olduğu vurgulanmıştır. Hatta Ahnlide ve ark. (9) yaptığı çalışmada çoğu vakada preoperatif biyopsinin çalışma dışı bırakılabileceği ve böylece ilave tıbbi bakım masraflarının azalacağı hastaya gereksiz işlemlerin yapılmamış olacağı vurgulanmıştır. Sonuç olarak; dermoskopinin pigmente lezyonlarda klinik tanının doğruluk oranını belirli düzeyde artırdığı bir gerçektir. Bizim çalışmamızda da dermoskopi melanositik lezyonlarda daha yüksek oranda başarı sağlamıştır. Klinik düzeyde dermatoskop kullanımının yaygınlaştırılması ile klinik tanının doğruluk oranının artacağı ve bu sayede hasta takibinde, cerrahi işlem öncesi planlamada ve doğru ön tanıyla patoloğa yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Şenel E. Dermoscopy of non-melanocytic skin tumors, Indian Journal of Dermatology, Venereology, And Leprology 2011;77(1):16-22.

2. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji, 3.Baskı, Cilt II, Dermatoskopi,1805-1806, Nobel Tıp Kitabevleri,2008.

3. Ateş B, Altınay İK, Köşlü A. Dermoskopi polikliniği hastalarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni2010;44(1):17-21.

4. Şahin MT, Türel A, Er M, İnanır I, Demir MA, Öztürkcan S. Nevus Nevosellularislerde Dermoskopik ve Histopatolojik Tanıların Karşılaştırılması, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi2004;5(2):19-22.

5. Şahin S. Dermatoskopi: Nereye Doğru? Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi2011;45(4):167.

6. Şahin MT, Soyal MC. Deri Tümörlerinde Dermoskopi, Türkiye Klinikleri Dermatoloji Özel2013; 6(3):80-91.

7. Kandi B, Demir B, Çiçek D, Özarcan R. Importance of dermoscopy in the diagnosisand differantial diagnosis of pigmented skin lesions, F.Ü.Sağ. Bil.Tıp Derg 2009; 23(2):95-101.

8. Özdemir F. Melanom Tanısı, Türkderm 41,2007;Özel Sayı2:6-14.

9. Ahnlıde I, Bjellerup M. Accuracy of clinical skin tumour diagnosis in a dermatological setting, Acta DermVenereology2013;93:305-308.

Grafik1: Lezyonların Dağılımı



Resim:1a Klinik görünüm



Resim:1b Dermoskopik Görünüm



SS-019
Lokal ileri evre malign melanom: İki olgu sunumu

Fatih Zor, Yalçın Bayram, Sedat Avşar, Abdül Kerim Yapıcı, Serdar Öztürk
Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Lokal ileri evre malign melanoma, Amerikan Birleşik Kanser Komitesi'nin (AJCC) 2002 sınıflamasına göre 3 b veya 3 c olarak kabul edilen intransit ve satellite metastazlarla karakterize bir malign melanom türüdür.(1) Uzak metastaz olmamakla birlikte lokal ileri evre malign melanomun tedavisi karmaşık olup lokal metastazların olması sağ kalımı azaltıcı yönde etki etmektedir.(2) Lokal ileri evre malign melanomda tercih edilen tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Radyoterapi ve kemoterapi tedavi kullanılan diğer yöntemlerdir. Bölgesel lenf nodu tutulumunun eşlik etmesi hastalık prognozunu önemli oranda etkilemektedir.(3) Bu çalışmada lokal ileri evre malign melanom tanısı konulan 2 olguya uyguladığımız cerrahi tedavi ve 18 aylık takip sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1: 57 yaşında erkek hasta, sağ önkol ve kol bölgesinde 3 adet kitle şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Başka bir merkezde önkoldaki kitleden yapılan insizyonel biyopside (Resim 1a: 2 numaralı alan) malign melanoma metastazı olarak rapor edilmiş. Primer lezyonun lokalizasyonu araştırıldığında 2 ay önce kitlenin daha distalindeki bir alandan bir cilt lezyonuna eksizyonel biyopsi yapıldığı(Resim 1a: 1 numaralı alan) ve patolojide malinite rapor edilmediği anlaşılmış. Preparatın parafin blokları istenerek yapılan tekrar incelemede malign melanoma tanısı konarak primer odağın bu olduğu tespit edilmiş. Yapılan muayenede aksillaya doğru ilerleyen 3 adet daha kitlesel lezyonun varlığı saptandı (resim 1b: 4 numaralı alan). Hastaya yapılan PET-CT 'de bu lezyonlara ilave olarak koltuk altında iki adet şüpheli lenf nodu rapor edildi. Bu lezyonları intransit metastazlar olduğuna karar verilerek hastada lokal ileri evre malign melanom teşhis edildi. Primer lezyon bölgesinin lenfatik drenaj yolunu takip ederek geniş cilt eksizyonu ve aksiler diseksiyon yapılmasına karar verildi. Bu amaçla intraoperatif metilen mavisi intradermal enjekte edildi. Lenf kanalları takip edilerek preoperatif olarak tespit edilen kitle lezyonlarına geniş eksizyon uygulandı. (resim 1c,d).

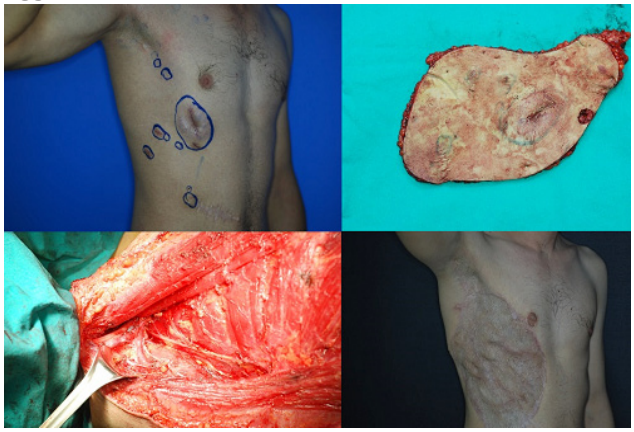
Olgu 2: 21 yaşında erkek hasta, sağ toraks lateralinde çok sayıda kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Başka bir merkezde bu kitlelerden yapılan insizyonel biyopside (Resim 1) malign melanoma metastazı olarak rapor edilmiş. Primer lezyonun lokalizasyonu araştırıldığında 2 ay önce kitlenin inferiorundaki bir alandan bir cilt lezyonuna eksizyonel biyopsi yapıldığı fakat materyalin patolojiye gönderilmediği anlaşılmış. Primer odağın bu bölge olduğu düşünüldü ve aksillaya doğru yayılım gösteren kitlelerin intransit metastazlar olduğu öngörülerek hastaya lokal ileri evre malign melanom ön tanısı kondu. Hastaya tüm lezyonları kapsayan geniş eksizyon uygulandı. (Resim 2) Cilt kas fasyası ile birlikte eksize edildi. Defekt greftlendi. Aksiller diseksiyon uygulandı. Patolojik incelemede muayene ile tespit edilen tüm kitlelerin malign melanoma metastazı olduğu, ayrıca aksillar diseksiyon materyalinde 16 adet reaktif lenf nodu olduğu rapor edildi. Yara iyileşmesini takiben hastaya radyoterapi ve immünoterapi uygulandı. 18 aylık takipte olan hastada halen metastaz saptanmadı, cerrahiye bağlı komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Cerrahi tedavi birinci basamak tedavi olmasına rağmen intransit ve satellit metastazı olan malign melanom hastalarında sağ kalımı arttırdığına yönelik net bir kanıt yoktur. Matastazektomi daha çok hastanın yaşam kalitesini arttıran palyatif bir geçici tedavi olarak kabul edilmektedir. Tek bir bölgede toplanmış birden çok intransit lezyon veya satellit lezyon varlığında bu lezyonların blok olarak çıkarılması gerekmektedir.(2) intransit lezyonlar çevresindeki lenf nodlarıyla yakın ilişki içerisindedir. Cerrahi eksizyonda etkilenen alanlardaki lenf nodları da blok disseksiyonuna dâhil edilmelidir. Yinede bu cerrahi yaklaşımın uygunluğunu destekleyecek yeterince kanıt olmaması nedeniyle eksizyon yapılırken agresif cerrahiden kaçınılmalıdır. Bu nedenle özellikle 1. olguda amputasyon veya tüm kol derisinin rezeksiyonu gibi alternatifler tercih edilmemiştir. Ayrıca lokal ileri evre malign melanoma olgularında mümkün olduğunca deri greftleri ile rekonstrüksiyon önerilmektedir (4). Biz de her iki olgudaki cilt defektini deri grefti ile rekonstrükte ettik. (resim 3)

resim 1



resim 2



resim 3



SS-020
Kıl Folikülü Dış Epiteli Kaynaklı Malign Tümörler: Malign Proliferatif Trişilemmal Tümör ve Trişilemmal Karsinom. 9 Olgunun Tedavi ve Takip Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Mustafa Kürşat Evrenos[1], Murat Yaman[1], Merve Özkaya[1], Zülfikar Ulaş Bali[2], Hakan Kerem[1], Peyker Temiz[3], Aylin Türel Ermertcan[4], Levent Yoleri[1]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
[2]Türkiye Cuhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ağrı Devlet Hastanesi
[3]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa
[4]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Malign Prolifere Trişilemmal Tümör (MPTT) ve Trişilemmal Karsinom (TK), kıl folikülü dış epitelinden kaynaklanan nadir malign deri eki tümörleridir. İlk kez 1966'da Jones tarafından tanımlanan Prolifere Trişilemmal Tümör (PTT)'ün malign formu (MPTT), Saida tarafından 1983'te bildirilmiştir. Genellikle ileri yaş kadınlarda saçlı deride nodüler kitle olarak ortaya çıkar. Tümörün çevre dokulara invazyonu ve nekroz birlikteliği maligniteyi düşündürür. Morfolojik olarak Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK) ile karıştığı için ayırıcı tanıda düşünülmelidir. TK ise ilk kez Headington tarafından tariflenen Trişilemmoma'nın malign formudur. Lezyonlar ileri yaşta genellikle yüzde ya da vücudun güneşe maruz kalan bölgelerinde ortaya çıkar. Klinik olarak egzofitik ya da polipoid, bazen ülserasyon veya pullanmanın eşlik ettiği kitleler şeklinde görülür. Bu nedenle Bazal Hücreli Karsinom (BHK), SHK, keratoakantom ve prolifere pilar kist ile karışabilir. Her iki malign deri eki tümörü de oldukça nadirdir ve klinik tablo agresif seyredebilir. Rekürrens, rejyonel ve uzak metastazlar bildirilmiştir. Biz de kliniğimizde MPTT veya TK tanısı almış 10 hastanın tedavi ve takibinin klinik sonuçlarını paylaşıyoruz.

Yöntem-Gereç: Çalışmaya 2009-2015 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda opere edilen ve MPTT veya TK tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kitlenin boyutu, yerleşimi, kitlenin ortaya çıkışından başvuru zamanına kadar geçen süre ve daha önce aynı bölgeden geçirilmiş cerrahi öyküsü sorgulanarak kaydedildi (Tablo 1). Tümörler 1 cm. sınırla eksize edildi. Metastaz taraması amacıyla, ileri görüntüleme ve tedaviyi reddeden bir hasta haricinde, boyun ve abdominal USG ile kraniyal ve torakal BT görüntülemesi yapıldı. Adjuvan radyoterapi (RT) endikasyonu açısından Radyasyon Onkolojisine konsülte edildi. Hastalar ilk üç ay ayda bir, 6. ay ve 1. yılda boyun USG ile değerlendirildi. Sonrasında yıllık kontrol önerildi. Hastalara uygulanan rekonstrüksiyon yöntemi, metastaz varlığı, adjuvan RT gereksinimi, takip süresi, ve tümör nüksünün olup olmadığı kaydedildi (Tablo 2).

Bulgular: Hastaların Kadın/Erkek oranı 1:1'di. Yaşları 55-94 arasındaydı (Ort:73.8). Altı hasta TK tanısı alırken (K/E: 2/4), 4 hasta MPTT olarak değerlendirildi (K/E: 3/1). 4 lezyon skalp (MPTT/TK: 3/1), 3 lezyon temporal (MPTT/TK: 1/2), 2 lezyon frontal (TK), bir lezyon ise nazal (TK) yerleşimliydi. Lezyon boyutları 3x2.5 cm ile 10x10 cm arasındaydı. 2 hastanın lezyonunda ülserasyon mevcuttu. Lezyonların ortaya çıkmasından itibaren geçen süre 1- 12 yıl arasında olmasında rağmen, tipik olarak hastalar son 2-3

ay içinde büyümede hızlanma tarifliediler. İki hastanın daha önce lezyon bölgesinden dış merkezde cerrahi geçirdiği öğrenildi. Bir hastanın patolojik tanısı PTT iken (Hasta 5), diğerinin patoloji kaydına ulaşılamadı (Hasta 4) (Tablo1). Rekonstrüksiyon yöntemi olarak 8 hastada eksizyon ve kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG), bir hastada eksizyon ve nazolabial flep, bir hastada ise primer onarım yapıldı. Metastaz açısından taranan 9 hastada metastaz saptanmadı. Radyasyon onkolojisine danışılan hastalarda adjuvan radyoterapi endikasyonu görülmedi. Takip süresi 6-46 ay arasındaydı (Ort: 16.9 ay). Takip süresinde hastalardan biri myokard enfarktüsü nedeniyle (Hasta 2), diğeri ise serebrovasküler olay sonrasında (Hasta 6) kaybedildi. Takiplerde hastalarda lokal rekürrens, rejyonel ya da uzak metastaz bulgusu saptanmadı (Tablo 2).

Tartışma: MPTT ve TK çok nadir görülen ve buna bağlı kesin tedavi modalitesi olmamakla birlikte benzer algoritmaların önerildiği, kıl folikülü dış epiteli kaynaklı malign tümörlerdir. MPTT etiyolojisi net olmamakla birlikte PTT'ün agresif formu olarak adlandırılır. PTT'de %90'a yakın kadın dominansı görülürken MPTT'de Kadın/Erkek oranı 2.5:1 olarak bildirilmiştir. Tipik yerleşim yeri saçlı deridir. Ancak temporal bölge, yüz ve kulak yerleşimi de görülebilir. Bizim olgularımızda da literatürle uyumlu cinsiyet oranı ve tümör yerleşimi gözlendi. Tedavide 1 cm. sınırla eksizyon önerilmekle birlikte bazı küçük serilerdeki %25'e varan uzak metastaz oranları nedeniyle Mohs cerrahisi de önerilmiştir. Lokal nüks oranının fazla olduğu, nüks olan olgularda ise uzak metastazın yüksek oranlarda görüldüğünü bildiren yayında; adjuvan rejyonel RT ve sisplatin, adriamisin, vindesin kombinasyonu içeren sistemik kemoterapi (KT) önerilir. Biz olgularımızda 1 cm. sınırla eksizyon ve uyguladık. Tanı anı ve takiplerinde nüks, rejyonel ya da uzak metastaz saptanmadı. Literatürde bildirilen yaklaşık 110 tane TK mevcuttur. Kadın/Erkek oranı 1:1.2'dir. İleri yaşlarda, en sık baş yerleşimli olmakla birlikte güneş alan boyun ve ekstremitelerde de görülür. Bu durum risk faktörü olarak güneş ışını ve UV maruziyetini düşündürür. Literatürdeki olguların yarısı yüz (en sık yanak ve alın), %15'i skalp yerleşimlidir. Bizim olgularımızda K/E oranı 1:2 olarak görülürken skalp yerleşimli bir lezyon haricinde yüz yerleşimli olarak görüldü. Cerrahide 1 cm. sınır veya Mohs cerrahisi onerilir. TK, lokal agresif bir tümör olarak tanımlanmasına rağmen uzak metastazları bildirilmiştir. Uzak metastaz varlığında sisplatin, adriamisin protoküllü adjuvan kemoterapi önerilmekle birlikte, etkinliği tartışmalıdır. Lokal nüks sık değildir, literatürde bildirilen 2 olgu vardır. Orta, kötü differansiye tümörlerde ve tümör ülserasyonu varlığında adjuvan RT (50Gy-20 seans) öneren yayın mevcuttur. Olgularımızda tanı sırasında ve takiplerinde nüks, rejyonel veya uzak metastaza rastlanmadı. Ancak TK tanılı bir olguda (Hasta 4), kliniğimize başvurmadan 2 yıl önce aynı bölgeden geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcuttu. Hastanın dış merkez patoloji kayıtlarına ulaşılamadı. Tarafımızdan yapılan rezeksiyon materyalinde orta differansiye tümör rapor edildi ancak adjuvan RT verilmedi. Olgunun 28 aylık takibinde nüks ve metastaz bulgusu saptanmadı.

Sonuç: MPTT ve TK, nüks ve metastaz yapabilen agresif malign deri eki tümörleridir. Makroskopik olarak diğer malign deri ve deri eki tümörleri ile karışabilirler. Nüks ve metastaz potansiyelleri nedeniyle yakın takip önemlidir. Tedavide ana unsur cerrahidir. Nüks olgularda etkinliği tartışmalı olmakla birlikte adjuvan tedaviler gündeme gelebilir.

Resim 1



Hasta 1: Temporal yerleşimli TK, pre operatif görüntüsü.

Resim 2



Post operatif 4. yıl görüntüsü

Tablo 1

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Lokalizasyon	Boyut	Süre	Tanı	Önceki Cerrahi
1	E	56	temporal	8X5X2.5 cm.	5 yıl	TK	YOK
2	E	83	nazal dorsum	4.5X4.5X2.5 cm.	3 ay, bir aydır hızlanma	TK	YOK
3	K	71	frontal	4X3.5X0.7 cm.	3 yıl,3 aydır hızlanma	TK	YOK
4	E	78	SKALP	4X3.5X2 cm.	20 yıl, 2 yıldır nüks	TK	2003,tanı yok
5	K	80	SKALP	9X10X4 cm.	12 yıl	MPTT	2007, tanı:PTT
6	K	66	SKALP	4.5X4X3 cm.	10 yıl, 1 yıldır hızlanma	MPTT	YOK
7	K	55	SKALP	7x7x3.5 cm.	7 yıl,2 aydır hızlanma	MPTT	YOK
8	E	94	temporal	3X3X0.4 cm.	1 yıl, 2 aydır hızlanma	MPTT	YOK
9	K	93	temporal	10X10X3 cm. ülsere	3 yıl,3 aydır hızlanma	TK	YOK
10	E	62	frontal	3x2.5 cm. ülsere	2 yıl	TK	YOK

Tablo 2

Hasta	Tedavi	Metastaz	Adjuvan Terapi	Takip Süresi	Nüks
1	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	46ay	YOK
2	Eksizyon+lokal Flep	YOK	YOK	6 ay	EKSİTUS
3	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	17 ay	YOK
4	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	28 ay	YOK
5	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	18 ay	YOK
6	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	6 ay	YOK
7	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	12 ay	EKSİTUS
8	Eksizyon+primer sütur	YOK	YOK	6 ay	YOK
9	Eksizyon+KKDG	BİLİNMİYOR	YOK	6 ay	YOK
10	Eksizyon+KKDG	YOK	YOK	24 ay	YOK

SS-021
Marjolin ülserlerinde klinik yaklaşımımız ve sonuçlarımız

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

Giriş: Marjolin ülserleri genellikle skuamöz hücreli karsinom patolojik tanısı alan, kronik yara ve/veya kutanöz skarlar zemininde veya fistül ağızlarında gelişen tümöral lezyonlardır. Radikal eksizyon tercih edilen tedavi şeklidir. Bu çalışmanın amacı Marjolin ülserli hastalara uyguladığımız klinik yaklaşımımızı paylaşmaktır.

Yöntem-Gereçler: 2008-2015 yılları arasında toplam 14 hasta marjolin ülseri hastası kliniğimizde opere edildi. Hastaların dokuzunda lezyon alt ekstremitede, birinde inguinal bölgede, ikisinde intergluteal alanda, birinde skalpte, birinde de lomber bölgede yerleşikti. Eksizyonlarda derin kas fasiyası da specimen materyali ile birlikte eksize edilmelidir. Ancak tümör daha derin dokulara da invaze ise tabandaki kas dokusu da eksizyon materyaline eklenmelidir. Eksizyon sonrasında oluşan defektler hastaların dokuzunda cilt grefti ile, üçünde fasiyokutan flep ile, birinde kas flebi ile, birinde de primer sütürasyon ile rekonstrukte edildi. Hastalar ortalama 44.38 ay takip edildiler. Bölgesel lenf nodu metastazının araştırılması için fizik muayene, ultrasound ve bilgisayarlı tomografi yöntemleri uygulanmış ve 3 hastaya lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların tümünün tümörlerinin çapı 2 cm ve daha büyük idi. Görüntüleme yöntemleri ile yapılan incelemelerde 2 cm'in üzerindeki bölgesel lenf nodu yakalanan hastalarda lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Hastaların 3'ü nüks nedeniyle yeniden opere edildi, ikisi takip sürelerinde kaybedildi. Hastaların hastaneye başvurmasında ciddi bir gecikme vardı.

Tartışma: Agresif bir tümör olması sebebiyle güvenlik marjı iki santimetre bırakılmaktadır. Agresif seyirli olması sebebiyle, oluşan defektler, nüks olması halinde erken yakalayabilmek için mümkün olduğunca cilt grefti ile rekonstrukte edildi. Tümör çapından bağımsız olarak lenf nodu metastazlarını görüntüleme yöntemleri ile saptadığımız durumlarda lenf nodu diseksiyonu yaptık. Postoperatif dönemdeki takiplerde de bölgesel lenf nodu metastazı açısından hastaları değerlendirdik. Marjolin ülserlerinde tartışmalı bir konu olan hangi durumlarda lenf nodu diseksiyonu yapılması gerektiği konusu hakkında ek bir bilgi olarak bu tecrübenin de değerlendirilebileceği görüşündeyiz.

Sonuçlar: 3 hafta içinde kendiliğinden kapanmayacak yaraların Plastik Cerrahlar tarafından kapatılması Marjolin ülserlerinin gelişimini azaltabilecektir. Marjolin ülserlerinin tüm kronik yanık/yara zeminlerinde ve kronik skar dokularının üzerinde yıllar sonra bile potansiyel olarak gelişebileceği hastalara daha ilk yaralanmaları sırasında anlatılması gelişebilecek bu tümörlerin erkenden tanı almasını kolaylaştırabilecektir.

SS-022
Skuamöz Hücreli Karsinom'da Lenf Nodu Yoğunluğu: Yaşam Süresine Etkileri

Yakup Işık, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Mehmet Emre Yeğin, Ahmet Biçer, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom (SCC), alanımızı ilgilendiren önemli konulardan biridir. Bu hastalığın yüksek morbidite ve zaman zaman da mortalite ile seyretmesi, biz araştırmacıları bu alanda ideale en yakın tedavileri bulmaya yöneltmektedir. Son zamanlarda oluşturulan pek çok tedavi protokolü de hayatta kalım süresini uzatmaktadır. Ancak, uzun zamandır kullanılagelen lenf nodu disseksiyonlarının (LND) mortalite ile ilişkisinde, son yıllarda ortaya atılan bir kavram, bu konudaki ufkumuzu genişletebilir. Lenf nodu yoğunluğu olarak adlandırılan bu kavram, bazı baş boyun kanserleri ve ürolojik kanserlerde prognozla ilişkilendirilmiş bir göstergedir. Günlük pratiğimizde sık karşılaştığımız bu

hastalığa yönelik yapılan disseksiyonlar, gözden geçirilerek değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2008-2013 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 148 SCC tanılı hastanın öykü, görüntüleme, patoloji raporu ve mevcut durumu ile ilgili bilgiler derlenerek incelenmiştir. Disseksiyon operasyonu öncesi kemoradyoterapi alan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Disseksiyon uygulandığı belirlenen 48 hastanın 34' ü, bu sebeple çalışma dışı bırakıldı. 14 hastanın patoloji raporları incelendiğinde, altı hastada spesimende herhangi bir metastaza saptanmadığı saptandı. Bu hastalar da değerlendirme dışı bırakıldı. Yaş ortalaması 65,5(46-76) olarak saptandı. Toplanan toplam 124 lenf nodunun (4-27, ort. 15,5) 26›sının (1-7, ort. 3,25) metastatik olduğu görüldü. 4 inguinal, 3 servikal ve 1 aksiller disseksiyon uygulandığı görüldü. Bu bilgiler, Mann-Whitney testi ile karşılaştırıldı.

Sonuç: Yapılan hesaplamalarda, sınır olarak iki yıl kullanıldı. İki yıllık sağkalımda, ortalama nod yoğunluğu hayatını kaybeden hastalarda 0,33 (STD±0,47; min. 0,04; max. 0,88), yaşayan hastalarda 0,21 (STD±0,12; min. 0,11; max. 0,43) olarak hesaplandı. Tüm hastaların ortalama nod yoğunluğu 0,28 bulundu. Tüm bu oranlar, Mann Whitney testi ile karşılaştırıldığında, iki yıllık sağkalım ile lenf nod yoğunluğu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tartışma: Mesane kanseri ve tonsiller karsinom ile ilgili yapılan LND' lerde incelenen ve prognozla ilişkili olduğu görülen lenf nod yoğunluğu kavramı, benzer özellikte yayılım gösteren diğer kanserlerde de araştırılabilir. Benzer yayılım gösteren bir deri kanseri olan SCC, bu konuda alanımız açısından öncelikli olabilir. Kliniğimizde uygun şartlara sahip olduğunu düşündüğümüz sekiz hasta üzerinde yapılan bu istatistiki çalışmada, lenf nod yoğunluğunun SCC için yaşam süresi ve iki yıllık sağkalım ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bunun sebebi, hasta sayısının yetersiz kalması olabilir. İlerideki yıllarda daha çok bilgi toplanarak bu verilerin daha sağlıklı değerlendirmesi yapılabilecektir.

SS-023
Kseroderma Pigmentosumlu hastalarda kutanöz maligniteler ve rekonstrüksiyon seçenekleri

Serhat Şibar[1], Ayhan Işık Erdal[1],
Kemal Fındıkçıoğlu[1], Seyhan Çenetoğlu[1],
Selahattin Özmen[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, ANKARA
[2]VKV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Giriş: Kseroderma pigmentosum (KP) nadir görülen X'e bağlı resesif geçiş gösteren, güneş maruziyeti olan bölgelerde kserosis ve pigmentasyon bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Hücresel düzeydeki DNA mutasyonları ve tamir bozuklukları sonucu karsinogenez bu hastalarda kaçınılmazdır. Kutanöz malinitelerin tekrarlayıcı ve agresif seyri rekonstrüksiyon açısından çoğu zaman sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmada kseroderma pigmentosum hastalarında izlenen tedavi protokolü ve rekonstrüksiyon seçenekleri incelenmiştir.

Materyal-Metod: 2007-2015 yılları arasında kliniğimize başvuran kutanöz malinitesi olan kseroderma pigmentosumlu 9 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik özellikleri, aile öyküsü, tümörün cinsi, tümörün yerleşimi, rekonstrüksiyon tipi, operasyon sayısı ve aldıkları adjuvan tedaviler açısından incelendi.

Sonuç: Hastaların ortalama yaşı 31.5 (10-43 yaş) olup 4 tanesi kadın 5 tanesi erkekti. 6 hastada tümör tipi SCC 3 hastada ise malign melanomdu. En sık tümör yerleşim bölgesi orbita olup rekonstrüksiyon 3 hastada serbest flep, 1 hastada rotasyon flebi, 1 hastada alın flebi, 3 hastada greft (1 tanesi tüm yüz monoblok greftleme), 1 hastada da eksizyon sonrası primer onarım şeklindeydi. Ortalama operasyon sayısı her hasta için 9 (4-55) olup 8 hastaya adjuvan tedavi (Kemoterapi, radyoterapi, interferon) verildi. 3 hastada uzak metastaz vardı ve yine 3 hastada ailede aynı hastalığın olduğu saptandı.

Tartışma: Kseroderma Pigmentosumun genetik komponenti aydınlatılmış olsa da günümüzde halen daha kesin tedaviye yönelik bir tedavi algoritması bulunmamaktadır. Tedavide UV'den koruyucu önlemler, kutanöz malignitelerde cerrahi ve ileri evre olgularda adjuvan tedaviler kullanılabilmektedir. Bunların dışında topikal retinoid ve 5 florourasilde tedavide kullanıma girmiştir. Bu hasta grubunda ilerleyici DNA hasarı nedeniyle malinitelerin tekrarlayıcı ve agresif olması rekonstrüksiyon seçeneklerinin kısıtlanmasına yol açmaktadır.

Şekil 1



26 yaşında XP bayan hasta, sağ periorbital yerleşimli SCC

Şekil 2



33 yaşında XP erkek hasta, operasyon sonrası lokal nüks

Şekil 3



9 yaşında XP erkek hasta, sağ kulak ve burun ucunda SCC

SS-024
Adipoz doku kökenli kök hücre naklinin abdominoplasti sonrası transvers rektus abdominis kas-deri (TRAM) flebi yaşayabilirliği üzerine etkileri: Deneysel çalışma

Erhan Coşkun, Hüseyin Borman,
Çağrı Ahmet Uysal, Burak Özkan,
Atilla Adnan Eyüboğlu
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Abdominoplastinin, TRAM flep cilt adası beslenmesini sağlayan perforatör arterleri kalıcı olarak zedelediği bilinmektedir. Bu hasarı azaltmak ve damarlanmayı arttırarak flep yaşayabilirliğini arttırmak adına cerrahi geciktirme yöntemleri, vaskülogenezi tetikleyici büyüme faktörleri, farmakolojik ajanlar ve gen tedavileri denenmiştir. Abdominoplasti sırasında lokal olarak uygulanan adipoz doku kökenli kök hücrelerin daha sonra yapılması olası TRAM flebin yaşayabilirliği üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır.

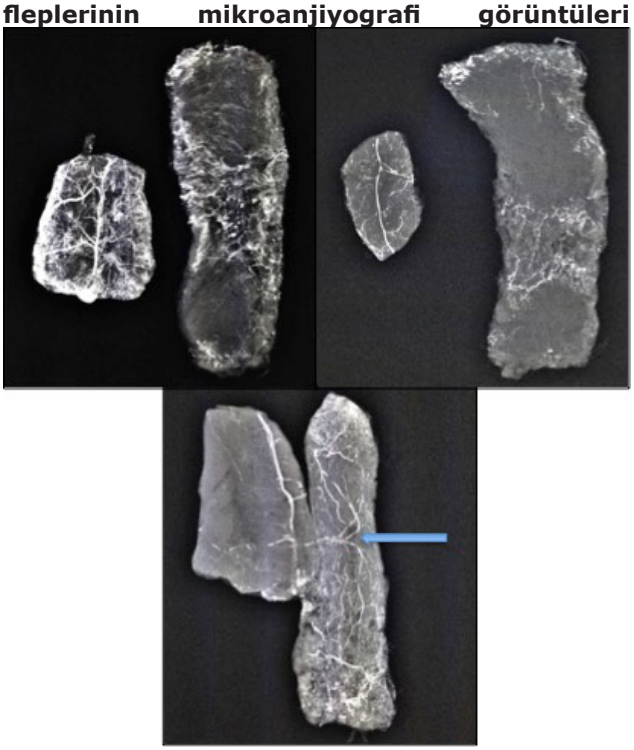
Materyal-Metod: Çalışmada toplam 7 grup oluşturuldu. Grup 1'de sadece TRAM flep uygulandı. Grup 2, 3 ve 4'te sırası ile abdominoplastiden 1 hafta, 2 hafta ve 4 hafta sonra TRAM flepler hazırlandı. Aynı işlemlerin aynı süreler ile uygulandığı grup 5, 6 ve 7'de ise abdominoplasti sırasında adipoz doku kökenli kök hücre (ADKKH) enjeksiyonları yapıldı. Tüm gruplarda TRAM flepler kaldırılıp yerine dikildikten 7 gün sonra flep canlı alanı hesaplamaları gerçekleştirildi. Her gruptan 1 sıçanın flebinin anjiyografik görüntüleri alındı. Bu aşamada abdominoplasti sırasında kesilen rektus abdominis muskulokutan peforatör arterlerin yeniden oluşup oluşmadığının gösterilmesi ve sayılması işlemi gerçekleştirildi. TRAM flep dokuları histopatolojik inceleme amacı ile alındı. Histopatolojik incelemede; kapiller dansite ve flebin kas komponentinde meydana gelen değişiklikleri değerlendirmek için fibroz gradient ölçümleri yapıldı. DiI ile işaretli ADKKH'lerin dokuda takibi için floresan mikroskopta inceleme yapıldı. Abdominoplastilerin yapıldığı gün, TRAM fleplerin kaldırıldığı gün ve hayvanların sakrifiye edildiği günlerde kanda VEGF düzeyleri çalışıldı.

Bulgular: Grup 1'in ortlama canlı flep alanı % 82,90 ± 7,59 olarak bulundu. Grup 2, grup 3 ve grup 4'ün ortalama canlı flep alanları sırası ile % 2,24 ± 3,71, % 3,31 ± 3,29, % 9,40 ± 6,18 bulundu. Grup 5, grup 6 ve grup 7'nin ortalama canlı flep alanları sırası ile % 15,83 ± 6,41, % 31,92 ± 9,29, % 64,98 ± 10,95 bulundu. Grup 5, 6 ve 7'nin canlı flep alanı yüzdeleri sırası ile grup 2, 3 ve 4'ten anlamlı şekilde yüksek bulundu. Grup 7 canlı flep alanı grup 6'dan, grup 6'nın canlı flep alanı grup 5'ten anlamlı şekilde yüksek bulundu. Abdominoplasti sırasında sayılan, her iki rektus abdominis kasından çıkan muskulokutan perforatör arter sayıları 7,98 ± 1,10 adet bulundu. Gruplar yeni oluşan muskulokutan perforatör arterler açısından incelendi. Grup 2 ve grup 3'te hiçbir sıçanda yeni oluşan muskulokutan perforatör gösterilemedi. Grup 4'te 0,29 ± 0,49, grup 5'de 0,43 ± 0,53, grup 6'da 1,14 ± 0,69 ve grup 7'de 2 ± 0,82 adet yeni oluşan muskulokutan perforatör arter gösterildi. Tüm gruplarda abdominoplasti sonrası sayılan perforatör arter sayıları, abdominoplasti öncesi sayılan değerlerden anlamlı olarak düşük bulundu. Grup 7'nin abdominoplasti sonrası sayılan perforatör arter sayısı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulundu. Grup 1'de kapiller dansite ortalaması 6,86 ± 0,50, grup 2'de 0,36 ± 0,05, grup 3'te 0,67 ± 0,13, grup 4'te 2,79 ± 0,53, grup 5'te 2,46 ± 0,58, grup 6'da 3,71 ± 0,47, grup 7'de 7,01 ± 0,70 olarak bulundu. Grup 5, 6 ve 7'nin kapiller dansite ortalamaları

sırası ile grup 2, 3 ve 4'ten anlamlı şekilde yüksek bulundu. Grup 7'nin kapiller dansite ortalaması grup 5'ten anlamlı olarak yüksek bulundu. Fibröz gradient ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Floresan mikroskobu altında yapılan immünohistokimyasal inceleme sonucunda DiI işaretli ADKKH'lerin damar duvarına endotel hücresi olarak katıldığı gösterildi. Grup 5, 6 ve 7'nin bazal VEGF değerleri (0. gün) ile 2. kan değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

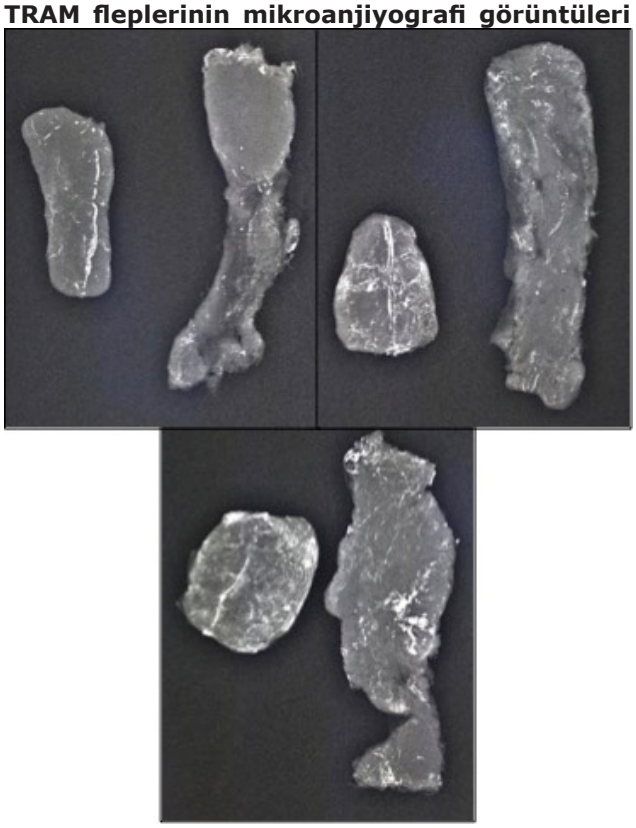
Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarına göre; ADKKH'ler, lokal uygulama ile abdominoplasti sonrası TRAM flep yaşayabilirliğini arttırmıştır. Ayrıca abdominoplasti sonrası geçen sürenin de flep yaşayabilirliği üzerine etkili olan bir değişken olduğu gösterilmiştir. Flep yaşayabilirliğindeki artış dokuda meydana gelen damarlanma artışı ve muskulokutan perforatör arterlerin yeniden oluşması ile ortaya çıkmıştır. ADKKH'lerin kan VEGF düzeylerini arttırarak ve direkt olarak endotel hücrelerine dönüşerek damarlanmada artışa neden olduğu gösterilmiştir. Deneysel araştırmalarda flep yaşayabilirliğini arttırmak adına ADKKH uygulamaları ile başarılı sonuçlar elde edilmektedir. İleride klinikte flep yaşayabilirliğinin riskli olduğu durumlarda ADKKH'lerin kullanıma girebileceğini ve başarılı sonuçların elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

ADKKH yapılan grup 5, grup 6 ve grup 7'den seçilen birer sıçanın TRAM fleplerinin mikroanjiyografi görüntüleri



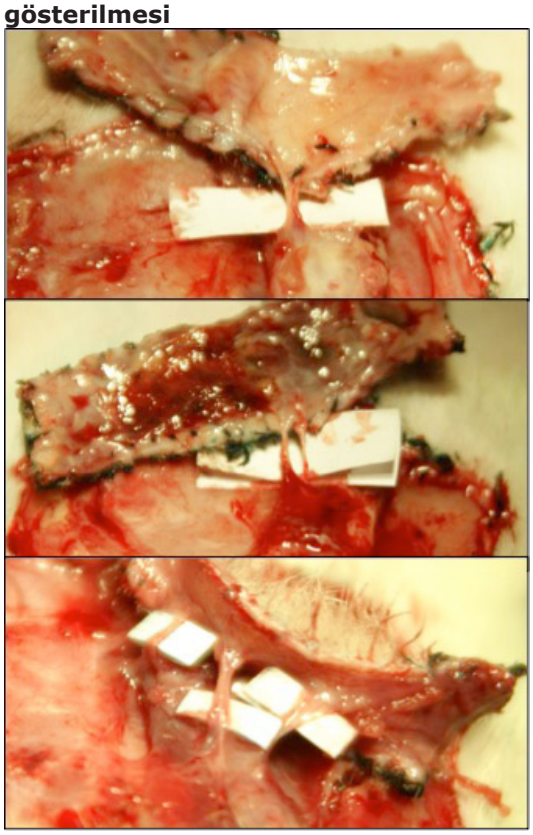
Alttaki şekilde rektus abdominis kası içinde seyreden süperfisyal epigastrik arterden çıkan ve TRAM flep cilt adasına girererek dokuya dağılan perforatör ok ile gösterilmektedir

Grup 2, 3 ve grup 4'ten seçilen birer sıçanın TRAM fleplerinin mikroanjiyografi görüntüleri



Grup 2, 3 ve 4 mikroanjiyografi görüntülerinde belirgin bir damarlanma dikkati çekmedi.

Yeni oluşan muskulokutan perforatörlerin gösterilmesi



Canlı flep alanı yüzdelerinin gruplara göre dağılımı

Sıçan No	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Grup 6	Grup 7
1	89,59	2,62	5,63	4,52	4,59	20,64	46,72
2	74,58	2,10	3,92	11,26	19,68	30,31	67,11
3	72,89	0	0	6,16	17,19	24,13	75,37
4	86,58	0	0	18,40	15,01	31,04	63,97
5	85,10	0	7,79	12,88	10,70	30,87	60,25
6	92,71	0	5,80	12,57	20,25	37,36	80,32
7	78,82	10,97	0	0	23,39	49,12	61,11
Grup ort. ±	82,90 ±	2,24 ±	3,31 ±	9,40 ±	15,83 ±	31,92 ±	64,98 ±
SD	7,59	3,71	3,29	6,18	6,41	9,29	10,95

Ort.: Ortalama, SD: Standart sapma (Standard deviation)

SS-025
Yanığa Bağlı Hipertrofik Yüz Nedbelerinin Tedavisinde Fraksiyone CO2 Lazer, Yağ Enjeksiyonu ve Hücresel Tedavi Kombinasyonunun Etkinliği

Fatih Ceran, Özgür Pilancı, Funda Aköz Saydam, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Yüz yanıkları, iyileşme ve uzun dönem morbidite problemleri nedeniyle çoğu zaman içinden çıkılmaz bir hal almaktadır. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi açısından en önemli morbidite olan hipertrofik nedbelerin çözümü konusunda tedavi seçenekleri kısıtlıdır. Yapılan tedavilerin sonuçları hekimler için yüz güldürücü olmakla beraber hastalar için genellikle yetersiz olmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalarda pulsed-dye laser ve hücresel tedavilerin hipertrofik yüz nedbeleri üzerindeki etkinlikleri ortaya konmuştur. Biz de bu çalışmamızda yanığa bağlı hipertrofik yüz nedbelerinin tedavisinde fraksiyonel CO2 laser, yağ enjeksiyonu ve hücresel tedavi kombinasyonunun etkinliğini sunmaktayız.

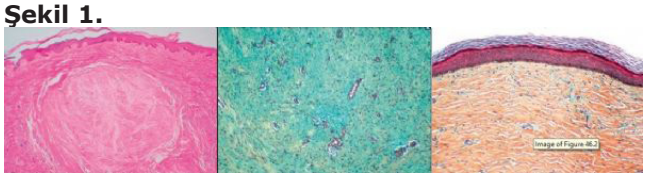
Yöntem- Gereçler: Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Komitesinden onay alınmıştır. 2012-2015 yılları arasında yaşları 18-35 (Ort: 25) arasında olan 18 (E:9, K:9) hasta çalışmaya dahil edildi (Tablo 1.). Hastalar 3 gruba ayrıldı. Tüm hastaların preoperatif, postoperatif 12. ayda cilt kalınlıkları ultrasonografik olarak ölçüldü, cilt kanlanması kutanöz doppler sonografi ile ölçüldü, yağ enjeksiyonunun simetrik yapılabilmesi için Vectra bilgisayar simülasyon sistemi ile ölçüm yapıldı ve nedbelerden immünohistokimyasal ve patolojik değerlendirme için biyopsi alınıp Hematoksilen-Eosin ve Movat Pentakrom boyama yapıldı (Şekil 1.). Bütün gruplara PRP ile zenginleştirilmiş pürüfiye yağ enjeksiyonu yapıldı. 1. Gruba mekanik dermabrazyon uygulandı, takiben Recell® tatbik edildi, 2. Gruba dermoroller yapılıp Recell® uygulandı, 3. Gruba fraksiyone CO2 lazer uygulandı ve aynı şekilde Recell® yapıldı (Şekil 2.). Hastaların tümüne memnuniyet anketi yapıldı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 18 (14-24) aydır. Tüm hastaların cildinde gözle görülür simetri, yumuşaklık, elastisite artışı, kabul edilebilir renk değişimi ve kalınlık elde edilmiştir (Şekil 3.). Yapılan histopatolojik çalışmada 3. Grupta diğer gruplara göre keratinosit artışı, epidermiste retelerde azalma, dermiste nodüler tip 3 kollajende ve elastinde azalma ve cilde paralel tip 1 kollajende artma, proteoglikan, fibronektin, nörofilament, T hücre, makrofaj ve mast hücre miktarında azalma tesbit edilmiştir. Yapılan ultrasonografik ve kutanöz doppler sonografilerde 3. Grupta diğer gruplara nazaran cilt kalınlığında azalma, cilt altı yağlı dokuda artış, skar içi mikrodolaşımda azalma tesbit edilmiştir. Hastalardan ameliyat sonrası yapılan memnuniyet anketinde sonuçların 0 dan 10 kadar skorlanması istendiğinde elde edilen ortalama skor: Grup 1 ve 2'de 7, Grup 3'te ise 9 dur (Tablo 1.).

Sonuçlar: Yanığa bağlı hipertrofik yüz nedbelerinin gerilemesinde ve düzleşmesinde fraksiyone CO2 lazer etkin bir role sahiptir. Yüzde meydana gelen asimetrilerin uzun dönem yönetiminde PRP ile zenginleştirilmiş pürüfiye yağ enjeksiyonu etkilidir. Fraksiyone CO2 lazer uygulaması sonucu Recell® uygulanması keratinosit miktarını arttırmakta ve gözle görülür cilt kalitesi sağlamaktadır. Bu tedavi modalitelerinin kombinasyonu yanığa bağlı hipertrofik yüz nedbeleri üzerinde etkin bir rol oynamaktadır.

Kaynaklar: 1. Henderson DL, Cromwell TA, Mes LG. Argon and carbon dioxide laser treatment of hypertrophic and keloid scars. Lasers Surg Med. 1984;3(4):271-7. 2. Parrett BM, Donelan MB. Pulsed dye laser in burn scars: current concepts and future directions. Burns. 2010 Jun;36(4):443-9. 3. Brongo S1, Nicoletti GF, La Padula S, Mele CM, D'Andrea F. Use of lipofilling for the treatment of severe burn outcomes. Plast Reconstr Surg. 2012 Aug;130(2):374e-376e. 4. Sommeling CE, Heyneman A, Hoeksema H, Verbelen J, Stillaert FB, Monstrey S. The use of platelet-rich plasma in plastic surgery: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Mar;66(3):301-11.

Şekil 1.



Hematoksilen-Eosin ve Movat Pentakrom boyama.

Şekil 2.



Fraksiyone CO2 lazer uygulaması.

Şekil 3.



Postoperatif hasta görünümleri.

Tablo 1.

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Yaş (Ort.)	25	25	25
Cinsiyet(E/K)	3/3	3/3	3/3
Memnuniyet	7	7	9

Hastaların karakteristikleri ve memnuniyet anketi sonuçları

SS-026
Bipediküllü V-Y ilerletme Flebi ile Farklı Anatomik Lokalizasyonlardaki Rekonstrüksiyon Deneyimimiz

Azer Zeynalov, Burak Özkan,
Atilla Adnan Eyüboğlu, Abbas Albayati,
Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş,
Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, Ankara

Giriş: Bipediküllü V-Y ilerletme flebi, klasik bipediküllü fleplere alternatif olarak, ilerleme hareket kabiliyetini flebin posterioruna eklenen V-Y ilerletme flebiyle arttıran bipediküllü deri flebi modifikasyonudur. İlerleme kabiliyetinin artması, deri elastikiyetinin yetersiz olması nedeniyle donör sahanın greftlerenek kapatılma veya ikincil flep ihtiyacının yüksek olduğu alt ekstremite, skalp gibi alanlarda avantaj sağlamaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde bipediküllü v-y ilerletme flebi ile rekonstrüksiyon deneyimlerimiz anlatılmıştır.

Materyal- Metod: 2013-2015 yıları arasında kliniğimizde 9 hastada bipediküllü v-y ilerletme flebi ile doku defekti onarımı yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşları 52'dir. Defektlerin etiyolojisinde diyabetik ayak yarası, yakın kontraktürleri, cilt tümörü eksizyonları bulunmaktadır. Defektler alt ekstremite, skalpte, üst ekstremite gibi farklı anatomik bölgelerde bulunmaktadır. Küçük defektlerde tek taraflı büyük defektlerde bilateral flepler kullanılmıştır. (Tablo) Defekt boyutu tespit edildikten sonra flep posteriorundan primer kapatılmasına müsadece edecek şekilde V şeklinde tasarlandı. Flep deri flebi şeklinde bipediküllü olarak tabanından serbestlendi ve defekte ilerletildi.(Resim) Tek flebin yeterli olmaması durumunda defektin kontralateralindne ikinci flep tasarlandı.

Tartışma: Bipediküllü flepler rekonstrüktif cerrahide yaygın olarak kullanılan güvenilir fleplerdir. Alt ekstremite gibi doku elastikiyetinin az olduğu bölgelerde genelle defektinher iki tarafından planırken, donör sahakarına deri greftlemesi veya ikinci bir flep cerrahisi gerekmektedir..Bu fleplerdeki mobilizasyondan bağımsız olarak flep posterioruna eklenen v-y flebi ilerleme hareketini arttırmaktadır. Literatürde dudak rekonstrüksiyonu için tanımlanmış ve yüz bölgesinde defektlerde kullanımı gösterilmiştir. Bu çalışmamızda farklı anatomik lokalizasyonlardaki doku defektlerinin onarımı için 9 hastada bipediküllü v-y ilerletme flebi kullanıldı. Küçük defektlerde tek taraflı büyük defektlerde iki taraflı bipediküllü v-y ilerletme flebi kullandık.Deri greftine ihtiyac olmaması, kas dokusumu kulanılmaması, kolay planlanabilmesi, az kan kaybı, kısa operasyon süresi, ve prosedürün güvenilir olması, farklı anatomik lokalizasyonlarda uygulanabilir olması, yara ayrılmasının ve flep nekrozunun az olması bipediküllü flepleri avantajları olarak sayabiliriz. Serimizde Diyabet kronik böbrek yetmezliği gibi flep nekrozunun yüksek oranda görüldüğü hasta gruplarında başarılı onarımlar gerçekleştirilmiştir.

Sonuç: Bipediküllü v-y ilerletme fleplerle deri elastikiyetinin az olduğu farklı anatomik lokalizasyonlarda başarılı onarımlar yapmak mümkündür.

alt ekstremite



plan ve postoperatif 2. hafta

skalp



plan ve erken post operatif görüntü

üst ekstremite



flebin tasarlanması ve defektin kapatılması

SS-027
Yanığa Bağlı Eponişeal Deformitelerin Rekonstrüksiyonunda Yeni Bir Yöntem: Bilateral Lateral Tırnak Katlantısına Baze Fleple Onarım

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Mehmet Sürmeli, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Yanık sonrası tırnak yatağı deformiteleri direk ya da elin diğer kısımlarının yanıklarına bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Başlıca deformiteler eponişeal retraksiyon, proximal tırnağın ekspozisyonu, ağrı ve distal falanks fonksiyonunda kısıtlılıktır. Eponişiumdaki kontraktürler anormal tırnak büyümesine ve görünüme neden olmaktadır. Bu sebeple yanığa bağlı tırnak yatağı deformitelerinin cerrahisi oldukça güçtür. Altta yatan sağlıklı tırnak yatağını kullanarak rekonstrüksüyon yapmak çoğunlukla tırnak yatağının tümünün yanmasından dolayı güçtür. Biz de bu çalışmamızda yanığa bağlı eponişeal deformitelerin rekonstrüksüyonunda bilateral lateral tırnak katlantısına baze fleple onarım tekniğini sunmaktayız.

Yöntem-Gereç: 2013-2014 yılları arasında yanığa bağlı eponişeal deformitesi olan 14 hasta kliniğimize başvurdu (Şekil). Hastaların genel anestezi altında tırnak yataklarındaki skarlar eksize edildi, tırnakla ilişkili diğer kontraktürler açıldı. Bilateral lateral tırnak katlantılarına baze flepler disekke edilip orta hatta sütüre edildi. Donör alanlar primer sütüre edildi. Tırnak yatağına tırnak yer tutucusu tesbit edildi.

Bulgular: Hastalar ortalama 8 ay takip edildi. Tüm tırnaklarda kabul edilebilir estetik ve fonksiyonel düzelme meydana geldi.

Bipediküllü V-Y ilerletme yapılan hastalar

	YAŞ	CİNSİYET	ETİYOLOJİ	LOKALİZASYON	DEFEKT BOYUTU(cm)	FLEP BOYUTU(cm)	KOMPLİKASYON
Hasta 1	21	E	Yanık	Ayak dorsumu	2,5x3	3x3,5	-
Hasta 2	61	E	SHK	skalp	2x1,5	3x3,5	-
Hasta 3	27	E	Yanık	skalp	2x3,5	3x4,5	-
Hasta 4	63	E	Kaposi sarkomu	ayak bileği	2x2	3x3	-
Hasta 5	41	E	Yanık	ayak bileği	2x2	3x2 ve 3x2	-
Hasta 6	82	K	KBY	ayak bileği	3x3	4x4	tip nekrozu
Hasta 7	58	E	PAH, DM	bacak orta 1/3	3x2	3x3	-
Hasta 8	64	K	DM	ayak bileği	2x2	3x3	dehisens
Hasta 9	59	K	KBY	dirsek	2x2	3x3	-

Bipediküllü V-Y ilerletme yapılan hastalar KBY:kronik böbrek yetmezliği DM:diyabet PAH:periferik arter hastalığı SHK:skuamoz hücreli karsinom

Sonuçlar: Yanığa sekonder oluşan didğer bütün deformitelerle uğraşırken çoğu zaman tırnak ve tırnak yatağında meydana gelen deformiteleri göz ardı etmekteyiz. Sonuçta hastalarda fonksiyonu kısıtlayan ve estetik olmayan tırnak yatağı deformiteleri meydana gelmektedir. Geliştirdiğimiz bilateral lateral tırnak katlantısına baze fleple onarım tekniği kolay bir tekniktir ve bu teknikle eponişeal deformiteler düzeltilebilmekte ve estetik ve fonksiyonel olarak iyi sonuçlar alınmaktadır.

Kaynak: Yang JY, Yang SY, Chen WF. «Onion» flap: a novel technique for reconstruction of burn nail deformities. J Trauma Acute Care Surg. 2012 May;72(5):1424-8.

Şekil



Eponişeal deformitesi olan hastanın bilateral lateral tırnak katlantısına baze fleple onarımı.

SS-028
Basınç Ülseri Onarımında Yeni Bir Yaklaşım; Keystone Şekilli Perforator Tabanlı Propeller Flep

Gülsüm Tetik
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Antalya

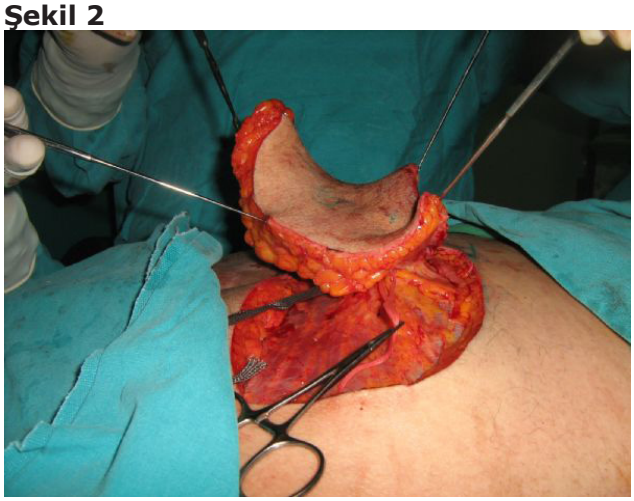
Basınç ülserlerinin onarımı amacıyla flep planlanırken rekürrens oranının yüksekliği ve ambulatuar hastalarda kas fonksiyonlarının korunması gerekliliği göz önünde tutulması gereken konulardır. Bu amaçla perforatör flepler son zamanlarda basınç ülserlerinin tedavisinde farklı dizaynlarda başarıyla kullanılmaktadır. Perforatör tabanlı propeller flepler de travma zonundan uzak, sağlıklı dokuların defekte taşınmasına olanak vermektedir ve sıklıkla uzun aksı olan ekstremitelerde kullanılmaktadır. Bu çalışmada basınç ülserlerinin sıklıkla görüldüğü gluteal bölgenin yapısına uygun ve en az donör alan morbiditesi ile onarıma imkan verecek yeni bir yaklaşımla "keystone şekilli" perforatör tabanlı propeller flepler ve onarım sonuçları retrospektif olarak sunulacaktır. Metod: 2009-2014 yılları arasında basınç ülseri nedeniyle kliniğimizde tedavi gören 7 hastada 9 adet Keystone şekilli perforator tabanlı propeller fleple onarım uygulanmıştır. Keystone; Roma mimarisinde iki adet sütunun ortasında yer alan ve arkı yerçekimine karşı sabitleyen taşa verilen isimdir. Çalışmada sunulan flep bu taşa şekil olarak benzemesi nedeniyle terminolojiye "keystone flep" olarak yerleşmiştir. Keystone şeklinde hazırlanan flepler daha önce el dopleri ile belirlenen perforator damarlar üzerinde kaldırılarak propeller flep prensiplerine göre 90 derece rotasyon yaptırılarak basınç ülserine taşınmıştır. Flep donor alanı primer onarılmıştır (Şekil 1-2). Sonuçlar: Hastaların ortalama takip süresi 15 aydı. (6-24 ay). Flep boyutları en küçük 12x5 cm ve en büyük 20x10 cm. idi. Bir flepte venöz konjesyona bağlı parsiyel nekroz oldu ve seri debridmanlar sonrasında karşı taraftan planlanan ikinci fleple onarım uygulandı. Bir diğer flepte sekonder iyileşme ile düzelen yara yeri açılması oldu. Takip sonucunda ülser rekürrensi gözlenmedi. Sonuç: Basınç ülserlerinin en sık görüldüğü gluteal bölgenin yapısına uygun olması, defekte taşınırken uzun perforatör damar diseksiyonu ve iskeletizasyonu gerektirmemesi, birden fazla perforatörün flebe dahil edilmesine imkan vermesi bu tekniğin avantajlarıdır. Keystone şekilli perforatör tabanlı propeller flep en az donör alan morbiditesi ile geniş basınç ülserlerinin tedavisinde kullanışlı bir seçenek olarak sunulabilir.

Şekil 1



Flep planı

Şekil 2



Flep elevasyonu

SS-029
Yoğun Bakımda Tedavi Edilen Major Yanık Olgularında Transtorasik Ekokardiyografinin Akut Sıvı Resisütasyonundaki Yeri: Klinik Çalışma

Abdül Kerim Yapıcı[1], Muzaffer Durmuş[1], Murat Ünlü[2], Ümit Kaldırım[3], Serdar Öztürk[1]
[1] GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2] GATA Kardiyoloji AD
[3] GATA Acil Tıp AD

Major yanık olgularında, daha hafif olgularla karşılaştırıldığında daha fazla oranda sıvı desteğine ihtiyaç duyulmaktadırlar. Son yıllarda özellikle major yanık olgularında Parkland formülü ile hesaplanıp verilen sıvı miktarının ihtiyaç duyulan miktarla uyumsuz olabileceğine dair bazı çalışmalar rapor edilmiştir. Bunun bir nedeninin ''fluid creep'' olarak adlandırılan sıvı kaçağı fenomeni olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı major yanıklı hastalarda Parkland formülü ile hesaplanıp verilmesi planlanan akut sıvı miktarının dengelenmesinde transtorasik ekokardiyografik değerlendirmenin yerinin araştırılmasıdır.
Bu çalışma Şubat 2014-Temmuz 2015 tarihleri arasında GATA Yanık Merkezinde major yanık nedeniyle transtorasik ekokardiografi (TTE) verileri ile akut sıvı resüsitasyonu uygulanan hasta verilerinin retrospektif olarak incelenmesi ile gerçekleştirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup I'de (n=8) yanık sonrası 1.2.3. günlerde, Grup II'de (n:6) ise yanık sonrası 2.3.4. günlerde transtorasik ekokardiografi ile ölçümü yapılan sol ventrikül internal çapı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, sol ventrikül dolum parametreleri (E ve A dalgaları), aort çapı, sol atrium çapı, inferior vena kava çapı (IVD) değerleriyle birlikte arteriyel kan basıncı, nabız, santral venöz basınç ve aldığı çıkardığı takipleri dökümente edildi. Diabetik, hipertansif, konjestif kalp yetmezliği, intrakranial hemoraji, pacemakerli hastalar, malignite, gebelik, kronik böbrek yetmezliği, Obez, KOAH, mekanik ventilatördeki major yanıklı hastalar çalışmaya dahil edilmedi.
Hastaların tümünde noninvazif bir işlem olması nedeniyle TTE'nin iyi şekilde tolere edildiği ve hastalarda ek bir strese neden olmadığı görüldü.
Klinisyenlerin, özellikle major yanık olgularında, akut sıvı resisütasyonunda yardımcı olabilecek kolay uygulanabilen, öğretilebilir, ucuz, invazif olmayan yöntem ve cihazlara ihtiyaç vardır. Son yıllarda özellikle kardiyoloji kliniklerince rutin kullanıma giren TTE cihazı major yanık olgularında verilen sıvının yeterliliği konusunda çok değerli bilgiler verebilmektedir. Bu nedenle majör yanıklı hastaların akut sıvı resisütasyonunda TTE uygulamasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yapılacak daha geniş vaka serileri içeren klinik çalışmalar ile ekokardiyografinin akut sıvı resusitasyonundaki öneminin daha iyi anlaşılabilecektir.

SS-0230
Flep Prefabrikasyonunda Yeni Bir Konsept: Mikrodiseke Prefabrike Flep

Süleyman Taş
Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

Flep prefabrikasyonu, geleneksel yöntemler yeterli olmadığında, ince ve geniş flepler elde etmemizi sağlayan nispeten yeni ve gelişmekte olan bir tekniktir. Ancak, damarsal bir taşıyıcı gerektirmesi, taşıyıcının implantasyonu sonrası neo-anjiogenesis için uzun süre beklenmesi ve flebin transferi sonrası venöz konjesyon sebebi ile marjinal nekrozlar görülebilmesi bu tekniğin dezavantajlarıdır. Burada, klasik prefabrike tekniğin dezavantajlarını giderirken, ince, geniş ve güvenilir bir flep elde edebilmek için geliştirilen Mikrodiseke prefabrike flep olarak adlandırılan yeni bir konsept sunulmaktadır.

Tariflenen teknik, 2 vakada, adipoz doku tabakalarının anatomik farklılığından dolayı çok ince bir flep elde etmenin pek mümkün olmadığı abdominal bölgede gerçekleştirilmiştir. İlk vaka, ciddi bir yanık yaralanmasına sekonder gelişen subtotal yüz rekonstrüksiyonu (15x30 cm) olup, ikinci vaka fornier gangrenine sekonder gelişen ano-skrotal bölgede geniş bir doku defekti (14x14 cm) vakasıdır. Donör alanda, perforatör damarlar mikrodiseksiyon ile ana damardan subdermal plexus a katıldığı ana kadar diseke edildikten sonra, iskeletize edilen vasküler ağ, subdermal alana implante edilmiştir. Mikrodiseksiyonu takiben, abdominal flep kalınlığı 30 mm den 4 mm e düşürülmüştür. Son olarak, bir miktar şişirilmiş ekspander flep altına yerleştirilerek prefabrikasyon işlemi uygulanmıştır. Flepler 5 ile 8 hafta içinde ikinci operasyon ile aktarılması planlanan bölgeye serbest doku flebi ya da pediküllü ada flebi şeklinde transfer edilmiştir.

Fonksiyonel ve estetik açıdan sonuç hem doktor hem de hasta açısından tatmin edici olmuştur.Herhangi bir komplikasyon ya da istenmeyen sonuç gelişmemiştir.

Edinilen deneyimler, mikrodiseke prefabrike flep tekniğinin masif doku defektlerinin ince flepler ile onarımı gerektiğinde alternatif bir yöntem olabileceğini göstermektedir.

SS-031
Zorlu Soğuk Hava Uygulaması Sırasında Lokal Anestezi Başlangıç Zamanının Saptanması

Elif Sarı[1], Mert Muhittin Sandıkçı[2], Bülent Bakar[3], Ali Teoman Tellioğlu[4]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[3]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[4]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

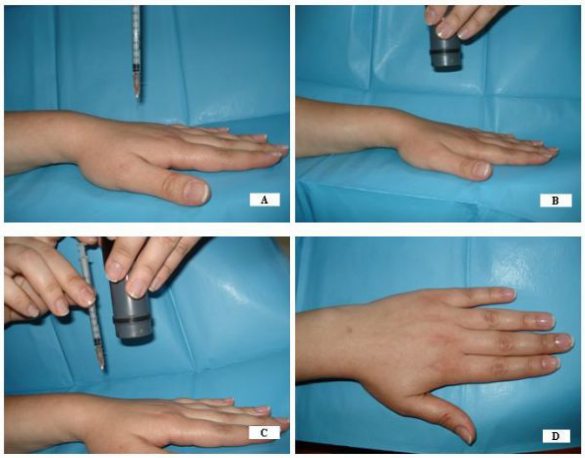
Amaç: Literatürde zorlu soğuk hava uygulamasının (ZSHU) birçok lazer tedavisinde ağrıyı ve ödemi azalttığı, hasta ve doktorun konforunu arttırdığı yayınlanmıştır. Fakat bu uygulamanın lokal anestezi başlangıç süresi henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmamızın amacı, ZSHU' nın cinsiyete göre ortalama lokal anestezi başlangıç zamanını saptamaktır.

Yöntem-Gereçler: Toplam 52 hasta (26 kadın, 26 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların el dorsallerine uygulanan ZSH esnasında her bir katılımcının aynı el dorsaline 10 sn de bir verilen ağrılı uyaran ile lokal anestezi başlangıç zamanı tespit edilmiştir. Her bir cinsiyet için sonuçlar toplanıp istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Kadınlarda ortalama lokal anestezi başlangıç süresi 52.88 sn. (30-60 sn. arası) tespit edilirken, erkeklerde bu ortalama 56.34 sn. (30-60 sn. arası) olarak saptanmıştır. Her iki cinsiyette ortalama lokal anestezi başlangıç zamanı ise 54.61 sn.' dir. Her iki cinsiyet arasında ZSHU lokal anestezi başlangıç zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z= -0.834, p= 0.404).

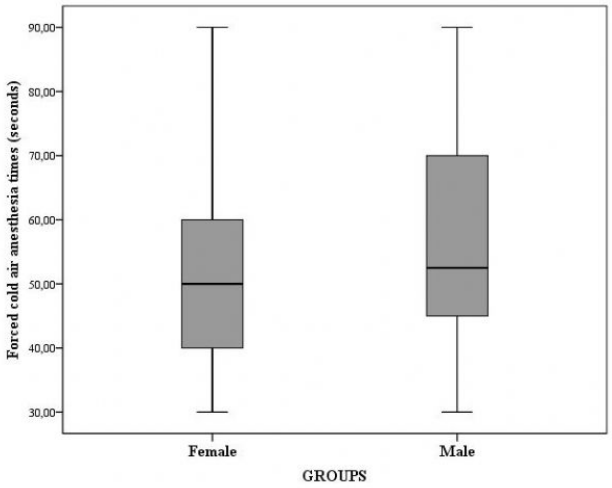
Sonuç: Bu çalışmamız sonucunda, lazer ünitelerinde sıkça kullanılan ve analjezik etkisinin yanı sıra daha yüksek lazer enerjisinin kullanımına izin veren, lazer sonrasında da ağrı ve ödemi azaltan ZSHU' nın lokal anestezi başlangıç zamanını saptamış olduk. Bu lokal anestezi yöntemini, EMLA gibi lazer işleminden önce hastaya sürülen pahalı lokal anestezik kremler ve sinir bloğu gibi ağrılı lokal anestezi işlemlerinin yerine uygulayabileceğimizi düşünüyoruz.

Resim 1



Yöntemin uygulama aşamaları

Resim 2



İstatistiksel sonuç grafiği

Tablo 1

Süre sonuçları	N	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Kadınlar	26	30*	90*	52.88*	1.6
Erkekler	26	30*	90*	56.34*	1.52
Toplam	52	30*	90*	54.61*	15.61

*Zorlu soğuk hava anestezisi başlangıç sürelerinin cinsiyete göre açıklayıcı tablosu (N: katılımcı sayısı; SD: standart sapma; * saniye)*

Tablo 2

Değişken	Z	p<0.05
Zaman sonuçları	-0.834	0.404

Data sonuçları erkeklerle kadınlar arasında lokal anestezi başlangıç süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını gösteriyor (Mann Whitney U testi, Z: Z skoru)

SS-032
DMSO' nun Otolog Yağ Greftinin Yaşamına ve Volüm Korunmasına Etkileri

Elif Sarı[1], Bülent Bakar[2], Bahram Serkarati[3], Önder Bozdoğan[4], Tarık Çavuşoğlu[5]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[4]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[5]Memorial Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

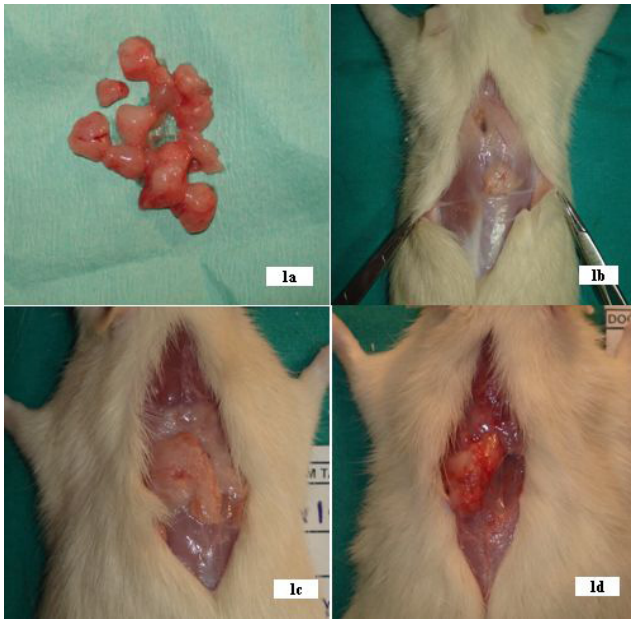
Amaç: Otolog yağ greftinin yaşaması vaskülarizasyon ve enflamasyon gibi birçok değişken etkene bağlıdır. Literatürde yağ greftinin yaşamını arttırmak için birçok yöntem ve farmakolojik ajan denenmiştir. Bu çalışmamızda dimetilsülfoksitin (DMSO) yağ grefti yaşamı ve volüm korunması üzerine olan muhtemel olumlu etkilerini araştırmayı planladık.

Yöntem-Gereçler: Toplam 18 erkek Wistar albino sıçan randomize olarak 3 gruba ayrıldı. Her bir hayvanın inguinal alanından alınan yağ grefti kuru bir şekilde tartıldı ve aynı hayvanın sırtına açılan alana transfer edildi. DMSO, DMSO-İP grubunda intraperitoneal olarak, DMSO-K grubunda ise topikal olarak 15 gün süreyle günde 1 kez verildi. Kontrol grubuna ise herhangi bir ilaç uygulaması yapılmadı. Toplam 2 ay sonra transfer edilen yağ greftleri toplandı ve ayrı ayrı tartıldı. Histopatolojik ve biyokimyasal analizler yapıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: DMSO gruplarının yağ greft ağırlık korunması kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Ayrıca DMSO-K grubundaki vaskülarite kontrol grubundan yüksek bulunurken iki DMSO grubu arasında vaskülarite açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Biyokimyasal olarak ise lipid peroksidasyon seviyeleri arasında gruplarda anlamlı fark olmamasına karşın, bir enflamasyon göstergesi olan myeloperoksidasyon seviyeleri DMSO-K grubunda anlamlı olarak düşük gözlenmiştir.

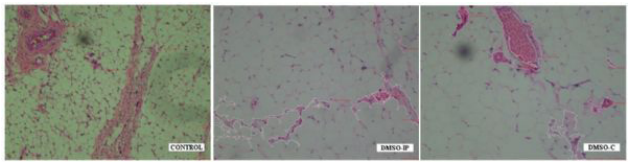
Sonuçlar: Topikal uygulanan DMSO sistemik uygulanana göre otolog yağ grefti yaşamına ve volüm korunmasına daha etkili bir ilaçtır. Ayrıca topikal uygulanması, bu ilacın yan etkilerini azaltmakta ve daha pratik bir uygulama yöntemi sunmaktadır.

Resim 1



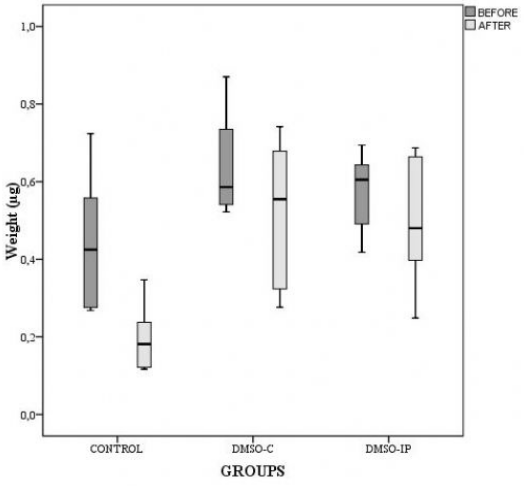
1a) Yağ greftlerinin hazırlanışı, 1b) Kontrol grubunda yağ greftinin makroskobik görünümü, 1c) DMSO-İP grubunda yağ greftinin makroskobik görüntüsü, 1d) DMSO-K grubunda yağ greftinin makroskobik görüntüsü

Resim 2



Grupların histopatolojik görüntüsü

Resim 3



Yağ greftlerinin ağırlık sonuçlarının istatistiksel grafiği

Tablo 1

GRUPLAR	ZAMAN	Minimum	Maksimum	Mean	SD
KONTROL	Önce	0.27	0.72	0.45	0.18
	Sonra	0.12	0.35	0.20	0.09
DMSO-K	Önce	0.52	0.87	0.64	0.14
	Sonra	0.28	0.74	0.52	0.20
DMSO-İP	Önce	0.42	0.69	0.58	0.10
	Sonra	0.25	0.69	0.49	0.17

Yağ greft ağırlıklarının açıklayıcı tablosu (SD: standard deviation).

Tablo 2

Gruplar	Değişken	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Kontrol	Fibrozis	240144	1365592	588489.83	448611.56
	Enflamasyon	0.00	3.00	1.17	0.98
	Yağ nekrozu	0.00	1.00	0.33	0.52
	Vaskülarite	17.40	33.60	27.43	6.25
	LPO	29.69	58.85	46.23	11.70
	MPO	7.20	43.80	19.14	12.84
DMSO-K	Fibrozis	20501	864834	336776.33	296146.46
	Enflamasyon	0.00	3.00	1.83	0.98
	Yağ nekrozu	0.00	1.00	0.50	0.55
	Vaskülarite	31.40	51.40	39.21	6.92
	LPO	16.54	94.27	50.59	26.29
	MPO	0.20	6.50	2.87	2.61
DMSO-İP	Fibrozis	355415	1225042	551707.33	332491.72
	Enflamasyon	0.00	3.00	1.33	1.03
	Yağ nekrozu	0.00	1.00	0.33	0.52
	Vaskülarite	23.50	49.00	36.433	9.46
	LPO	32.69	84.62	49.81	18.74
	MPO	7.20	99.50	42.93	43.24

Fibrozis, enflamasyon skoru, yağ nekrozu alanı, vaskülarite, lipid peroksidasyon ve myeloperoksidasyon düzeylerinin gruplara göre açıklayıcı tablosu (SD: standard deviation).

SS-033
Fraksiyonel Karbondioksit Lazer Uygulaması Esnasında Hangisi Ağrı Azaltmada Daha Etkilidir?: EMLA Krem mi, Yoksa Zorlu Soğuk Hava Anestezisi mi?

Elif Sarı[1], Bülent Bakar[2]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

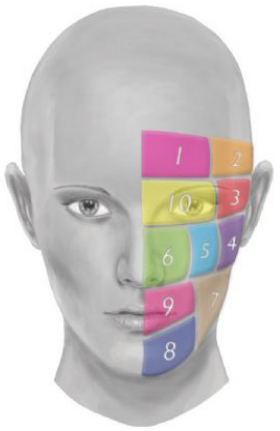
Amaç: Bu çalışmanın amacı EMLA krem ile zorlu soğuk hava anestezisinin (ZSHA) fraksiyonel karbondioksit (frk-CO2) lazer uygulanması esnasındaki ağrı azaltıcı etkilerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: Bu prospektif, kontrollü, yarım-yüz çalışmasına 15 erkek ve 10 kadın olmak üzere toplam 25 hasta katılmıştır. Lazer uygulamasından 60 dk. önce hastaların bir yüz yarımına EMLA krem sürülmüştür. ZSHA ise işlem sırasında daha önceki klinik çalışmamızda saptadığımız lokal anestezi gelişme süresine uyarak diğer yüz yarısına uygulanmıştır. Hastalar ağrı seviyelerini her yüz yarısı için 0' dan 10' a kadar olan skor tablosunda, lazeri uygulayan hekim ve yardımcı hemşiresi ise konforsuzluk seviyelerini her yüz yarısı için yine 0' dan 10' a kadar olan skalada işaretlemişlerdir. EMLA ve ZSHA uygulanan taraflar istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: EMLA uygulanan yüz yarısı ile ZSHA uygulanan yüz yarıları arasında hastanın ağrı skoru ve hekimle hemşirenin konforsuzluk skor sonuçları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Yine aynı skorlar açısından erkeklerle kadınlar arasında da anlamlı fark görülmemiştir.

Sonuç: ZSHA, pratik, güvenli, ucuz ve daha kısa sürede lokal anestezi sağladığından frk-CO2 lazer uygulaması esnasında EMLA krem yerine tek başına kullanılabilecek bir lokal anestezi metodudur. Ayrıca bu metod lazere ait işlem sonrası ödem ve kızarıklığı azaltıp daha yüksek lazer enerji seviyelerinin uygulanmasına olanak sağladığından EMLA kreme göre daha çok tercih edilebilir.

Resim 1



Zorlu soğuk havanın uygulandığı 10 yüz bölgesi: 1) medyal frontal, 2) lateral frontal, 3) lateral kantal, 4) lateral yanak, 5) orta yanak, 6) medyal yanak, 7) lateral çene, 8) medyal çene, 9) perioral bölge ve 10) göz kapakları.

Resim 2a



(2a) 24 yaşında erkek hasta merkezimize yüzündeki tüberoskleroz lezyonları ile başvurdu.

Resim 2b



Aynı hastanın 4 seans fraksiyonel CO2 lazer tedavisi sonrası görüntüsü resim 2b' de gözlenmektedir.

Tablo 1

Yüz yarımı	Skor	Minimum	Maksimum	Mean	SD
EMLA	Hastanın ağrı skoru	1	8	3.93	2.60
	Doktorun konforsuzluk skoru	0	8	3.93	3.01
	Hemşirenin konforsuzluk skoru	0	9	4.33	3.42
ZSHA	Hastanın ağrı skoru	1	8	3.87	2.48
	Doktorun konforsuzluk skoru	0	8	4.07	3.11
	Hemşirenin konforsuzluk skoru	0	9	4.33	3.35

EMLA ve ZSHA yüz yarımlarına ait ortalama, minimum, maksimum ağrı ve doktor ile hemşire konforsuzluk skorlarının tablosu (ZSHA= zorlu soğuk hava anestezisi, EMLA= Eutectic mixture of topical anesthetic, SD: standart deviation)

Tablo 2

Değişken	t	df	p
Hasta ağrı skoru	-0.072	28	0.943
Doktor konforsuzluk skoru	0.119	28	0.906
Hemşire konforsuzluk skoru	0.000	28	1.000

Bu tablo EMLA ve ZSHA yüz yarımları arasında hasta ağrı skoru, doktor ve hemşire konforsuzluk skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını göstermektedir (t: t skoru, df: serbestlik derecesi, p: p değeri).

SS-034
Estetik Cerrahi Hastarında Kişilik Özellikleri

Şadiye Visal Buturak[1], Elif Sarı[2], Ömer Oğuztürk[3], Aslıhan Kırıcı Güneş[4]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye;Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Merkezi, Kırıkkale, Türkiye
[3]Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Karabük, Türkiye
[4]Ankara Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Estetik cerrahi yaptırma kararını etkileyen önemli faktörlerden birinin kişilerin psikolojik durumları olduğu uzun süredir bilinmektedir. Literatürde özellikle estetik cerrahi ve beden dismorfik bozukluk arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada estetik cerrahi için başvuran hastaların kişilik özelliklerinin estetik cerrahi yaptırmamış ve yaptırmayı planlamayan hastalardan farklı olduğu hipotezini sınamayı amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Polikliniğine estetik cerrahi yaptırmak nedeni ile başvuran toplam 49 hasta ve estetik cerrahi yaptırmamış ve yaptırmayı planlamayan 43 kişi kontrol grubu olarak alındı. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların psikometrik değerlendirmesi evet yada hayır şeklinde cevaplanan 566 cümleden oluşan Minnesota Çok yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory) Türkçe versiyonu ile yapılmıştır. Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği Erol, Ceyhun ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Veriler SPSS 17 paket programı kullanılarak analize sokulmuştur.

Bulgular: Estetik cerrahi için başvuran hastaların MMPI hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, kadınlık-erkeklik, paranoya, hipomani, sosyal içe dönüklük alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptandı. Yine MMPI alt ölçek puanları açısından 65 kesme puan olarak alındığında histeri ve sosyal içe dönüklük alt ölçekleri açısından estetik cerrahi için başvuran hastaların oranın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlılığa yakın derecede yüksek olarak tespit edildi.

Sonuçlar: Özellikle sosyal içe dönük, yalnız, ürkek, çekingen ve histerik yani başkaları tarafından onaylanma gereksinimi hisseden ve belki de psikiyatrik tedavi ile kısmen de olsa düzelebilecek kişilik özelliklerine sahip bireylerin daha fazla estetik cerrahi arayışında bulundukları göz önünde tutulmalıdır.

Tablo 1

MMPI	Hasta (n=43)		Kontrol (n=43)		P değerleria
	Ortalama±SD	Kesme puanına göre >=65 olanların oranı (%)	Ortalama±SD	Kesme puanına göre >=65 olanların oranı (%)	

Hipokondriazis					
Depresyon					
Histeri	51.3±10.1		40.25±19.6*		
Psikopatik sapma	49.7±8.8	14.0	46.6±14.8&	11.6	0.74
Kadınlık-Erkeklik	51.9±11.0	9.3	41.0±15.29#	2.3	0.36
Paranoya	49.02±10.6	11.6	42.8±14.7∞	0	0.05
Psikasteni	56.0±9.0	11.6	50.2±16.8μ	4.7	0.43
Şizofreni	49.6±10.2	14.0	39.4±19.0β	23.3	0.26
Hipomani	48.2±9.6	7.0	44.0±12.2	0	0.24
Sosyal içe dönüklük	47.9±8.7 51.0±9.2	9.3 4.7	44.8±14.8 45.2±16.9α	2.3 4.7	0.36 1.0
MMPI ortalama t değeri	49.7±12.0 50.4±6.1	7.0 11.6	44.0±12.8π 43.3±13.9$	7.0 0	1.0 0.05
Kesme puanına göre >=65 olanların sayısı	0.1±0.1		0.05±0.08		

*Gruplar arası MMPI alt ölçek puan ortalamalarının ve kesme puanına göre >=65 olanların oranlarının karşılaştırılması (*p=0.001, &p=0.03, #p=0.001, ∞p=0.02, μ p=0.05, βp=0.003, αp=0.05, πp=0.03, $p=0.003, a MMPI klinik alt ölçekleri için kesme puanına göre >=65 olanların oranlarının karşılaştırılması)*

SS-035
Topikal Arnica ve Mukopolisakkarit Polisülfat Açık Rinoplastide Periorbital Ödem ve Ekimozu Hafifletmektedir: Randomize Kontrollü Klinik Çalışma

Gökçe Özel Şimşek[1], Elif Sarı[2], Rahmi Kılıç[1], Nuray Bayar Muluk[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye

Amaç: Bu çalışmamızda amacımız topikal arnica krem ile mukosakkarit polisülfat (MPS) tedavisinin açık rinoplasti olan hastalardaki postoperatif ekimoz ve ödeme etkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmaya toplam 108 hasta katılmıştır. Rhinoplasti operasyonu olan tüm hastalar randomize olarak arnica (n=36), MPS (n= 36) ve kontrol (n= 36) gruplarına ayrılmıştır. Hastalar postoperatif ödem ve ekimoz açısından 24. sa ve 2, 5, 7 ve 10. günlerde skalalarla değerlendirilmişlerdir. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Arnica ve MPS gruplarında postoperatif 24. sa, 5 ve 7. günlerdeki ekimoz kontrol grubuna göre belirgin şekilde düşüktü. Postoperatif 24. sa, 2, 5 ve 7. günlerdeki ödem gerileme hızı da bu iki test grubunda kontrol grubuna göre daha hızlıydı. Arnica ve MPS grupları arasında postoperatif ödem ve ekimoz açısından anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç: Açık rinoplasti operasyonu geçirmiş hastalarda postoperatif dönemde topikal uygulanan arnica ve MPS ile postoperatif ödem ve ekimoz daha hızlı azalmaktadır. İlaveten bu iki tedavi seçeneği arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 1

Günler		Grup 1 (n, %)	Grup 2(n, %)	Grup 3(n, %)	P
	0	4 (11.1)	4 (11.1)	-	
	1	18 (50)	19 (52.8)	12 (33.3)	
Gün 1	2	8 (22.2)	7 (19.4)	11 (30.6)	
	3	2 (5.6)	2 (5.6)	7 (19.4)	
	4	4 (11.1)	4 (11.1)	6 (16.7)	
Total	Med (min-max)	1 (0-4)	1 (0-4)	2 (1-4)*	0.009
	0	3 (8.3)	3 (8.3)	-	
	1	19(52.8)	20 (55.6)	14 (38.9)	
Gün 2	2	12 (33.3)	13 (36.1)	16 (44.4)	
	3	2 (5.6)	-	6 (16.7)	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	1 (0-3)	1 (0-2)	2 (1-3)*	0.013
	0	12 (33.3)	11 (30.6)	4 (11.1)	
	1	20 (55.6)	22 (61.1)	20 (55.6)	
Gün 5	2	3 (8.3)	3 (8.3)	10 (27.8)	
	3	1 (2.8)	-	2 (5.6)	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	1 (0-3)	1 (0-2)	1 (0-3)*	0.004
	0	32 (88.9)	30 (83.3)	21 (58.3)	
	1	4 (11.1)	6 (16.7)	12 (33.3)	
Gün 7	2	-	-	3 (8.3)	
	3	-	-	-	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-2)*	0.003
	0	35 (97.2)	34 (94.4)	32 (88.9)	
	1	1 (2.8)	2 (5.6)	4 (11.1)	
Gün 10	2	-	-	-	
	3	-	-	-	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.347

Postoperatif ödemin istatistiksel tablosu (Grup 1: Arnica, Grup 2: MPS, Grup 3: Kontrol, p= p değeri)

Tablo 2

Günler		Grup 1	Grup 2	Grup 3	P
	0	1 (2.8)	4 (11.1)	-	
	1	9 (25)	10 (27.8)	4 (11.1)	
Gün 1	2	20 (55.6)	16 (44.4)	14 (38.9)	
	3	2 (5.6)	2 (5.6)	13 (36.1)	
	4	4 (11.1)	4 (11.1)	5 (13.9)	
Total	Med (min-max)	2 (0-4)	2 (0-4)	2.5 (1-4)*	0.002
	0	2 (5.6)	2 (5.6)	-	
	1	7 (19.4)	8 (22.2)	3 (8.3)	
Gün 2	2	17 (47.2)	15 (41.7)	17 (47.2)	
	3	10 (27.8)	10 (27.8)	13 (36.1)	
	4	-	1 (2.8)	3 (8.3)	
Total	Med (min-max)	2 (0-3)	2 (0-4)	2 (1-4)	0.059
	0	7 (19.4)	7 (19.4)	2 (5.6)	
	1	20 (55.6)	19 (52.8)	15 (41.7)	
Gün 5	2	5 (13.9)	5 (13.9)	15 (41.7)	
	3	4 (11.1)	5 (13.9)	4 (11.1)	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	1 (0-3)	1 (0-3)	2 (0-3)*	0.039
	0	32 (88.9)	31 (86.1)	22 (61.1)	
	1	4 (11.1)	4 (11.1)	11 (30.6)	
Gün 7	2	-	1 (2.8)	3 (8.3)	
	3	-	-	-	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	0 (0-1)	0 (0-2)	0 (0-2)*	0.006
	0	34 (94.4)	34 (94.4)	29 (80.5)	
	1	2 (5.6)	1 (2.8)	5 (13.9)	
Gün 10	2	-	1 (2.8)	2 (5.6)	
	3	-	-	-	
	4	-	-	-	
Total	Med (min-max)	0 (0-1)	0 (0-2)	0 (0-2)	0.081

Postoperatif ekimozun istatistiksel tablosu (Grup 1: Arnica, Grup 2: MPS, Grup 3: Kontrol, p= p değeri)

SS-036
Total Nazal Blok ile Santral Fasiyal Bloğun Septorinoplasti Hastalarındaki Akut Postoperatif Ödem, Ekimoz ve Ağrı Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması

Elif Sarı[1], Gökçe Şimşek[2]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye;Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

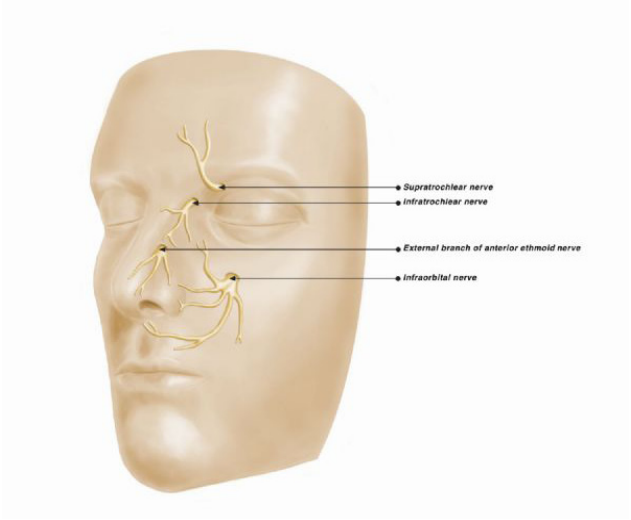
Amaç: Bu çalışmanın amacı septorinoplasti esnasında uyguladığımız total nazal blok ile santral fasiyal blok yöntemlerinin postoperatif akut ağrı, ödem ve ekimoza olan etkilerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmaya toplam 60 hasta 3 eşit gruba randomize ayrılarak katılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir blok uygulanmamıştır. Total nazal blok ve santral fasiyal blok gruplarına ise ameliyata başlamadan 7 dk. önce ve hasta uyandırılmadan önce total nazal blok ve santral fasiyal blok yöntemleri %50 sulandırılmış Jetokain ile önceden belirlenen noktalara uygulanmıştır. Hastalara postoperatif 24. sa ve 2, 5, 7 ve 10. günlerde ağrı, ödem ve ekimoz skorlaması yapılmış ve sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Tüm hastaların 28' i erkek, 32' si kadın idi. Yaşları 18-52 yıl arasındaydı (ortalama 26,3 yıl). Total nazal blok ve santral fasiyal blok yapılan hastalarda elde edilen postoperatif ağrı, ödem ve ekimoz skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktü. Ayrıca postoperatif 24. sa ve 2. günde tespit edilen ağrı ve ödem skorları santral fasiyal blok yapılan hastalarda total nazal blok yapılan hastalara nazaran oldukça düşüktü. Ekimoz skorları ise santral fasiyal blok yapılan hastalarda total nazal blok uygulananlara göre 24. sa, 2 ve 7. günlerde oldukça düşüktü.

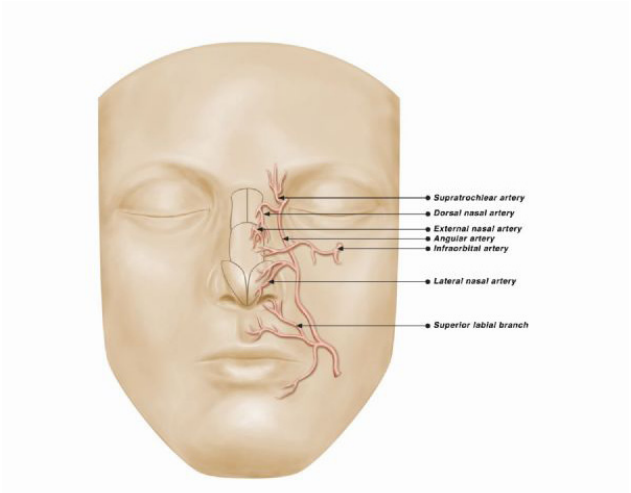
Sonuç: Total nazal blok ve santral fasiyal bloğun, septorinoplasti yapılan hastalardaki postoperatif akut ağrı, ödem ve ekimozu azaltıcı etkileri bulunmuştur. Fakat santral fasiyal blok bu olumlu etkiler açısından total nazal bloğa göre daha efektif bir metoddur.

Resim 1



Burun derisinin innervasyonu

Resim 2



Burun derisinin arteriel dolaşımını gösteren resim

Tablo 1

Değişkenler	Kontrol grubu (n= 20)	TNB grubu (n= 20)	SFB grubu (n=20)	P (<0.05)
Cinsiyet (erkek/kadın)	9/11	10/10	9/11	2.000
Yaş (yıl)	31.1 ± 8.2	23.3 ± 8.2	24.5 ± 6.8	0.397
Ağrı 0-24 sa	7.3 ± 0.8	6.4 ± 1.5	3.5 ± 0.6	0.000
Ağrı 2. gün	6.6 ± 0.8	5.7 ± 1.1	2.8 ± 0.5	0.000
Ağrı 5. gün	3.9 ± 1.0	2.3 ± 0.7	2.1 ± 0.7	0.471
Ağrı 7. gün	2.0 ± 0.7	0.4 ± 0.6	0.4 ± 0.6	0.629
Ödem 0-24 sa	1.5 ± 1.0	2.2 ± 1.0	1.1 ± 0.4	0.000
Ödem 2. gün	2.5 ± 0.8	1.6 ± 0.8	1.0 ± 1.2	0.014
Ödem 5. gün	1.1 ± 0.8	0.7 ± 0.7	0.6 ± 0.9	0.060
Ödem 7. gün	0.3 ± 0.4	0.1 ± 0.3	0.1 ± 0.4	0.279
Ekimoz 0-24 sa	2.0 ± 0.9	1.9 ± 1.1	0.9 ± 0.5	0.002
Ekimoz 2. gün	2.7 ± 0.8	2.1 ± 0.9	1.1 ± 0.5	0.000
Ekimoz 5. gün	1.5 ± 0.8	1.2 ± 0.9	0.5 ± 0.5	0.011
Ekimoz 7. gün	0.3 ± 0.4	0.2 ± 0.5	0.1 ± 0.3	0.435

Bu tablo grupların cinsiyet, yaş, ağrı, ödem ve ekimoz skorları açısından sonuçlarını ve istatistiksel karşılaştırılmalarını göstermektedir (P= p değeri, koyu renkteki değerler p < 0.05' i göstermektedir, TNB= total nazal blok, SFB= santral fasiyal blok).

SS-037
Septorinoplastide Bitkisel Kaynaklı Takviyelerin Kullanımının Kanama ve Morluğa Etkisi

Umut Suadiye, Yüksel Kankaya, Kadri Özer, Melike Oruç, Gürcan Aslan, Ahmet Terzioğlu, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Bilinenin ve tahmin edilenin aksine diyet takviyeleri dünya üzerinde çok sık olarak kullanılmaktadır.Amerika'da 1990 yılında alternatif ve tamamlayıcı tıp ürünü kullanımı %33,8 iken 1997 yılında %42,1 dolaylarına kadar artmıştır.1

Gıda Takviyesi ve Sağlığı Eğitimi Bildirgesi'ne göre gıda takviyesi şu şekilde tanımlanmıştır1:"Sigara dışında aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içeren veya taşıyan ve diyeti destekleyici ürün: A-bir vitamin, B-bir mineral, C-bir bitki veya diğer botanikler, D-bir aminoasit, E-total gıda alımını arttıran ve kişi tarafından diyeti desteklemek için alınan gıda maddesi, F-bir konsantre, metabolit, bileşen, ekstrakt veya yukarıdakilerin bir kombinasyonu". Bu takviyelerin kan basıncını, kalp atım sayımını ve kanama miktarlarını değiştirebildiği ve birçok bilinmeyen yolak üzerinden homeostazı etkileyebildiği belirtilmektedir. Çalışmamızın amacı önemsiz olarak görülebilen bu gıda takviyelerinin, septorinoplasti cerrahisi sırasında bazı hastalarda görülen ve anlamlandırılmayan fakat doğası gereği dar bir alanı olan ve bu sahadaki cerrahi görüş alanını kısıtlayan ve cerrahiyi mümkün kılamayan kanama miktarlarına ve operasyon sonrasındaki morluğa etkilerinin olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç Ve Yöntem: Prospektif, çift kör olarak planlanan çalışmaya 48 septorinoplasti yapılan hasta dahil edilmiştir.Hemorajik bir hastalığı olanlar veya kanama yatkınlığına neden olabilecek karaciğer ve böbrek fonksiyonları bozuk ve/veya bozacak herhangi bir hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar bitkisel çay-ilaç, vitamin, mineral veya ek herhangi bir takviyeden en az birini kullanıyorsa takviye alıcısı(herbal grubu), almıyorsa takviye almayan(nonherbal grubu) olarak iki gruba ayrılmıştır.Bu bilgiler çalışmacı tarafından kayıt altına alınmış, operasyonu yapan cerrah, hemşire, teknik personelle paylaşılmamış ve hastaya da bu konuda çalışma sonuna kadar bilgi verilmeyerek çift kör bir çalışma haline getirilmiştir. Operasyonların tamamı genel anestezi altında, midazolam(0.03 mg/kg) ve fentanil(2 mg/kg) premedikasyonu sonrasında anestezik indüksiyonu takiben 150 µg/kg/dk propofol ile anestezik durum oluşturulmuş ve operasyon üç cerrah tarafından oluşturulan bir ekip ile yapılmıştır.Lokal anestezik infiltrasyonları rutin olarak eşit miktarlarda uygulanmıştır.Tüm hastalarda dorsal hump rezeksiyonu ve lateral osteotomiler uygulanmış ve aynı cerrahi setler kullanılmıştır. Tüm hastaların sistolik ve diyastolik basınç değerleri intraoperatif olarak her 5 dakikada bir ölçülmüştür. Kalp atım sayımı, her 15 dakikada bir ölçülmüştür. Hastalarda intraoperatif gelişen kanama miktarı için; aspiratöre çekilen kan miktarından intraoperatif kullanılan serum hacmi çıkarılarak operasyon masası dışında yer alan kör ameliyathane teknisyeni tarafından not edilmiştir. Operasyon öncesinde kullanılacak gazlı bezler tartıldıktan sonra, operasyon sonrası aynı gazlı bezler tekrar tartılarak aradaki fark gazlı bezlerde kalan kalan kanama miktarını vermiştir.Oluşacak buharlaşmayı engellemek için gazlı bezler tartılma zamanına kadar Beex konteynırında muhafaza edilmiştir.Literatür paralelinde her 1 gramlık değişiklik 1 ml kan kaybı olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi süre olarak ilk insizyondan cerrahi alan pansumanı yapılana dek geçen süre olarak tanımlanmıştır. Cerrahi alan kalitesi ise Boezaart tablosuna göre yapılmıştır.2 Bu tabloya göre, ameliyatın primer cerrahından tablonun neden yapıldığını bilmeksizin kendisinden puanlama yapılması istenmiştir.Bu tabloya göre,

0:Kanama yok

1:Hafif kanama, aspirasyon gerektirmedi

2:Hafif kanama, ara sıra aspirasyon gerekti.Cerrahi alan tehdide uğramadı.

3:Hafif kanama, sık aspirasyon kullanıldı.Aspirasyon yapıldıktan birkaç saniye sonra kanama cerrahi alanı tehdit etti.

4:Orta derecede kanama, sık aspirasyon gerekti. Aspirasyon hemen yapıldıktan sonra kanama direkt olarak cerrahi alanı tehdit eti.

5:Ciddi kanama, sabit olarak aspirasyon gerekti. Kanama aspirasyondan daha hızlı seyretti.Cerrahi alan ciddi tehdit edilmişti ve cerrahi mümkün değildi. Postoperatif 24.saatte ise periorbital bölge ekimoz değerlendirilmesi Kargı ve ark tarafından yapılan puanlama baz alınarak alt ve üst göz kapaklar için yapılmıştır.3Hiç olmaması 0, medial bölgede varsa 1, pupil seviyesine gelmişse 2, pupili geçmişse 3, lateral kantal bölgeye ilerlemişse 4 olarak skorlanmıştır. Postoperatif 4.saatte ve 24.saatte ise hastanın kanama miktarı sübjektif olarak hastanın konforunu etkileyip etkilemediği şeklinde 0-10 arasında bir cetvel üzerinde değerlendirmesi istenerek yapılmıştır.

Bulgular: Tüm verilerin normal dağıldığı ve grupların varyanslarının homojen olduğu görüldü.48 hastadan erkek/kadın oranı 1/1 olarak izlenmiş olup ortalama yaş 27.69±6.74 idi. Herbal grubunda(n=24) bu ortalama 26.71±5.49 olup nonherbal grubunda(n=24) 28.67±7.79 olup yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunamadı(p>0.05).Aynı şekilde her iki grup arasında vücut kitle indeksleri, cinsiyet, operasyon sırasındaki sistolik ve diyastolik kan basınç ortalamaları açısından anlamlı bir fark izlenmedi(p>0.05)(Tablo-1,2). Herbal grubunda ortalama kanama miktarı, 189.38±28.218 ml iken nonherbal grubunda 139.71±32.606 ml olarak izlenmiş olup istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur(p<0.001).Kargı ve ark tarafından yapılan gözkapağı ekimoz değerlendirmesine göre her bir

gözkapağındaki ekimoz miktarı, toplam ekimoz miktarı, hasta tarafından vizuel analog skalasında belirtilen kanamanın yarattığı rahatsızlık derecesi miktarlarının 4. ve 24. saatlerdeki değerleri, primer cerrahın cerrahi alanın uygunluğunu değerlendirdiği Boezaart tablosuna göre skorlar, herbal grubunda nonherbal grubuna göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklı bulunmuştur(Tablo-1,2).

Sonuç: Plastik cerrahinin en sık operasyonlarından biri olan septorinoplasti her ne kadar majör bir kanamayla ilişkili bir ameliyat değil gibi görünse de küçük bir operasyon sahası olması nedeniyle kanama, cerrahi kaliteyi bozabilmekte, alanı temizlemek için yapılan aspirasyonla çok sayıdaki dokuyla temas ve vakum etkisiyle çevre doku hasarlanmakta ve operasyon süresi uzamaktadır.Operasyon sonrasında devam edebilecek sızıntı şeklinde kanamalar ve morluklar hasta konforunu etkileyebilmektedir. Gıda takviyelerinin plastik cerrahi hasta grubunda kullanımının sorgulanması konusuna son yıllarda plastik cerrahi otörleri tarafından önem verilmiştir.Guyuron ve ekibi tarafından 200 fasyal kozmetik hastasının gıda takviyesi kullanımı %49 olarak bulunmuştur.1 Rohrich ve ekibi tarafından gıda takviyeleriyle ilgili ayrıntılı bir broşür yayınlanmıştır.4Matarasso, yaptığı tartışmada bu tür gıda takviyelerinin en önemli yan etkisinin aşırı kanama ve hematom olduğunu vurgulamış,"bir hematomu boşaltmak için yapılan ikinci bir operasyonun, ilk operasyondan daha büyük etkiye sahip olduğu ve daha uzun sürdüğü" ilkesine sıkı sıkıya bağlı olduğunu belirtmiş ve yapılacak bir operasyonun özellikle perioperatif periodunu kapsayacak şekilde her adımını kontrol etmenin başarılı ve tatmin edici sonuçları getireceğinden bahsetmiştir.5 Çalışmamız, gıda takviyesi kullanımının plastik cerrahinin en önemli ameliyatlarından biri olan septorinoplastideki kanama arttırıcı etkisini ortaya koyan prospektif ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.Sonuç olarak, hem hasta tarafından hem de cerrah tarafından önemsiz olarak görülebilen gıda takviyelerinin kullanımı cerrahi süresini azaltmak, cerrahi alan kalitesini arttırmak, cerrahi sonrası ekimozu azaltmak ve konforu arttırmak amacıyla daima sorgulanmalı ve kullanımı durumunda en az iki hafta1 öncesinden kesilmesi önerilmelidir.

Kaynakça

1. Zwiebel SJ,Lee M,Alleyne B,Guyuron B.The incidence of vitamin,mineral,herbal, and other supplement use in facial cosmetic patients.Plast Reconstr Surg.2013;132:78-82.
2. Boezaart a.P,Van Der Merwe J,Coetzee a.Comparison of sodium nitroprusside and controlled hypotension for functional endoscopic sinus surgery.Can J Anesth.1995;5:373-376.
3. Kargi E,Hoşnuter M,Babucçu O,Altunkaya H,Altinyazar C.Effect of steroids on edema,ecchymosis, and intraoperative bleeding in rhinoplasty.Ann Plast Surg.2003;51(6):570-574.
4. Broughton G,Crosby M a,Coleman J,Rohrich RJ.Use of herbal supplements and vitamins in plastic surgery:a practical review.Plast Reconstr Surg.2007;119:48e-66e.
5. Matarasso A.Discussion.Plast Reconstr Surg.2013;132:83-84.

Tablo 1

TABLO 1. GIDA TAKVİYESİ KULLANANLAR (HERBAL) VE KULLANMAYANLAR (NONHERBAL) GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

		HERBAL KULLANIM	Sayı (n)	Ortalama	Std. Deviasyon	P değeri
	Yaş	HERBAL	24	26.71	5.497	p>0.05
		NONHERBAL	24	28.67	7.794	
	Vücut Kitle İndeksi	HERBAL	24	23.04	2.579	p>0.05
		NONHERBAL	24	22.96	2.476	
	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	HERBAL	24	96.63	10.516	p>0.05
		NONHERBAL	24	95.96	9.589	
	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	HERBAL	24	54.75	8.305	p>0.05
		NONHERBAL	24	53.50	6.379	
	Kalp Atım Sayısı	HERBAL	24	74.13	6.510	p<0.05
		NONHERBAL	24	69.17	5.522	
	Operasyon Süresi (dk)	HERBAL	24	133.54	27.445	p<0.05
		NONHERBAL	24	113.63	24.999	
Göz Kapak Ekimoz Dereceleri (Kargı ve ark tablosuna göre)	Sağ üst gözkapak	HERBAL	24	2.58	0.584	p<0.001
		NONHERBAL	24	1.58	0.654	
	Sağ alt gözkapak	HERBAL	24	3.17	0.761	p<0.001
		NONHERBAL	24	2.00	0.933	
	Sol üst gözkapak	HERBAL	24	2.58	0.717	p<0.001
		NONHERBAL	24	1.54	0.658	
	Sol alt gözkapak	HERBAL	24	3.17	0.761	p<0.001
		NONHERBAL	24	2.04	0.955	
	Toplam Ekimoz Değeri	HERBAL	24	11.50	2.321	p<0.001
		NONHERBAL	24	7.17	2.944	
İntraoperatif Kanama Miktarı (ml)	Gazlı bezde ölçülen kanama miktarı (ml)	HERBAL	24	73.54	23.108	p<0.001
		NONHERBAL	24	48.88	11.562	
	Aspirasyon konteynırında ölçülen kanama miktarı (ml)	HERBAL	24	115.83	11.389	p<0.001
		NONHERBAL	24	90.83	22.490	
	Toplam Kanama Miktarı (ml)	HERBAL	24	189.38	28.218	p<0.001
		NONHERBAL	24	139.71	32.606	
Hasta Kanama Skoru (VAS)	Postoperatif 4.saat	HERBAL	24	5.13	1.191	p<0.001
		NONHERBAL	24	2.50	1.216	
	Postoperatif 24.saat	HERBAL	24	5.04	1.042	p<0.001
		NONHERBAL	24	2.29	0.955	
	Cerrahi Alan Uygunluğu (Boezaart Skorlaması'na göre)	HERBAL	24	2.88	0.612	p<0.001
		NONHERBAL	24	1.88	0.338	

Gıda Takviyesi Kullananlar (Herbal) ve Kullanmayanlar (Nonherbal) Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo-2

TABLO 2. GIDA TAKVİYESİ KULLANANLAR (HERBAL) VE KULLANMAYANLAR (NONHERBAL) GRUPLARININ TANIMLAYICI BİLGİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

		HERBAL KULLANIM		P DEĞERİ
		HERBAL N, %	NONHERBAL N, %	
Cinsiyet	Erkek	10 %41.7	14 %58.3	p>0.05
	Kadın	14 %58.3	10 %58.3	
	Toplam	24 %100	24 %100	
Eğitim Durumu	Üniversite	15 %62.5	14 %58.3	p>0.05
	Lise	4 %16.7	9 %37.5	
	Ortaokul	5 %20.8	1 %4.2	
	İlkokul	0 %0.0	0 %0.0	
	Toplam	24 %100	24 %100	
Boezaart Skorlaması	0: Kanama yok.	0 %0.0	0 %0.0	p<0.001
	1:Hafif kanama, aspirasyon gerektirmedi.	0 %0.0	3 %12.5	
	2:Hafif kanama, ara sıra aspirasyon gerekti. Cerrahi alan tehdide uğramadı.	6 %25.0	21 %87.5	
	3:Hafif kanama, sık aspirasyon kullanıldı. Aspirasyon yapıldıktan birkaç saniye sonra kanama cerrahi alanı tehdit etti.	15 %62.5	0 %0.0	
	4: Orta derecede kanama, sık aspirasyon gerekti. Aspirasyon hemen yapıldıktan sonra kanama direkt olarak cerrahi alanı tehdit etti.	3 %12.5	0 %0.0	
	5:Ciddi kanama, sabit olarak aspirasyon gerekti. Kanama aspirasyondan daha hızlı seyretti. Cerrahi alan ciddi tehdit edilmişti ve cerrahi mümkün değildi.	0 %0.0	0 %0.0	
	Toplam	24 %100	24 %100	

Gıda Takviyesi Kullananlar (Herbal) ve Kullanmayanlar (Nonherbal) Gruplarının Tanımlayıcı Bilgilerinin Karşılaştırılması

SS-038
Meme Küçültme yada Mastopeksi Sonrası Doğal Görünümlü Areola Elde Etmek İçin Dermabrazyon Kullanımı, 23 Hastalık Çalışma

Karaca Başaran[1], Salih Onur Basat[1],
Ebru Şen Mercan[2], Funda Aköz Saydam[1],
Ahmet Cemal Aygıt[3]
[1]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kafkas Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[3]Özel Hekimlik, Teras Fulya 1, Kat 13, No 11, İstanbul

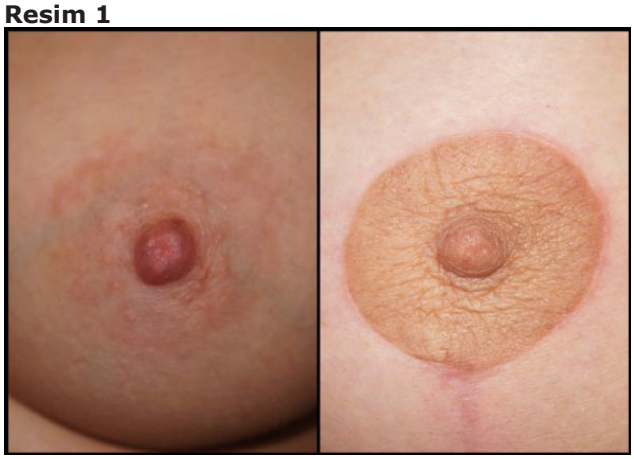
Amaç: Meme küçültme (BR) ve dikleştirme (MP) ameliyatları plastik cerrahi pratiğinde sık yapılan operasyonlardandır. Bu operasyonlardaki ana hedefler: olabildiğince az skar bırakarak ideal ve kalıcı bir meme şekli oluşturmak ve beraberinde nipple-areola kompleksinin (NAC) kan akımını ve duyusunu korumaktır. NAC'ın doğru ve simetrik yerleşimi hem meme küçültme hem de meme rekonstrüksiyonu operasyonlarının temel parçasıdır. Literatür incelendiğinde, NAC rekonstrüksiyonu çoğu zaman meme kanseri sonrası yapılan rekonstrüksiyonlarında final basamağında değerlendirilir. Buna karşın, meme küçültme veya dikleştirme ameliyatlarında ise genellikle, NAC'ın gereken noktaya uygun pedikül üzerinde, kanlanması korunmuş ve duyulu bir şekilde taşınması üzerinde durulmuştur. Fakat, ideal memeye ulaşmada, uygun NAC lokalizasyonunun yanısıra, estetik olarak memnun edici bir NAC görüntüsü elde etmek de önemlidir. Literatür incelendiğinde, bu konu maalesef birçok meme cerrahı tarafından ele alınmamıştır. Ameliyat geçirmemiş doğal bir areaolada, areola kenarı ve meme derisi arasında yumuşak bir geçiş mevcuttur. Buna karşın, BR veya MP operasyonları sonrasında ise NAC ile etraf doku arasında, keskin bir sınır meydana gelir. Areola etrafındaki insizyon hattından dolayı meydana gelmiş bu sınır, areolanın meme üzerindeki doğal görünümünü bozmaktadır. Kanımızca bu görüntü meme küçültme veya dikleştirme ameliyatlarının stigmatası olarak değerlendirilebilir. Biz, bu çalışmamızda BR veya MP ameliyatları sonrasında NAC ile etrafındaki normal deri dokusu arasında oluşan keskin hattı yumuşatmak ve daha doğal bir geçiş zonu elde edip, depigmente alanlar yaratmak için dermabrazyonu kullanmayı hedefledik.

Yöntem–Gereçler: Kliniğimizde 2012 ile 2014 yılları arasında daha önceden BR veya MP nedeniyle opere edilmiş gönüllü 23 kadın hasta (45 meme) dahil edildi. Hastalar primer cerrahiyi dermabrazyon girişiminden ortalama 13 ay (12-37 ay) sonra olmuşlardı. 18 hastaya daha önceden BR yapılmış iken 5 hastaya ise MP ameliyatı yapılmıştı. Bu hastalardan sadece bir tanesi tek taraflı küçültme yapılmış idi. Hastaların ortalama yaşı 25.5 idi (range: 19-43). Fitzpatrick deri tipi sınıflamasına göre Tip 1-3 arasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar yakın zamanda geçirilmiş herpes simplex virüs enfeksiyonu, blood thinner veya isotretioin kullanımı yönünden sorgulandı.

Bulgular: Ortalama ameliyat süresi her iki meme için 18 dk (13-27 dk) olarak saptandı. Ortalama takip süresi 15 ay idi (range: 12-18 ay). Erken postoperatif takiplerde hastaların tamamında operasyonu takip eden 14. günün sonunda reepitelizasyon gözlendi. Hastalar, operasyondan sonraki 1 yıl içinde dermabrazyon yapılan alanların güneşe maruz bırakılmaması konusunda bilgilendirildi. Ameliyat sonrası dönemde 1,3,6. aylarda ve 1. yılın sonunda hastalar kontrole çağırıldı. Hasta memnuniyeti açısından 1. sene sonunda tüm hastalara anket uygulandı. Hastaların, yeni areolalarına 0 ile 10 arasında puan vermesi istendi. Ortalama skor 8.6 (range: 4-10) olarak saptandı. Komplikasyonlar dokumente edildi. Hastaların hiçbirinde yara yeri enfeksiyon bulgusu ve kanamaya rastlanmadı. 2 hasta yetersiz dermabrazyon nedeniyle tekrar opere edildi. Geç postoperatif kontrollerde Fitzpatrick sınıflamasına göre tip 3 deri türüne sahip 1 hastada hipertrofik skar oluşumu gözlendi (skor:4). Hasta ek bir girişim talep etmedi ve konservatif olarak silikon sheatler ve kremlerle takip edildi.

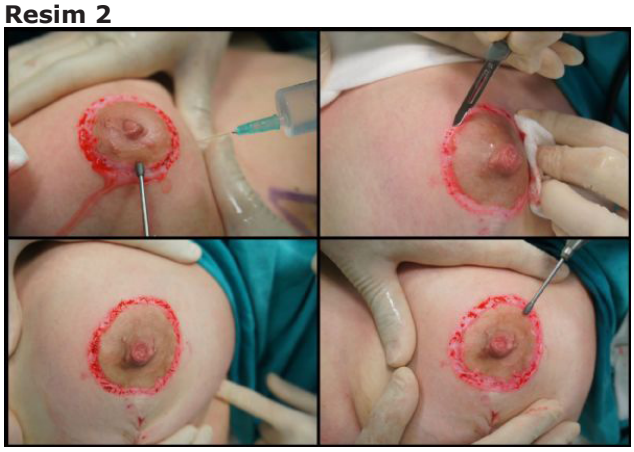
Sonuç: Meme küçültme ameliyatlarındaki stabil bir meme şekli oluşturmak, NAC dolaşımını ve duyusunu korumak, daha az skarla küçültmeyi yapmak, geçmişten bugüne kadar tanımlanan olan ana hedeflerdir. Buna karşın, belki de opere olmuş hastaların en çok dikkat ettikleri ve can alıcı olduğunu düşündüğümüz areola estetiğine daha fazla önem verilmelidir. Bu nedenle, çok daha doğal ve yüz güldürücü sonuçlar elde ettiğimiz dermabrazyon ile areola revizyonu tekniği; uygun, risk faktörleri barındırmayan ve istekli hastalarda çok etkili bir final basamağı olarak değerlendirilebilir.

Resim 1



(sol) Opere edilmemiş areola görüntüsü. Areola ve meme derisi arasında hipopigmente alanları içeren yumuşak bir geçiş mevcut. (sağ) Opere edilmiş areola görüntüsü, areola çevresinde keskin bir sınır mevcut

Resim 2



(sol üst) Dermabrazyon ile areola sınırlarının düzensizleştirilmesi, (sağ üst) Bistüri yardımı ile areola-deri arasındaki geçişin sağlanması, (sol alt) İlk iki işlemden sonra areolanın görüntüsü, (sağ alt) Depigmente alanların dermabrazyon ile sağlanması.

Resim 3



(sol) Opere edilmiş meme areolasının dermabrazyondan önceki görüntüsü, (sağ) Areolanın dermabrazyondan sonraki görünümü.

SS-039
Redüksiyon Mamoplastinin Serum Leptin Seviyesi ve İnsülin Direnci Üzerine Etkileri

Hakan Uzun[1], Ozan Bitik[2], Yahya Baltu[1], Çiğdem Sönmez[3], Ayşegül Öztürk Kaymak[4]
[1]Ankara Onkoloji Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara
[3]Ankara Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, Ankara
[4]Ankara Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Genetik, Ankara

Amaç: Vücutta fazla miktarda yağ birikmesi tip II diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hasalığı gibi hastalıklar için bir risk faktörüdür. Normal vücut ağırlığı, gıda alımını düzenlemek için beyinde etki gösteren ve adipositler, meme bezleri, plasenta, mide ve iskelet kası gibi dokulardan salgılanan leptin tarafından kontrol edilir. Serum leptin seviyesi vücut ağırlığı ile ilişkili olup obez hastalarda obez olmayanlara kıyasla fazlaca salgılanır. Leptinin sağlıklı obez olmayan insanlarda kan hacmini ve kan basıncını düzenlediği de gösterilmiştir. Liposuction ve abdominoplastinin serum leptin seviyelerini azalttığı bildirilmiştir. İnsülin de yağ metabolizması için önemli bir hormondur. İnsülinin leptin seviyesini artırdığı ve hiperinsülinemik durumların leptin direnci ve hiperleptinemiye neden olduğu bulunmuştur. Liposuction'ın insülin direncini azalttığı ancak abdominoplastinin insülin direnci üzerinde bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Redüksiyon mamoplasti, vücuttan önemli miktarda yağ dokusunun uzaklaştırıldığı iyi bilinen ve sık uygulanan bir ameliyattır. Bu çalışmada redüksiyon mamoplastinin serum leptin seviyesi ve insülin rezistansı üzerine olan etkileri araştırıldı.

Yöntem-Gereçler: Gigantomastisi olan 42 obez hasta çalışmaya dahil edildi. Ameliyat öncesi yaş, vücut ağırlığı, boy ve beden kitle indeksi gibi demografik bilgileri alındı. Açlık serum leptin, glukoz ve insülin seviyeleri ölçüldü ve insülin dirençlerini bulmak için HOMA (Homeostasis Model Assessment) skorları hesaplandı. Ameliyat sonrası 6. haftada fark olup olmadığını görmek için bu ölçümler tekrarlandı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 47.6 idi. 28 hasta süperomedial pedikül yöntemi ile 14 hasta ise inferior pedikül yöntemi ile ameliyat edildi. Çıkarılan ortalama meme dokusu 1954.4 gramdı (Süperomedial pedikül yöntemi ile çıkarılan ortalama meme dokusu 1844.1 g, inferior pedikül yöntemi ile 2175 g). Ameliyat sonrası serum leptin seviyelerinin düştüğü görüldü ve bu düşüklük istatistiksel olarak anlamlıydı. Benzer şekilde, beden kitle indeksi ve leptin seviyesindeki değişiklik arasında anlamlı bir korelasyon tespit edildi. Ancak yapılan redüksiyon miktarı ile beden kitle indeksi arasında bir korelasyon saptanmadı. Ameliyat sonrası insülin duyarlılığında artmayı gösteren HOMA skorunda azalma tespit edildi ve bu değişiklik de istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Klinik ve metabolik özellikler tablo-1 ve tablo-2 de sunuldu.

Sonuçlar: Redüksiyon mamoplasti sadece estetik sonuçları olan bir ameliyat değildir. Serum leptin seviyesini azaltır, insülin direncini azaltır. Bu da obez kadınların kardiyovasküler hastalık risklerinin düşmesine yardımcı olabilir.

Tablo-1

	Süperomedial Pedikül	İnferior Pedikül	Toplam
Yaş	44,79±10,83	53,43±8,79	47,67±10,90
Redüksiyon miktarı	1.844,14±508,31	2.175,00±437,80	1.954,43±505,81

Yapılan redüksiyon mamoplasti tipine göre çıkarılan ortalama meme dokusu miktarı ve hastaların ortalama yaşı

Tablo-2

	BKİ (kg/m2)	Leptin (ng/ml)	Glukoz (mmol/l)	Insülin (mIU/l)	HOMA Skoru
Ameliyat öncesi	33,94±2,39	25,90±11,2	5,76±0,94	13,8±11,26	3.11±1,84
Ameliyat sonrası	32,12±2,08	18,68±9,30	5,20±0,56	11,5±9,30	2,48±1,6
Değişim	1,82±0,98	7,21±4,91	0,57±0,60	2,30±1,23	0,63±0,52)
p değeri	0,001	0,001	0,001	<0,001	<0,001

Ameliyat öncesi ve sonrası klinik ve metabolik özellikler

SS-040
Skatrisyel Kaş Yokluğunda Steroid Enjeksiyonu Sonrası FUE Yöntemi İle Kaş Restorasyonu

Serkan Sabancıoğullarından, Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Yanık ve travmalar sonrasında meydana gelen skatrisyel kaş yokluğu estetik açıdan kötü bir görünüme yol açmaktadır. Kaş restorasyonu ve skar revizyonu için şerit şeklinde skalp grefti, temporoparietal fasya flebi, supraorbital flep gibi birçok teknik tanımlanmıştır. Ancak bu yöntemlerde başarılı bir cerrahi sonuç elde edilse bile kaşların çıkış yönü ile uyumlu bir restorasyon sağlanamamakta ve estetik açıdan sonuçlar beklentileri karşılamamaktadır. FUE yöntemi ile doğal kaş yönünde açı verilerek yapılan tekli folliküler ünitelerin ekimi skarlı alanda greft adaptasyonuna imkân verir ve doğal bir görünüm sağlar böylece skarın gizlenmesi ve kaş restorasyonu bir arada gerçekleştirilir. Greftlerin tekli

folliküler ünite şeklinde ayrılması zaten vasküler yatağın problemli olduğu skatrisyel zeminde çoklu folliküler ünitelere göre beslenme şansını artırarak greft tutma olasılığını arttırır. Ancak skar dokusunun eşlik ettiği kaş alopesisini saç transplantasyonu ile onarmak cilt kalitesi ve zemindeki vasküler yapının yetersizliği nedeni ile teknik açıdan oldukça zordur. Bu nedenle kaş greft kaybı sıklıkla görülür. Biz bu çalışmada, skara bağlı kaş alopesili alanına lokal steroid enjeksiyonları uygulanan veya uygulanmayan 30 hastaya FUE yöntemi ile elde ettiğimiz saç greftlerini tekli folliküler ünitelere ayırarak uyguladık. Hastaların ortalama yaşı 30. Steroid enjeksiyon grubunda yanık, travma, tatuaj sonrası alopesi olan hastaların skarlı alanına 15 gün ara ile uyguladığımız 3 doz kenakort enjeksiyonu sonrasında tüm gruplara ortalama her bir kaş alanına 200 sayıda ekim yapıldı. Her iki grupta komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastalar kozmetik sonuçtan memnundular. Skarlı alanda steroid enjeksiyonu sonrası yapılan ekimlerde ekilen greft sayısının daha fazla olduğu ve % 90 oranında ekim başarısı gözlendi. steroid yapılmayan grupta ise ekilen greft sayısının ortalama 100 greft daha az olduğu ve greft başarı oranının %70 olduğu saptandı. Steroid enjeksiyon yapılan grupta skar dokusunun incelip yumuşadığı ve greftlerin daha kolay ve daha sık yerleştirilmesine olanak sağladığı görüldü. Ekim sonuçları aylık kontrollerde 1 yıllık takip sonrası değerlendirildi. greftlerin tutma oranlarının daha yüksek olduğunu hem de ekimi teknik olarak kolaylaştırdığını gördük. Bu yöntemle kaş restorasyonunda FUE yönteminin diğer konvansiyonel flep tekniklerine göre skarlı alanlarda kaş yönünü ayarlayabilmesi açısından daha üstün olduğunu gördük. greft adaptasyonu açısından skara yönelik kenocort enjeksiyonunu ile yapılan ekimlerin greft kaybı oluşturmaması ve cerrahi tekniği kolaylaştırması açısından FUE yönteminde tekli ünit transferinde birlikte kullanımının uygun olduğu görüşündeyiz.

picture 1



hastalardaki geç dönem sonuçların kıyaslanması reoperasyon ihtiyarcı ve komplikasyon sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 2006 ve 2015 yılları arasında kepçe kulak şikayeti ile gelen ve iki farklı teknikle opere edilmiş toplam 156 hastanın verileri içermektedir. Erken ve geç dönem komplikasyonlar, operasyon süreleri ve kafa ile kulak arasındaki mesafe 4 noktadan ölçülerek her iki teknik istatistiksel olarak kıyaslanmıştır.

Sonuçlar: Ortalama takip süresi CTO grubunda 22 (16-28, median, IQR) ay, IO grubunda ise 39 (33.5-47, median, IQR) aydır. CTO grubunda toplam 163 kulak, IO grubunda ise 128 kulak opera edildi. Operasyon süreleri bakımından gruplar karşılaştırıldığında IO grubunda anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p<0.001$). IO grubunda operasyon başarı hızının %72 iken CTO grubunda %96 olduğu belirlendi. IO grubunda 20 hastada antiheliks şekillendirici sturların açıldığı, 21 hastada sturun cilt altından görülebilir hale geldiği, deformitenin 20 hastada nüks ettiği ve 20 hastada her iki kulak arasında asimetrik görünüm olduğu ve bu hastalardan 16'sında aynı cerrahi prosedürün tekrar uygulandığı belirlendi. CTO grubunda ise 2 hastada antihelik şekillendirici sturun açıldığı, sturun cilt altında görülebilir hale gelmesi 3 hastada, deformitenin 3 hastada nüks ettiği, 3 hastada ise kulak arkasında hipertrofik skar geliştiği belirlendi. Postoperatif olarak sağ ve sol kulak ile kafa arasındaki mesafeleri bakımından yapılan değerlendirmede her iki gruptada istatistiksel olarak anlamalı düzelme olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Tartışma: Kepçe kulak düzeltiminde cerrahi teknikği seçiminde hastanın yaşı, kulak kıkırdağının elastikiyeti, kulaktaki anatomo patolojik deformitenin iyi belirlenmesi ve tekniğin hastaya göre bireyselleştirilmesi ile hasta v hekim açısından tatmin edici estetik sonuçlar alınabilir.

Kaynaklar

1. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. The Journal of craniofacial surgery 2003;14:643-53.
2. Paredes AA, Jr., Williams JK, Elsahy NI. The constricted ear. Clinics in plastic surgery 2002;29:289-99, viii.
3. Romo T, 3rd, Sclafani AP, Shapiro AL. Otoplasty using the postauricular skin flap technique. Archives of otolaryngology--head & neck surgery 1994;120:1146-50.
4. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. Facial plastic surgery: FPS 1995;11:284-300.
5. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. Plastic and reconstructive surgery 1968;42:189-93.
6. Elliott RA, Jr. Complications in the treatment of prominent ears. Clinics in plastic surgery 1978;5:479-90.

SS-041
Kepçe Kulak Onarımında Insizyonsuz Stur Tekniği ve Konsolidatif Teknik Otoplasti Tekniklerinin Uzun Dönem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Metin Temel[1], Özge Berber[2], Cengiz Çevik[2], Ertap Akoğlu[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi KBB A.D. Hatay.

Giriş-Amaç: Konsolidatif teknik otoplasti (Consolidative Technique Otoplasty= CTO) ve insizyonsuz otoplasti (Incisionless Otoplasty=IO) tekniği ile opere edilen

SS-042
Kepçe Kulak Onarımında Birleştirici Teknik (Consolidative Technique): Tüm Zorluklar için Tek Teknik

Metin Temel[1], Ertan Günal[2], Ömer Berberoğlu[3]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]SEV Amerikan Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.
[3]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: bu çalışmada kepçe kulak düzeltiminde üzerinde fikir birliği sağlanmış tekniklerin birlikte ve modifiye edilerek kullanıldığı yeni bir cerrahi tekniğin sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Hastaların yaş, cinsiyet, deformitenin nasıl olduğu, ortalama takip süresi, anestezi şekli ve pre-operatif ve postoperatif kafa ile kulak arası mesafe 4 noktadan (SUP, SCA, ICA, Lobule) ölçüldü. Postoperatif erken ve geç dönem koplikasyonlar kaydedildi.

Sonuçlar: Results: Yaş ortalaması 21:41 ± 8.96 (7-41) olan 63 (21E-42K) hasta, toplam 119 kulak (sağ: 58 / sol: 61) 2013 ve 2015 yılları arasında bu teknikle opere edildi. Hastalar ortalama 18.22 ± 9.42 ay takip edildi. Bu teknikle opere edilen hastalardan 3'üne anteriyor skorlama, 17'sine ise konka rezeksiyonuda yapıldı. Opere edilen hastalardan 55'i primer otoplasti iken 8 hasta daha önce opere olmuş hastalardan oluşmaktaydı. Preoperatif ve postoperatif kafa-kulak (SUP, SCA, ICA, Lobule) arasındaki mesafeler bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı dercede azalma tespit edildi ($p<0.001$)

Tartışma: Bu teknik kepçe kulak deformitesindeki tüm anormal yapılara müdahale olanağı sunduğu ve kabul edilmiş birçok tekniğin modifikasyonlarını içermesi nedeniyle kepçe kulak onarımında alternatif olabileceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. The Journal of craniofacial surgery 2003;14:643-653
2. Paredes AA, Jr., Williams JK, Elsahy NI. The constricted ear. Clinics in plastic surgery 2002;29:289-299, viii
3. Adamson PA, McGraw BL, Tropper GJ. Otoplasty: critical review of clinical results. The Laryngoscope 1991;101:883-888
4. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. Plastic and reconstructive surgery 1968;42:189-193
5. Elliott RA, Jr. Complications in the treatment of prominent ears. Clinics in plastic surgery 1978;5:479-490
6. Campbell AC. Otoplasty. Facial plastic surgery: FPS 2005;21:310-316
7. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. Plastic and reconstructive surgery 2005;115:60e-72e
8. Jeffery SL. Complications following correction of prominent ears: an audit review of 122 cases. British journal of plastic surgery 1999;52:588-590
9. Rogers BO. The classic reprint. A New Operation for Prominent Ears Based on the Anatomy of the Deformity by William H. Luckett, M.D. (reprinted from Surg. Gynec. & Obst., 10: 635-7, 1910). Plastic and reconstructive surgery 1969;43:83-86
10. Salgarelli AC, Bellini P, Multinu A, et al. Combined technique for the correction of prominent ears: results in 140 patients. The British journal of oral & maxillofacial surgery 2009;47:545-549

SS-043
Rinoplasti Sonrası İnternal Nazal Valv Kollapsı Olan Hastalarda Dolgu Materyalleri İle Valv Açısının Arttırılması

Emir Burak Yüksel[1], Metin Temel[2], Ahmet Hamdi Aytekin[3]
[1]Activa Estetik Klinikleri Harbiye Cad. Çankaya Apt. No:73/B Antakya / Hatay
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Hatay
[3]Malatya Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Malatya.

Giriş-Amaç: Nazal valv bölgesinde rijid (septum, valv açısı ve piriform apertür) ve mobil komponentlerden oluşan yapılar burundan geçen hava miktarını belirlemektedir. Cerrahi kararı verilirken rijid komponenetler daha ön planda tutulmasına rağmen rijid komponentlerin yüzeyini kaplayan mukozanın da erektil fonksiyonu olduğu unutulmamalıdır. Boyutlardaki küçük değişimler bile yüzey ölçümününde büyük farklar yaratır ve havayolu rezistansını etkiler. Nazal valv açısında 1o azalma internal nazal valv yüzey alanını 4 mm2 daraltır. Bu çalışmada daha önce rinoplasti operasyonu yapılmış ve nefes almada güçlüğü devam eden, Cottle manevrası (+) hastalarda nazal valv açısının arttırılması için dolgu materyali kullanılarak hava yolunun açıldığı hastalardaki sonuçlarımızı sunmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: Yaş ortalaması 24 olan (22-36) 8 hastada (7 F, 1M) rinoplasti sonrası alar kartilaj kollapsı nedeniyle başvurdu. Hastaların ortak özelliği non-invaziv bir yöntemle nefes almadaki prblemlerinin düzeltilmesini istemeleriydi. Yapılan muayenede tüm hastalar Cottle manevrası sonrası rahatlama olduğunu belirtti.

Sonuçlar: Tüm hastalarda valv açısının arttırılması hedefelenen bölgeye polikaprolakton formundan toplam 0.1-0.3 cc arasında dolgu kullanrak valv açısı değiştirildi. Alar kıkırdakların lateral kurusları daha güçlü hale getirildi. Işlemden hemen sonar inspirasyondaki rahatlama görüldü. Hastalardaki nefes almadaki rahatlama sübjektif olarak değerlendirildi. Tartışma: Burun hava pasajı obstrüksiyonları rinoplasti sonrasında sık karşılaşılan problemlerden biridir. Burun hava pasajı obstrüksiyonları statik ve dinamik olarak iki bölümde incelenebilir (1). Nazal valv kollapsına bağlı obstrüksiyonlar dinamik obstrüksiyon olarak değerlendirilir. Nazal valv kollapsı nazal valv yapısına katılan septum, üst lateral kartilaj, alt lateral kartilaj, mukoza, inferiyor konka, prifor aperturadaki patolojik durumlarda gelişebilmektedir. Nazal hamp rezeksiyonu sonrası lateralde hiçbir güvenilir bağlantısı olmayan üst lateral kartilajların tek desteği, kraniyaldeki nazal kemiklerle olan sıkı bağlantısıdır. Nazal hampın alınması 1/3 orta nazal dorsumda bir kollapsa neden olabilir. Bu bölgede kollaps gelişimi internalnazal valvi daraltır, inhalasyon sırasında burun boşluğunda meydana gelen negatif basınca karşı yan duvarların direncini azaltır ve burundan geçen hava akımını bozar. Rinoplastili hastaların % 10'un da nazal obstrüksiyon şikâyeti olup, sıklıkla nazl valvden kaynaklanır. Grymer rinoplastilerde, nazal valvin % 25, priform apertürün % 13 oranında azaldığını belirtmiştir (2,3). Nazal valv cerrahisi için birçok yöntem tanımlanmıştır (Spreader greftler, Flaring suture, Üst lateral kartilaji büken sütür, Butterfly greft, Alar battens greft, Paradoksal lateral krus, Septoplasti gibi). Ancak bu yöntemlerin çoğunluğu genel anestezi ile uygulanabilen tekniklerdir. Ayrıca daha önce rinoplasti olmuş hastalardaki kıkırdak eksikliklerinin giderilmesi için kosta grefti alınması gibi oldukça invaziv girişimler gerektirmektedir.
Bu çalışmada dolgu materyalinin scroll bölgesinin

destabilizasyonu gidermesi sonucu hava yolunda rahatlama sağladığı kanaatindeyiz. Çalışmamızda uygulama öncesi ve sonrası nazal hava akımlarının objektif verilerle değerlendirilerek (nazal air flowmetri, MR) daha objektif veriler sunmak için çalışmalarımız devam etmektedir. Dolgu materyallerinin geçici etkilerinin olması ve dolgu materyaline göre değişmekle birlikte ortalama olarak 2-3 yılda bir tekrar edilmesi gerektiği ise çalışmanın zayıf yönünü oluşturmaktadır. Ancak daha önce opere olmuş ve invaziv yöntem istemeyen hastalarda, genel anestezi gerektirmemesi ve muayenehanede yapılabilmesi nedeniyle tercih sebebi olabilir.

Kaynaklar: 1. Toriumi DM, Josen J, Weinberger M, Tardy Jr. E: Use of alar batten grafts for correction of nasal valve collapse. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 123:802-808,199 2. Grymer LF, Gregers-Petersen C, Baymler Pedersen H. Influence of lateral osteotomies in the dimensions of the nasal cavity. Laryngoscope. 1999 Jun;109(6):936-8. 3. Grymer LF. Reduction rhinoplasty and nasal patency: change in the cross-sectional area of the nose evaluated by acoustic rhinometry. Laryngoscope. 1995 Apr;105(4 Pt 1):429-31.

SS-044
Lazer lipolizin nipple-areola kompleksine etkileri

Reşit Burak Kayan, Selma Sönmez Ergün, Mustafa Ekrem Güleş, İsmail Melih Kuzu
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul

Amaç: Jinekomasti erkeklerde en sık görülen meme patolojisidir. Jinekomasti düzeltimi için çok sayıda cerrahi girişim yöntemi olmasına rağmen son zamanlarda açık tekniklerden lazer lipoliz gibi minimal invazif yöntemlere kayış eğilimi gözlenmektedir (1,2,3). Bilateral jinekomastisi olan ve 980-nm diod lazerle lipoliz yapılarak tedavi edilen 25 olguda lazer lipolizin nipple-areola kompleksi (NAK) üzerindeki etkileri araştırıldı. Lazer lipolizin nipple-areola kompleksinin vertikal ve horizontal çaplarını belirgin olarak azalttığı, meme hacimlerinde belirgin azalmaya neden olduğu ve meme derisinde belirgin sıkılaşmaya neden olduğu gözlendi.

Gereç-Yöntem: Yaşları 18 ila 33 arasında değişen (ort. yaş: 24.6) 25 hasta bilateral jinekomastia nedeniyle lazer lipoliz yöntemiyle tedavi edildi. Klinik muayene sonrası jinekomastiyi oluşturabilecek patolojileri ekarte edebilmek için çeşitli labaratuar testleri ve meme ultrasonları yapıldı. Meme ultrasonu sonuçlarına göre 12 olgu yağlı, 8 olgu bezsel ve 5 olgu karma tip olarak gruplandırıldı. Simon sistemine göre 9 olgu klas 2A, 13 olgu klas 2B ve 3 olgu klas 3 olarak sınıflandırıldı. Olgularımızda ortalama vücut kitle indeksi 27.6 olarak hesaplandı. NAK'ların hangi şekle sahip oldukları kaydedildi. NAK ya da meme asimetrisi bulguları kaydedildi. Ameliyat öncesi ve sonrasında klavikula ortası-meme başı, supraklavikular çentik-meme başı, sternum ortası-meme başı horizontal mesafeleri ile göğüs çevresi ölçümleri yapıldı. NAK'ların yatay ve dikey çapları ölçüldü. Analyzemath bilgisayar programı kullanılarak NAK alanları hesaplandı.

Ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafları iki hekim tarafından değerlendirildi.

WHOQOL test (Dünya Sağlık Örgütü Hayat Kalitesi Testi) hastalar tarafından doldurduldu. Hastaların ayakta işaretlemeleri yapıldı. Genel anestezi altında işaretlenen bölgeye Klein solüsyonu verildikten sonra 30 dakika beklenip 3 mm'lik insizyonlarla girilip 980 nm'lik diod lazer 12W güçle, 100 ms atış sıklığı ile önce derin plandan başlayıp yüzeyel plana doğru ve özellikle gland ağırlıklı noktalara, meme başına toplamda 10-12 kJ olacak şekilde uygulandı. Yüzeyel plana geçiş yapıldığında ciltte olası termal hasarı önlemek için +4 C deki izotonik solusyonla meme yüzeyi dışarıdan sürekli olarak yıkandı. Ardından 1 bar negatif basınca sahip aspiratörle her iki memeye aynı insizyonlardan «liposuction» yapıldı. Sonrasında cilt retraksiyonunu arttırmak için 6W gücü, 100 ms atış sıklığı ile her memeye 3 kJ olmak kaydıyla tekrar diod lazer uygulandı. Hastalara dren konulmadı, tensoplast uygulandı. Postoperatif 1.,3. ve 12. saatlerde görsel ağrı skalasına bakıldı.

Olgular birer aylık aralarla 6 ay izlendi (Resim 1a,b; Resim 2a,b,c).

Yukarıda sözü edilen tüm ölçümler postoperatif 6. ayda tekrarlandılar. Tüm veriler paired t-test kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. Tüm ölçüm verilerinde preoperatif değerlere göre postoperatif değerlerde ileri derecede anlamlılık gösteren düzelmelerin olduğu görüldü (p: 0.000) (Tablo 1).

Tartışma: Normal göğüs konturlarını restore etmek, göğsün her iki yarısında simetriyi sağlamak, NAK pozisyonunu düzelmek, NAK boyutlarını küçültmek, meme altı kıvrımını-cilt fazlalığını gidermek ve bu işlemleri en az nedbe oluşturarak yapabilmek jinekomasti ameliyatlarının amaçlarını oluşturmaktadır (3).

1990'larda Apfelberg'in kullanımıyla başlayan lazerle tedavi yöntemi giderek çeşitli lazerlerin kullanımıyla ((CO2 lazer, Nd:YAG lazerler (1.064-nm and 1.064-/1.320-nm) and diode laser) yaygınlık kazanmıştır (3).

Çalışmamızda kullanılan 980-nm diode lazerin enerjinin emilimi sonucu oluşan termal etkiyle hücre zarlarının kolayca patlatılması, devamlı dalga emisyonu ve yüksek güç kullanımı nedeniyle yağlı alanlarda yararlı olması, işlemin güvenilir ve tekrarlanabilir olması, cerrahi yaralanma ve kanamanın yüksek lazer enerjisi kullanılması nedeniyle az olması, doku retraksiyonunu ve ciltte sıkılaşmayı sağlaması, kullanılan aletin2 mm çapta olması nedeniyle az nedbe bıraktırması ve drenaja gerek duyulmaması gibi bir çok avantajları vardır (3).

Bu yöntemin meme bezini koagüle etmek için uzun zaman gerektirmesi, koagülumun aspire edilmesine gerek duyulması, lazerin termal etkisinin homojen olmaması, aletin pahalı olması ve yavaş öğrenilmesi gibi dezavantajları vardır (4).

Geleneksel liposuction ve eksizyonel yöntemlerle de göğüs çevresinde ve NAK'da küçültme sağlanabilirse de bu yöntemlerin göreceli olarak daha az cilt kontraksiyonu oluşturması gibi bir handikapları vardır. Oysa çalışmamızda da gösterildiği üzere lazer lipolizle NAK alanlarında ve göğüs çevresi ölçümlerinde azalma ileri derecede anlamlı olmaktadır (p: 0.000)(2).

Olgularımızda ameliyat esnasında ikinci kez işlemin tekrarlanmasının NAK'nin normal boyutlara gelmesini ve ciltte elde edilen sıkılaşmayı arttırdığı düşünüldü (5).

Sonuç: Llazer lipoliz jinekomasti tedavisinde etkisini uzun sürdürmesi, iyileşmenin hızlı olması, daha az nedbeye yol açması ve hasta memnuniyetinin iyi olması nedeniyle seçilebilecek güvenli bir cerrahi işlemdir.

Kaynaklar:

1. de Barros ACSD, de Castro Mouro Sampaio. Gynecomastia: physiopathology, evaluation and treatment.

Sao Paulo Med J 2012;130:187-97.

2.Blugerman G, Schalvezon D, Mulholland RS,Soto JA, Siguen M. Gynecomastia treatment using radiofrequency-assisted liposuction (RFAL). Eur J Plast Surg 2013;36:231-6.

3.Trellas MA, Morden SR, Bonand E, Moreno Morage J, Heckmann A,Unglaub F, Betrouni N, Leclere FM. Laser-assisted lipolysis in the treatment of gynecomastia: a prospective study in 28 patients. Laser Med Sci 2013;28:375-82.

4. Fakhouri TM, El Tal AK, Abrou AE, Mehregan DA, Barone F. Laser-assisted lipolysis: a review. Dermatol Surg. 2012 Feb;38:155-69.

5. Beer GM, Budi S, Seifert B, Morgenthaler W, Infranger M, Meyer VE. Configuration and localization of the nipple-areola complex in men. Plast Reconstr Surg 2001;108:1947-52.

Resim 1a,b



a,b: Olgunun preoperatif ve postoperatif 7. ayındaki görünümleri

Resim 2a,b



a,b:Sağ nipple-areola kompleksinin preoperatif ve postoperatif 7. aydaki görünümleri

Tablo 1

	MEAN ± STANDART DEVİATİON	p
NAC 1R NAC1/R NAC2R NAC2/R	559,67 ± 120,17 409,31 ± 77,49	0,000
NAC1L NAC1/L NAC2L NAC2/L	558,38 ± 119,93 407,27 ± 85	0,000
HOR1R HOR1/R HOR2R HOR2/R	28,16 ± 2,304 24,2 ± 1,803	0,000
HOR1L HOR1/L HOR2L HOR2/L	28,04 ± 2,245 24,08 ± 2,06	0,000
VERT1R VERT1/R VERT2R VERT2/R	25,2 ± 4,472 21,48 ± 3,242	0,000
VERT1L VERT1/L VERT2L VERT2/L	25,24 ± 4,493 21,5 ± 3,5355	0,000
MN1R MN1/R MN2R MN2/R	21,58 ± 0,8781 20,94 ± 0,9152	0,000
MN1L MN1/L MN2L MN2/L	21,62 ± 0,7472 20,94 ± 0,6813	0,000
MSLN1R MSLN1/R MSLN2R MSLN2/R	11.69 ± 0.568 11.55 ±0.474	0,001
MSLN1L MSLN1/L MSLN2L MSLN2/L	11,74 ± 0,5694 11,6 ± 0,5008	0,001
CT1 CT2	113,12 ± 6,99 99,72 ± 5,496	0,000

paired t-Test

SS-045
Free Nipple Meme Küçültme Tekniğinde Deepitelize Uzatılmış Modifiye Star Fleple Nipple Projeksiyonu Sağlanması

Ebru Şen Mercan[1], Aslı Datlı[2], Murat Bozkurt[3]
[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, Kars
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Istanbul
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya

Amaç: Free nipple küçültme mamoplastisi, gigantomastisi olan hastalarda, pediküllü hiçbir meme küçültme prosedürünü içermeyen yöntemdir. Thorek tarafından 1921 de tanımlanan teknik, birçok yazar tarafından geliştirilmiş ve modifiye edilmiştir. Fakat hala nipple da parsiyel ya da total nekroz, projeksiyon kaybı ve his kaybı gibi problemler devam etmektedir. Memenin doğal kıvrımındaki nipple ın yeni yeri nihai estetik sonuç için çom önemlidir. Nipple da geç dönemde meydana gelen projeksiyon kaybı için birçok yöntem tanımlanmıştır. Bunlar double opposing flep, balık kuyruğu flep, C-V flep, diamond double flep, V-Y flep, spiral flep, star fleptir. Ayrıca projeksiyon için kıkırdak, kemik, yağ ve hidroksiapatit kristalleri gibi birçok materyal de kullanılmıştır. Çalışmamızda kullandığımız basit dermofat flep tekniği ile, uzun ömürlü sonucu öngörülebilir ve devamlı olan nipple projeksiyonunu korumayı amaçladık.

Materyal-Metod: 03 Ocak 2013 ile 07 Temmuz 2015 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği ile Kafkas Üniversitesi

Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD ve Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'na meme küçültme isteği ile başvuran 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarin tamamı ilk kez opere olacak olan, free nipple küçültme mamoplastisi uygulanacak hastalardı. Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. Proflaksi için 1 saat önce 1. kuşak sefalosporin grubu antibiyotik tedavisi uygulandı. Cerrahi Teknik: Tasarladığımız flep, star flebe benzer olup tasarlanma biçimi tek pedikül üzerinden yapılan diseksiyon yerine 3 ayrı flebin birleşiminden oluşmaktadır. Bu sayede tek pedikül üzerinden kaldırılmayan fleplerin kan desteğini artırarak, geç postoperatif dönemde ki atrofiyi minimale indirmeyi amaçladık. Deepitelize star flebin ortada yer alan, pedikülün devamı olan 1 cm2 lik kısmı tabandan diseke edilmeyip, laterallerde yer alan 1 cm2 lik flepler ve vertikal uzunluğu 2 cm tasarlanan 2 cm2 lik vertikal flep birbiri üzerine katlanarak nipple tümseği oluşturuldu. Inceltilen nipple-areola kompleksi grefti adapte edilerek, immobilize edildi (Resim 1, Resim 2).

Bulgular: Çalışmada yer alan 12 hastanın 10 (%83.3) unda nipple tümseği varlığını sürdürdü fakat projeksiyonda azalma görüldü. Ortalama operasyon süresi 3.08 saatti (3-5 saat). Ortalama takip süresi 21.8 aydı (4-31 ay). 2 (%16.6) hastada ise yara iyileşme gecikmesine bağlı geç dönem projeksiyon total kaybı görüldü. Hastaların tamamında nipple-areola kompleksinde depigmente alanlar izlendi (Resim 3).

Sonuç: Biz bu çalışmayla, free nipple küçültme mamoplastisi tercih etmek zorunda kaldığımız vakalarda, his kaybına çözüm üretemesek de, kadın seksüel karakterinde önemli yeri olan meme ve NAC in devamlılığını sağlayarak, daha kabul edilebilir estetik sonuçlar elde ettik. Tüm bunlar ışığında nipple da meydana gelen atrofi hesaba katılarak daha büyük tasarlanılacak fleplerle, geç dönemde meydana gelecek projeksiyon kaybının olumsuz sonucundan kaçınılabilir.

Resim 1



Yeni nipple yerinin belirlenmesi ve flebin tasarlanması

Resim 2



Modifiye star flep diseksiyonu, uygulanmasi, nipple-areola grefti adaptasyonu ve postoperatif erken dönem

Resim 3



Postoperatif uzun dönem sonuç örnekleri

SS-046
Kepçe kulak deformitesi düzeltilmesinde sütür ve perikondrioadipodermal flep tekniği kombinasyonunda deneyimlerimiz

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ekrem Ramazan Keskin, Hasan Büyükdoğan, İhsan Türkmen, Erinç Evrensel
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Kepçe kulak deformitesi, otozomal dominant geçiş gösteren bir deformitedir. İnsidansı yaklaşık %5 olarak bildirilmektedir. Konkanın aşırı gelişmesi ve antiheliksin çok az gelişmesi ile karakterizedir.1 Yüzün görülen kısmında yer aldığı için okul çağındaki çocuklarda psikolojik problemlere yol açabilir.2 Bu nedenle erken cerrahi tedavi gerekliliği ortaya konulmuştur. Bildirilen ilk cerrahi yaklaşım 1845

yılında Dieffenbach'a aittir.3 Operasyon teknikleri konkaya yönelik, antiheliks oluşturan ve lobülü düzeltmeye yönelik tekniklerden oluşur.

Olgu Sunumu: Kliniğimizde 2009-2015 tarihleri arasında kepçe kulak deformitesi nedeniyle opere edilen 47 hastanın 91 kulağı değerlendirildi. Hastaların yaşları 6-37 arasında değişmekteydi. Cerrahi öncesi anormal görünüme sebep olan anatomik yapılardan konkaskafoid açı, antiheliksin varlığı veya yokluğu, lobüler yapının pozisyonu, konkal derinlik ve aurikülanın büyüklüğü analiz edildi. 23 hasta genel, 24 hasta sedoanaljezi altında opere edildi. Lokal anestezik uygulanmadan önce antiheliks olarak belirlenen bölge metilen mavisi ile işaretlendi. Aurikulanın posterior kısmından retromandibular sulkusa 1cm'den fazla yaklaşılmadan eliptik cilt adası dezepitelize edildi. Elevatör yardımıyla perikondrioadipodermal flep eleve edildi. Bunu takiben horizontal matriks sütürler ile antiheliks oluşturuldu. Konkamastoid açının artmış olduğu olgularda konkamastoid sütür konuldu. Konkal hipertrofi varlığında konkal eksizyon tekniğe ilave edildi. Perikondrioadipodermal flep mastoid periostuna sütüre edildi. Tüm olgularda ameliyat sonrası 2.gün sargılar açıldı ve yara yeri değerlendirildi. Baskılı pansumana 1 hafta devam edildi. Sonrasında 4 hafta boyunca tenisçi bandajına devam edildi. 47 hastanın 1'inde erken dönem, 2'sinde geç dönem komplikasyon gelişmiştir. (1 hastada hematom, 2 hastada kısmi nüks görülmüştür). Hastaların ortalama takip süresi 3 yıldır (2-4 yıl).

Tartıma ve Sonuç: Kepçe kulak deformitesi, yüz estetiğinde önemli bir yer kaplar. Her hastada farklı şekilde presente olabilen bir deformite olduğu için; öncelikle anatomik problemin nerede olduğu belirlenmelidir. Operasyon teknikleri lobül, konka ve antihelikse yönelik olup bunların kombinasyonlarını içerebilir.4 Cerrahi girişimler anterior ve posterior yaklaşım olarak ikiye ayrılır. Anterior yaklaşımda revizyon gereksinimi ve sütur ekspozisyonu posterior yaklaşıma göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.5 En sık kullanılan teknik 1968 yılında Furnas'ın tanımladığı tekniktir. Bu teknikte kulak posterioru açılmakta ve mastoid periostu ve konkal kıkırdağa kalıcı sütürler konulmaktadır.6 Kepçe kulak hastalarında en sık görülen deformite antiheliks yokluğudur. Stenström tarafından kartilaj zayıflatma tekniğini tariflemiştir. Bu yöntemde antihelikse abrazyon yapılarak antiheliks oluşumu sağlanmaya çalışılmıştır. Bir başka yöntem konkal kartilajdan eksizyon yapılarak küçültme ve şekil verme yöntemidir; ancak bu yöntemlerin komplikasyon oranı sütür tekniklerine göre daha yüksek bulunmuştur.7 Diğer bir yöntemde Mustarde'nin matriks sütür ile antiheliks oluşturulması tekniğidir. Vakalarımızda; kombine teknik kullanılarak öncelikle antihelikal kıvrımı oluşturulmuştur; takiben Furnas tekniğiyle konkomastoid sütür konulmasının ardından perikondrioadipodermal flep adaptasyonu yapılmıştır. Perikondrioadipodermal flep hem sütürleri kamufle etmeye yardımcı olmakta hem de konkamastoid repozisyonunu desteklemektedir. Literatür incelendiğinde kepçe kulak operasyonu sonrası komplikasyonlar erken ve geç dönem oluşan komplikasyonlar diye ikiye ayrılmıştır. Erken dönem hematom ve enfeksiyon en sık oluşan komplikasyondur.8 Çalışmamızda hematom olan 1 hastaya hematom boşaltılması uygulandı. Kısmi nüks olan 1 olgumuzda ise revizyon otoplasti işlemi uygulanmıştır. Otoplasti ameliyatlarında iyi cerrahi sonuç için uygun teknik seçimi ve cerrahi deneyim önemli yer kaplamaktadır. Her hastada deformite farklı şekilde görüleceğinden, deformiteye yönelik teknik seçilerek uygulanmalıdır. Aşırı invazif cerrahi prosedürler ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle sütür tekniğiyle otoplasti ameliyatlarını yapılması tercih edilmiştir. Kullandığımız perikondrioadipodermal flep tekniği ile sütür ekspozisyonu ve nüks riski önemli oranda azaltılmıştır.

post op 3. gün görüntüsü anterior



post op 3. gün görüntüsü posterior



SS-047
Konkal Redüksiyonda Alternatif Bir Yöntem: Omega Eksizyonu

Emin Kapı[1], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Adana Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana
[2]Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş; Kepçe kulak deformitesi, kulak kıkırdağının şekil, açı ve boyut açısından normal sınırların dışında kalması sonucunda gelişen bir durumdur. Bu deformiteye eşlik eden durumlar arasında antihelikal kıvrımın yokluğu ve konkal hipertrofi sayılabilir. Otoplasti sırasında bu iki patolojinin düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla kullanılan farklı yöntemler mevcuttur. Bu çalışmada, konkal redüksiyon sırasında uyguladığımız «Omega eksizyonu» tekniği sunulmaya çalışılmıştır.

Materyal ve Metod; Kliniğimize Haziran 2014-Ağustos 2015 tarihleri arasında kepçe kulak deformitesi nedeniyle başvuran 16 olgu çalışmaya alındı. Çalışmaya konkal hipertrofi bulunan olgular seçildi. 8 olgu kız, 8 olgu erkek idi. Olguların yaşları 8-24 yıl (ort; 15 yaş) arasında değişmekteydi. 6 olguda antihelikal kıvrım mevcuttu ve izole konkal hipertrofi bulunmaktaydı. 10 olgu sedasyon+lokal, 6 olgu genel anestezi altında opere edildi. Postauriküler eliptik insizyonla girilip cilt fazlalığı eksize edildi. Antiheliks ve konka tabanına kadar disseksiyon uygulandı. Gerekli olgularda antihelikal kıvırım oluşturuldu. Ardından konka tabanına omega şeklinde bir insizyon uygulandı. Kulak oksipital alana istenen miktarda yatırılarak, gerekli kıkırdak eksizyon miktarı belirlendi. Konkadan omega şeklinde eksizyon uygulandı. Kıkırdak sütüre edildi. Konkomastoid sütürler yerleştirildi. Cilt primer onarıldı.

Bulgular; Olguların operasyon sonrası erken ve geç dönem sonuçları tatmin edici düzeyde idi. Hiçbir olguda nüks gözlenmedi. Kıkırdağın insize edilen noktalarında, cilt yüzeyinde herhangi bir düzensizlik gözlenmedi.

Tartışma; Konkal redüksiyon sırasında kıkırdak eksizyonu uygulanan olgularda kıkırdağın ön tarafında kalan ciltte fazlalık ve buna bağlı katlantılar oluşabilmektedir. Kıkırdağın anterioruna yapılan disseksiyonlara rağmen yeterli re-drape etkisi bazen oluşmayabilir ve katlantı önlenemeyebilir. Uyguladığımız teknikte, antihelikal kıvrım seviyesinden yapılan kıkırdak eksizyonundan daha az miktardaki bir eksizyonla istenen sonuca ulaşmak mümkün olmaktadır. Buna bağlı olarak cilt fazlalığı riski de azalmış olmaktadır. Dolayısıyla daha doğal bir görünüm elde edilebilmektedir. Bununla birlikte, kulak tabanındaki kıkırdağın repozisyonu daha stabil bir etki oluşturup nüks riskini en aza indirmektedir. Uyguladığımız tekniğin konkal redüksiyonda alternatif ve kullanışlı bir seçenek olduğu kanaatindeyiz.

SS-048
Rinoplastide Alt Çeneye İmplant ve Yağ Enjeksiyonu Uygulamaları

İsmail Küçüker[1], İbrahim Alper Aksakal[2], Çağlayan Yağmur[1], Engin Yosma[1], Ahmet Demir[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Profil görünümünden memnun olmayan hastalar en çok rinoplasti istemiyle başvurmaktadır. Ancak iyi bir yan profil için rinoplasti her zaman yeterli olmamaktadır. Ocak–Ekim 2012 primer rinoplasti ameliyatı olan 100 ardışık hasta yumuşak doku antropometrik ölçümleri ile incelenmiş olup, hastaların yaklaşık yüzde ellisinin çene ucu ile ilgili referans değerleri dışında olduğu görülmüştür. Çene ucu ile ilgili en sık karşılaşılan kusur ise çene ucunun geride veya küçük olması durumudur. Çalışma Ocak 2014-Temmuz 2014 ayları arasında yapılan 228 primer rinoplasti hastasında gerçekleştirilmiştir. Preoperatif olarak hastaların Legan açıları ölçülmüş olup, referans değerlerinden daha yüksek Legan açısı olan hastalara gerilik düzeyine göre çene ucuna implant veya yağ enjeksiyonu ile çene ucu büyütme veya öne alma operasyonları planlanmıştır. Operasyon önerilen hastalardan 37 tanesi rinoplasti beraberliğinde çene ucu ile ilgili ek cerrahi müdahaleler kabul etmiştir. Bu hastaların 7 tanesine medpor implant (Küçük ve orta boy implantlar), 30 tanesine ise yağ enjeksiyonu (4-7cc arasında, ortalama 4.7 cc) ile çene ucu büyütme ameliyatları gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde orta boy Medpor implant konulan hastalarda Legan açısının ortalama 12 derece, küçük boy implant konulan hastalarda ise ortalama 8 derece azaldığı görülmüştür. Yağ enjeksiyonu yapılan hastalarda ise yapılan ortalama yağ enjeksiyonu miktarı 4.7 cc olup, bu enjeksiyonlar sonrasında postoperatif 6. ayda Legan açıcının ortalama olarak 5.1 derece azalttığı belirlenmiştir

Sonuç olarak rinoplasti beraberliğinde cene ucu müdahalelerine ihtiyaç duyulabilmektedir. Çene ucunun öne alınması gereken durumlarda cerrahi öncesi çeşitli açı ölçümleri yapılarak geriliğin düzeyi belirlenebilmektedir. Geriliğin yüksek olduğu durumlarda çene ucu implantları kullanılabilirken, daha az gerilik olan durumlarda ise yağ enjeksiyonları implantlara ihtiyaç duyulmaksızın kozmetik düzeltme sağlayabilmektedir

SS-049
Sekonder Rinoplasti Hastalarında Endonasal Yaklaşımla Nasal Form Ve Fonksiyonu Düzeltmede Spreader Greftlerle Desteklenen L Şekilli Kostal Kıkırdak Greft Ve Turkish Delightın Kombinasyonu

Nuh Evin, Mehtep Karameşe, Şeyda Güray, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüksiyon Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Kıkırdak greftler rinoplasti cerrahisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Greft kaynağı olarak genellikle burun septumu, kulak kanka kıkırdağı ve kostal kıkırdaklar kullanılmaktadır. Rezerv septum kıkırdağı olmayan sekonder rinoplasti planlanan hastalarda kosta kıkırdağı iyi

bir kaynaktır. Bu çalışmada spreader gretle desteklenmiş kostal kıkırdak kaynaklı L şekilli strut greft ile birlik kıyılmış kıkırdak kombine edilen kapalı teknik sekonder rinoplasti hastaları dorsal augmentasyon ve internal nasal valv fonksiyonu yönünden retrospektif olarak araştırılmıştır.

Materyal Ve Metod: 2010-2015 yılları arasında opere edilen 25 sekonder rinoplasti hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsinde kıkırdak kaynağı 6. ve 7. kosta ile sternum birleşim bölgesinden elde edilen kostal kıkırdaktı. Kıkırdak greftlerden L şekilli strut greft ve spreader greftler elde edildi. Kalan kıkırdak parçaları loop büyütme altında 11 numara bistüri ile 0.3-0.5 mm ebatlarında küp şeklinde kıyıldı. Tüm burunlara lokal anestezi infiltrasyonu sonrası kapalı teknikle girildi. Transfiksiyon ve inter kartilajinöz insizyonlar kullanılarak kemik-kıkırdak çatı ve deri yumuşak doku kılıfı arasındaki fibröz yapışıklıklar özenle serbestlendi. Alt lateral kıkırdakların(ALK) medial crusları ile caudal septum arasında L strut greftin kolumellar ayağı için,üst lateral kıkırdakla (ÜLK) dorsal septum arasında ise L strut greftin dorsal ayağı için yeterli cep oluşturuldu. L strut greftin dorsal ayağına spreader greftler 5.0 PDS ile matris sütüre edildi ve oluşturulan ceplere yerleştirildi. Kolumellar ayak transfiksiyon sütürü ile sabitlenirken, spreader greftli dorsal ayak ÜLK lara horizontal matrisle sütüre edildi. Surgicele sarılmış kıyılmış kıkırdak burun dorsumuna serilerek external olarak şekillendirildi. Tüm insizyonlar 4.0 vikril ile sütüre edildi. Nasal spongiostan tampon ve atel uygulandı. Ameliyat sonrası 3. günde tamponlar, 10. günde alçı çıkarıldı ve 2. hafta, 1. ay 3. ay 6. ay ve 12. ay ve kontrollerinde değelendirildi.

Sonuç: 25 hastanın 15 tanesi bayan, 10 u erkekti. Yaşları ortalaması 28 di(23-35). Hastaların hepsi burun şeklinden ve fonksiyonundan şikayetçiydi. Tüm hastaların ameliyat öncesi paranasal tomografisi çekilerek septum, internal nasal valv(İNV), nazal kemikler değerlendirildi. Hastaların 23 ünde İNV açısı 10 derecenin altındaydı.İNV açısı normal olan ve konkal hipertrofisi olan 2 hastaya sadece spreader greftler yerine konkalara radyofrekans uygulandı. Ameliyat sonrası erken dönemde 4 hastada dorsal açılanma olduğu görüldü, sadece nasal masajla 3 hastada düzelme sağlandı. 1 hastada kalıcı olan açılanmaya 1. yılda revizyon planlandı. Ameliyat öncesi fotograflarla kıyaslandığında hiçbir hastada kıkırdak resorpsiyonu görülmedi, kıkırdak greftlerin hacimlerini sürdürdüğü görüldü. Ameliyat sonrası 1 yılda estetik memnuniyet oranı %96 idi. Hastaların 22 sinde fonksiyonel anlamda rahatlama sağlanırken 3 hastada yeterli rahatlama sağlanamadı. Fonksiyonel memnuniyet oranı %88 idi.

Tartışma: Kıyılmış kıkırdak bir çok ötor tarafından kullanılmıştır. O.Erol tekniği ilk tarifleyen olup kıyılmış kıkırdağı surgicele sarıp nasal dorsum düzeltmede kullanmıştır ve türk lokumu olarak adlandırmıştır..Kolay manipule edilmesi, otolog olması, iyi revaskülarize olup stabil kalması nedeniyle kıyılmış kıkırdak çok kullanışlıdır. Bu çalışmada spreader greft destekli L strut grefti ile İNV açısını ve dorsum projeksiyonunu arttırmak, kıyılmış kıkırdak ile de hem dorsum augmentasyonuna katkı sağlamak hem de dorsumdaki düzensizlikleri maskelemek amaçlanmış ve başarılı olunmuştur.

SS-050
Sıçanlarda Kas İçi Yağ Enjeksiyonu Sonrası Kas Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Asuman Özel[1], Ahmet Cemal Aygit[1], Funda Aköz Saydam[1], Barış Baslo[2], Elif Kocasoy Orhan[2], Ergun Bozdağ[3], Ümit Seza Tetikkurt[1]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Teknik Üniversitesi, Makine Mühendisliği, İstanbul

Giriş: Son yüzyılda otojen yağ greftleri gerek rekonstrüktif gerekse estetik amaçlı geniş kullanım alanı bulmuştur. Yağ greftlerinin alıcı sahadaki sağ kalımını artırmak için kas içi planın tercih edildiği yağ doku transplantasyonları günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır. Plastik cerrahide özellikle estetik amaçlı meme, yüz, kalça, uyluk ve pektoral bölgelere yağ grefti uygulamaları yapılmaktadır. Ancak kas içi planın tercih edildiği bu tür girişimlerin kas fonksiyonlarına olan etkileri bilinmemektedir. Çalışmamızda; kas içi planlara yapılan yağ enjeksiyonlarının kasın fonksiyonlarına olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem-Gereç: Çalışmada 350-500 gram ağırlığında 28 adet erişkin erkek Sprague-Dawley cinsi sıçan kullanıldı. Randomize olarak 3 grup oluşturuldu. 1. grupta (Deney grubu) sıçanın sol inguinal yağ yastıkçığından blok halinde alınan yağ grefti küçük parçalara ayrıldı ve 0,3 cc'i kanül ile sağ gastroknemius kası içine ışınsal tarzda çok tabakalı olarak enjekte edildi (n:12). 2. grupta (Taklit grubu) kanülün travmatik etkisini görmek amacıyla kanül ile sağ gastroknemius kası içine farklı katmanlara penetrasyon uygulandı (n: 8). 3. grupta (Deney kontrol grubu) 0.3 cc serum fizyolojik aynı ebatta kanül ile sağ gastroknemiusa kas içi katmanlara ışınsal tarzda enjekte edildi (n: 8). Bütün grupların her iki gastroknemius kasları hem motor ileti incelemeleri hem de biyomekanik incelemeleri için kullanıldı. Sıçanlara cerrahi sonrası 1. ay ve 3. ay motor ileti incelemeleri yapıldı. Cerrahi sonrası 3. ay da sakrifiye edilen sıçanların kasları için biyomekanik değerlendirme yapıldı. Her gruptan rastgele seçilen birer adet sıçan gastroknemius kasları histopatolojik örnekleme için kullanıldı. Motor ileti incelemesinde cerrahi sonrası 1. ay ve 3. ay sol gastroknemius kası ile ve gruplar arası birleşik kas aksiyon potansiyeli (BKAP) amplitüd değerleri kıyaslaması yapıldı. Biyomekanik değerlendirme için ise sol gastroknemius kası ile ve gruplar arası MTS 858 Mini Bionix II üniversal test makinesi ile kasa 5mm/dak. ve 10 hz. frekansta çekme kuvvet uygulandı. Elde edilen temel güç - gerilme eğrilerinden kopma anındaki yük ve deplasman miktarları hesaplandı. Elde edilen değerler standart sapma ve ortalama hesaplamalarının yanı sıra Kruskal Wallis, Dunn's çoklu karşılaştırma, Wilcoxon testi gibi istatistiksel yöntemlerle kıyaslandı. Sonuçlar, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Sonuçlar: Motor ileti incelemesinde grup 1, grup 2, grup 3' ün cerrahi sonrası 1. ve 3. ay işlem gören taraf BKAP amplitüd ortalamaları ve aynı şekilde sol taraf gastroknemius kaslarının BKAP amplitüd ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p:0,154, p:0,880, p:0,914, p:0,121). Biyomekanik değerlendirmede ise grup 1, grup 2, grup 3'ün işlem tarafı ve sol taraf gastroknemius kasları güç ve deplasman ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. (p: 0,069, p: 0,932, p: 0,914, p: 0,121).

Çıkarımlar: Yaptığımız deneysel çalışmada elde ettiğimiz motor ileti ve biyomekanik incelemele sonuçlarına göre, kas içi yağ enjeksiyonlarının fonksiyonel olarak herhangi bir değişikliğe yol açmadığına saptadık. Elde ettiğimiz bu sonuçlarla, genellikle estetik amaçlı olarak klinik kullanımında olan kas içi yağ enjeksiyonlarının gerek fonksiyon kaybına yol açmaması gerekse de yağ grefti sağ kalım oranlarının diğer planlara göre daha yüksek olduğunun bilinmesi nedeni ile güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

SS-051
Botulinum Toksin Kullanımının Hyaluronik Asit İçerikli Dolguların Kalıcılığına Etkilerinin Araştırılması

İsmail Küçüker[1], İbrahim Alper Aksakal[1], Ahmet Veysel Polat[2], Murat Sinan Engin[1], Engin Yosma[1], Ahmet Demir[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.D.

Hyaluronik asit içerikli dolgular yüzde hacimsel kayıpların yerine konmasında, Botulinum Neurotoksin Tip-A ise yüzdeki dinamik kırışıklıkların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Hyaluronik asit içerikli dolgularla ilgili temel şikayet dolguların erken rezorbe olmasına bağlı kısa dönemde tekrar yaşanan hacim kayıplarıdır. Özellikle kas hareketlerinin yoğun olduğu glabella bölgesinde yapılan dolgular klinik olarak daha hareketsiz alanlardaki dolgulara oranla daha erken erimektedir. Bu çalışmanın amacı Botulinum Nurotoksin tip-A (BoNT-A) kullanarak bir alanda kas hareketlerinin durdurulmasının hyaluronik asit içerikli dolguların erime sürecine olan etkilerinin araştırılmasıdır. Çalışma OMÜ Deney hayvanları laboratuvarında yapılmıştır. Toplam sekiz tavşanın sol kulaklarına anterior auriküler kasa botulinum neurotoksin uygulanarak sol kulaklarının mobilitesi kısıtlanmıştır. Botoks uygulamasından br hafta sonra her iki anterior auriküler kaslar üzerine orta hattın lateraline sağlı sollu 0.60'ar cc hyaluronik asit içerikli yumuşak doku dolgusu uygulanmıştır. Bu dolgu modeli ile insanlardaki glabellar bölge dolgu uygulaması taklit edilmiştir. Dolgu uygulamasından üç gün sonra MR ile başlangıç dolgu hacimleri ölçülmüş olup, botulinum neurotoksine bağlı kas felcinin sona erdiği üçüncü ayda MR ölçümleri tekrar edilmiştir. Ortalama başlangıç dolgu hacimleri sedate dolgu ve botulinum neurotoksinle combine dolgu yapılan sahalarda bender şekilde 0.61 cc oral ölçülmüştür. Bu ölçümlerde gruplar arasında anlamlı fark yoktur. (p=0.735). Üçüncü ayın sonunda ise sadece dolgu yapılan alanda eriyen dolgu hacmi 0.33 cm3 iken, BoNT-A ile kombine dolgu yapılan alandaki ortalama eriyen hyaluronik asit dolgu hacmi 0.19 cm3 olarak bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p=0.001). Kalan dolgu miktarları incelendiğinde ise adece dolgu yapılan alanda kalan dolgu hacmi 0.28 cm3 iken, BoNT-A ile kombine dolgu yapılan alandaki ortalama kalan hyaluronik asit dolgu hacmi 0.42 cm3 olarak bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p<0.001) Sonuç olarak glabella gibi hareketli alanlarda hyaluronik asit dolgularının tek başına kullanılmasına oranla, BoNT-A ile kombine edilmesi dolgunun erime sürecinin yavaşlatarak dolguların etki süresini uzatabilmektedir

SS-053
Asimetrik nazal kemikli burunlarda kemik rezeksiyonu nereden yapılmalı?

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

Giriş: Burun; yüzün merkezinde, güzellik ve çekicilik göstergesi olarak görülen, deformite olması halinde kişinin yetersizlik duygusuna kapılmasına neden olabilen bir organdır. Fonksiyonel sorunların düzeltilmesi haricinde estetik görünümün değişmesi amacıyla rinoplasti yapılabilir. Asimetrik nazal kemikli burunda görülebilen olası problemler; kemikte asimetri, eski kırık hattı, septum deviasyonu, hump, vomerde kırık, hipertrofik konkadır. Nazal kemiklerdeki asimetri unilateral osteotomi, medial oblik osteotomi, transvers osteotomi, low-to-low lateral osteotomi ve çift seviyeli lateral osteotomi gibi farklı osteotomi teknikleriyle düzeltilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte uzun taraf tabandan kemik rezeksiyonu ve asimetrik (oblik) hump rezeksiyonu da tanımlanmıştır. Her iki tekniğin başarıyla uygulandığını bildiren pek çok çalışma olmasına rağmen literatürde bu iki tekniği karşılaştıran bir çalışmaya rastlamadık.

Bu çalışmada nazal kemikleri asimetrik olan hastalarda kemik rezeksiyonunun uzun taraf tabandan ve üst taraftan alındığı iki farklı teknik, hasta ve cerrahın beğenisi, estetik sonuçlar, komplikasyonlar ve sekonder cerrahi açısından karşılaştırıldı. Ayrıca bir plastik cerrahın yaptığı rinoplastiye başka plastik cerrahların bakış açısı değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntem: 2010-2015 yılları arasında burunda şekil bozukluğu şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastalardan nazal kemik asimetrisi bulunanlar çalışmaya alındı. Hastalar rastgele randominizasyon yöntemiyle uzun taraf nazal kemik tabandan (Grup 1) veya üst taraftan (Oblik asimetrik) kemik rezeksiyon tekniği uygulananlar (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki gruptaki hastalar nazal kemik asimetrisi <0.5cm ve >=0.5cm olanlar olmak üzere iki alt gruba paylaştırıldı. Travma veya daha önce cerrahi öyküsü, septum deviasyonu varlığı, sekonder cerrah ve greft kullanımı ile hasta ve cerrah memnuniyeti postoperatif 12.ay ayrı ayrı değerlendirildi. Ayrıca randominizasyon hakkında bilgisi olmayan 3 farklı plastik cerrah ile 3 farklı plastik cerrahi hemşiresi postoperatif 12.ay fotoğraflarından cerrahi sonucu beğenileri ve sekonder cerrahi gerekip gerekmediğine dair değerlendirme yaptı. 3 farklı plastik cerrah ve 3 farklı plastik cerrahi hemşiresinin beğeni oranları ortalaması alındı. Plastik cerrahlara ayrıca beğenmediği hastaların kaçına sekonder cerrahi yapacağı soruldu.

Bulgular: 166 hastanın (99 kadın-67 erkek) ortalama yaşı 34 (18-57) idi. Hastaların 36'sı daha önce cerrahi geçirmişti. Hastaların 96'sında nazal kemik asimetrisi <0.5cm ve 70'inde asimetri >=0.5cm idi. Grup 1'de %2.4 (2/83), grup 2'de %6.02 (5/83) hastaya sekonder cerrahi yapıldı. Memnun olup 2.ameliyat istemeyen hasta sayısı 160 (%96.38), 3 plastik cerrahi hemşiresinin beğenip sekonder cerrahi gerekmediğini belirttiği hasta sayısı ortalama %95.78 (159/166), 3 plastik cerrahın beğenmediği hasta sayısı ortalaması %23.49 (39/166), 'Sonuç kabul edilebilir, sekonder cerrahiyi ben olsam yapmam' cümlesine olumlu cevap verdiği hasta sayısı ise %10.24 (17/166) idi. Cerrahın memnun olmadığı hasta sayısı 33 (%19.87) idi. Cerrahın memnun olmadığı hastaların çoğunluğu %63.63 (21/33) asimetrisi>=0.5 cm olup üstten kemik rezeksiyonu yapılan hastalardı. Nazal kemik asimetrisi <0.5 cm olan hastalarda üstten veya alttan kemik rezeksiyonu ve asimetri >=0.5 cm olan hastalarda alttan kemik rezeksiyonu başarılıydı (Resim 1-3).

Tartışma: Rinoplasti sonuçları hasta-hasta yakını ve cerrah açısından farklı değerlendirilebilir. En ideal sonuç hem hasta hem cerrahın memnun kaldığı durumdur. Bununla birlikte operasyonu yapmayan cerrah yapılan rinoplastinin sonucunu

işlemi gerçekleştiren cerrahtan farklı değerlendirebilir. Çalışmamızda hasta ve plastik cerrahi hemşiresinin cerrahi sonucu beğendiği hastaların %16.35'inde (26/159) rinoplastiyi yapan cerrahın sonucu beğenmediği ve sekonder cerrahi yapılabileceğini düşündüğü belirlendi. Bununla birlikte postoperatif fotoğrafları değerlendiren ilgili branş uzmanları hastaların ortalama %23.49'unda sonucu beğenmediğini ancak bu hastaların ortalama %56.41'ine (22/39) sekonder cerrahi gerekmediğini bildirdi. İlgili branş uzmanlarının beğenmediği burunların yarısından fazlasında sekonder cerrahi yapmayacağını bildirmesinin nedeni sorgulandığında burnun preoperatif görünümünün ciddi deformiteli olduğu, yapılan cerrahinin mükemmel değil, yeterli-başarılı olduğu belirtildi.

Rinoplasti sonucu plastik cerrah için burnun projeksiyonu, uzunluğu, radixin yüksekliği, burun delikleri simetrisi, tip ve soft triangle konumu gibi pek çok farklı kriteri karşılamasına göre değerlendirilir. Bu nedenle hem rinoplastiyi yapan cerrah hem de diğer plastik cerrahlar için beğeni kriteri daha yüksektir. Hasta ve yakınları için burnun preoperatif görünümü ve yapılan değişikliğin büyüklüğü önem arz eder. Plastik cerrahi hemşiresi ise bu iki grup ortasında cerrahinin başarısı açısından kontrol grubu olarak değerlendirilebilir.

Burun yüzün merkezinde en çok dikkat çeken organdır. Asimetrik burunlarda nazal kemiklerin uzunluklarının simetrik olması postoperatif başarıyı arttırır. Kemik rezeksiyonunun uzun taraf üst kısmından yapılması cerrah açısından kolay bir işlem olmasına rağmen hem hasta hem cerrah açısından sonuç alttan rezeksiyona göre daha başarısızdır. Alttan rezeksiyon operasyon süresini uzatır, teknik olarak zordur. Ancak sekonder cerrahi oranı üstten rezeksiyon tekniğine göre daha düşüktür. Bunun nedeni cerrahın üst taraftan eksizyon sırasında upper lateral kartilajlara zarar vermekten kaçınmak istemesi olabilir. Öte yandan tabandan kemik rezeke edildiğinde daha kontrollü olarak lateral osteotomi sonrası rezeksiyon yapılabilir.

Rinoplasti teknik, tecrübe ve bakış açısı kadar fizik kurallarına uyularak da yapılmalıdır. Ciddi bir öğrenme eğrisi vardır. Zamanla komplikasyon oranı düşer. Asimetrik burunlarda estetik komplikasyon oranı daha yüksek olabilir. Nazal kemik asimetrisi >=0.5 cm olan hastalarda alttan kemik rezeksiyonu yapılması bu oranı düşürebilir.

Resim 1



Nazal kemik asimetrisi <0.5 cm olan hastanın preoperatif ve postoperatif görünümü

Resim 2



Burun asimetrisi >=0.5cm olan hastada preoperatif ve postoperatif görünümü

Resim 3



Nazal kemik asimetrisi >=0.5cm olan hastada preoperatif ve postoperatif görünümü

SS-054
Önceden septoplasti olmuş hastalarda kosta kıkırdağından hazırlanan kaudal uzanımlı yarı-split spreader greftlerin kullanımı

Emre Atacan Koçman[1], Aydan Ayşe Köse[1], Yakup Karabağlı[1], Mahmut Özgül[1], Mehmet Uzuner[1], Mert Seçer[1], Tuncay Karslı[1], Sezi Ceylan[2], Özlem Cemboluk Ebeler[3], Cengiz Çetin[1]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği
[3]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği

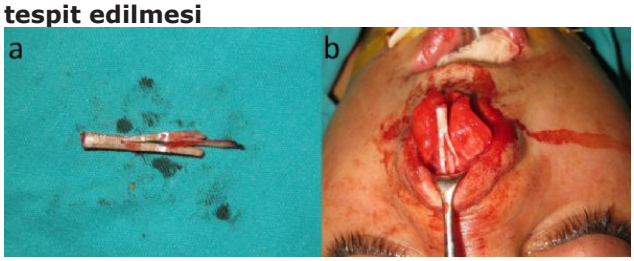
Giriş: Septoplasti rinoplasti ile birlikte ya da tek başına yapılan septumun eğri ve hava yolunu daraltan kısımlarının submukosal eksizyonunu içeren bir operasyondur. Eğri kısımların eksizyonu hava yolu açıklığını sağlasa da nasal valv nefes almada daha önemli rol oynamaktadır. Nazal valv restorasyonunda en sık kullanılan yöntem septumdan elde edilen spreader greftlerdir. Bu greftler septumdan elde edilir. Ancak septoplastili olgularda septumdan yeterli kıkırdak sağlanamayabilir. Bu durumda kulak konkası ve ya kostadan kıkırdak elde edilmelidir. Bu çalışmada septoplastili olgularda kostadan elde edilen kıkırdak özel bir tasarımla spreader greft olarak kullanılmıştır.

Materyal-Metod: 2012-2014 yıllarında daha önce septoplasti olmuş ancak septumda yeterli kıkırdak mevcut olmayan 8 hastaya kostal kıkırdaktan elde edilen şekillendirilmiş spreader greftlerle septal rekonstrüksiyon yapılmıştır. Daha geniş bir görüş alanı sağladığı için açık rinoplasti tekniği kullanılmıştır. Gerekliyse önce hump redüksiyonu yapılır. Septum diseksiyonu sonrası yeterli kıkırdak olmadığı tespit edildiğinde, 5. ve ya 6. kostadan elde edilen blok halindeki kostal kıkırdak oyularak şekil verilen yaklaşık 3mm X 30 mmlik greft elde edilir. Greftin 2/3lük kısmı(yaklaşık 20 mm) vertikal olarak split edilir. 1/3 lük kısmın bütünlüğü korunur(Resim 1a). Hazırlanan greft tek parça halinde septum ortada kalacak şekilde 5/0 PDS ile tespit edilir (Resim 1b). Septum kaudaline de destekleyici dik bir greft konarak dorsuma konan yarı-split grefte ve septumun kaudaline dikilir. Osteotomiler ve burun ucu şekillendirmeleri yapılarak operasyon tamamlanır.

Sonuçlar: Tüm hastalarda burun şeklinde ve nefes almada düzelme görüldü. Hastalar en fazla 8 ay takip edilebildi. Bu takip süresinde herhangi bir komplikasyon görülmedi. 3 hastada takiplerde burun ucu projeksiyonunda azalma saptandı. Hiç bir hasta tekrar operasyon talebinde bulunmadı.

Tartışma: Septoplasti sonrası rinoplasti isteği ile başvuran hastalarda septum grefti elde etmek zordur. Diğer otogreft kaynakları ile spreader greftler hazırlanarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada spreader greft tek bir parça halinde kısmi olarak split edilmek suretiyle kullanılmıştır. Spreader greftin tek parça halinde septuma tespitinin; burun dorsumunun daha iyi stabilize edeceği ve de burun kaudalinin uzunluğunun korunmasına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Sonuçlar hastalar tarafından kabul edilebilir olsa da öne sürülen tekniğin daha büyük vaka serilerinde uygulanması ve sonuçların diğer spreader greft teknikleri ile karşılaştırılması gerekmektedir.

Resim 1 a.spreadergrefthazırlanışı. b septuma tespit edilmesi



Resim 1 a.spreadergrefthazırlanışı. b septuma tespit edilmesi

SS-055
Rinoplastide Birleştirilmiş Kalkan Ve Tİp Greft Kullanımı

Mustafa Rasid Toksöz[1], Gökalp Şahin[2]

[1]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstürktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Anatomi Ana Bilim Dalı

Giriş: Estetik rinoplastilerde greft kullanımı bir çok amaçla yapılmaktadır. En basit bir yükselti vermekten, geniş rekonstrüksiyonlara kadar estetik rinoplasti mimarisinde kıkırdak greftler kullanılır.

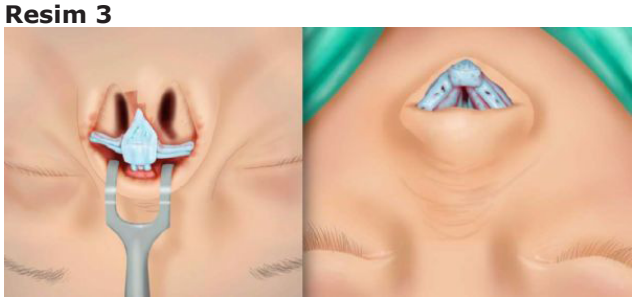
Olgu: Kalkan (Shield) greft alt lateral kıkırdağın medial ve lateral kruslarının birleştiği ve tipin alttan görüntüsünü oluşturduğu yerde kullanılan, bölgenin yüzey ve genel şeklini düzelten bir grefttir. Ayrıca tip projeksiyonunu artıran kalkan greft yumuşak üçgene olan geçişin de düzgün olmasını sağlar ve cilt altı düzensizlikleri maskeler. Kalkan greft bir kaç farklı açı ile yerleştirilip farklı amaçlarla kullanılabilir. Tip greft ise daha doğal bir tip-supratip geçişi sağlar ve tip rinoplastide sıkça kullanılır. Bu vakada biz tip greft ile kalkan grefti birleştirdik.

Normalinden daha uzun alınan kalkan greft üzerine 11 numaralı ile skorlanarak ve 90 derece açı verilerek krusların birleşim yerine yatırıldı. Burada daha önce lateral krural strut greftleri konan hastanın bu greftlerini sabitlendi. Burada kullanılan tip grefti yuvarlak ya da elips değil, rektangüler şekilli bir grefttir (Resim 1,2). Bu dört greftin (ikisi latreal krural strut greft) birleşimi oldukça estetik bir cilt altı mimarisi oluşturdu (Resim 3).

Tartışma: Rinoplasti ameliyatında olduğu gibi bu ameliyattaki kıkırdak greft uygulamalarında da tek doğru yoktur. Çoğu zaman cerrah yeni bir problem ile karşılaşır ve bu puzzle'ı çözmek için yine hastaya özgü kıkırdak greftlerini kullanır. Biz de bu vakada gergin burunlu bir hastanın fazla kıkırdağını iki uygulamayı birleştirerek yapmış olduk. Lateral krural strut greftlerle de desteklenen burun tipinde kalıcı ve düzgün bir kıkırdak mimari oluşturuldu. Aldığımız estetik sonuç ve hasta memnuniyeti çok iyiydi. Tekniğin bir zararı olmasa da kalın derili ve büyük burunlu hastalarda kullanımının klasik tip ve kalkan greft uygulamalarına bir üstünlüğü yoktur. Bu bileşik greft sert ve kalın septal kıkırdaklar ile yapılırsa formda bozulmalar olabilir ve istenen sonuç elde edilemeyebilir. Bu vakada bir septal greft yerine üst lateral kıkırdak ve septum bileşkesinden alınan, bükülebilirliği daha yüksek bir greft kullandık. Böylece 90 derece açı verilen yerdeki kıkırdak skorlaması kıkırdak şeklinin bozulmasına engel oldu.

Sonuç: Birleştirilmiş kalkan ve tip greftinin küçük burunlu hastalarda uygulamanın daha doğru olduğunu düşünüyoruz. Bir diğer avantajı ise uygulama kolaylığı ve bir greft ile iki sonucun elde edilebilmesi.

Resim 3



Birleştirilmiş kalkan ve tip greftinin alttan görünümü ve Birleştirilmiş kalkan ve tip greftinin son halinin üstten görünümü (illustre)

Resim-1



Birleştirilmiş kalkan ve tip greftinin alttan görünümü. Skorlama yapılmış ama açı verilmemiş.

Resim-2



Birleştirilmiş kalkan ve tip greftinin son halinin üstten görünümü

SS-056
Rinoplastide Supratip Ters V Grefti Kullanımı

Mustafa Rasid Toksöz[1], Gökalp Şahin[2]
[1]*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstürktif ve Estetik Cerrahi Kliniği*
[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Anatomi Ana Bilim Dalı*

Giriş: Estetik rinoplastilerde greft kullanımı çok yaygındır. Basit estetik kazanımlardan büyük çapta fonksiyonel kazanımlara bu greftler ile ulaşılır. Hem fonksiyon ve mimari bütünlük, hem yüzey pürüzsüzlüğü ve tüm diğer estetik normların kazanımında kıkırdak greftler gereklidir.

Olgu Sunumu: Supratip Ters "V" greft her iki alt lateral kıkırdağın lateral kruslarını birleştiren ve dik açılı iki düz kıkırdağın birbirine suture edilmesi ile oluşmuş bir greftttir. (Şekil1,2,3) Supratip bölgesine uygulanan greft iki krus birleşiminin olduğu yere iki ayrı tepe verir ve istendiğinde üst lateral kıkırdağın daha sefalik bölgesine sabitlenip rotasyona katkı verebilir. Bu greft aynı zamanda doğal bir tip-supratip geçişini sağlar. Ayrıca uygulamaya bağlı olarak internal nazal valfi de kalıcı olarak açar.

Supratip ters V greft 100-110-120 derecelik açılar ile de kullanılarak ortada daha sivri ve tek bir tip reflesinin olmasına izin verebilir.

Supratip çöküntüsü olan hastalarda ise 40 dereceye kadar açı daraltılıp supratipe konulan bir onlay greftin yerine geçebilir.

Tip greft ise daha doğal bir tip-supratip geçişi sağlar ve tip rinoplastide sıkça kullanılır.

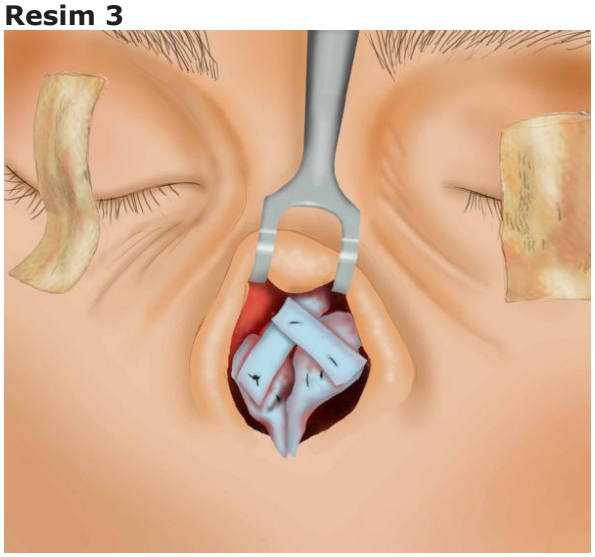
Bu vakada biz tip greft ile kalkan grefti birleştirdik. Normalinden daha uzun alınan kalkan greft üzerine 11 numaralı ile skorlanarak ve 90 derece açı verilerek krusların birleşim yerine yatırıldı. Burada daha önce lateral krural strut greftleri konan hastanın bu greftlerini sabitlendi. Biz burada biraz daha rektangüler şekilli tip greft kullandık. (Şekil1,2,3). Bu dört greftin (ikisi latreal krural strut greft) birleşimi oldukça estetik bir cilt altı mimarisi oluşturdu.

Tartışma: Rinoplasti ameliyatında bir sorun için tek yöntem yoktur, hatta bir sorunun çözümü için greft kullanılacaksa bununda bir çk yolu vardır. Çoğu zaman cerrah yeni bir problem ile karşılaşır ve bu karmaşayı çözmek için yine hastanın kıkırdak greftlerine sarılır. Biz de her iki valfi de problemli olan bu vakada supratip ters V grefti kullandık. Dikkat edilmesi gereken, teknik olarak 2 kıkırdak greftin birbirine suture edildiği kısma kıkırdakların daha ince kısımları getirilmesi ya da inceltilip kullanılmasıdır. Aksi takdirde bu bölgede kıkırdak ele gelebilir ve estetik kusur ortaya çıkarabilir. Bu grefti birleşim yerinden üst lateral kıkırdağa sabitlenmesi de özenle yapılmalı ve mümkünse 4-0 yuvarlak polidiakson sutur tercih edilmelidir. Bu vakada olduğu gibi alt latarel kıkırdağın, medial ve lateral krusların birleşim yeri zayıflamış/parçalanmış/ şekil verilemez olduğu durumlarda öne geçen bir uygulamadır ve oluşacak irregüleriteyi maskeler. Bu kıkırdak oluşturulurken tam düzgün kıkırdaklar kullanılmalı, ezilerek ya da skorlanarak şekil vermekten kaçınılmalıdır. Kıkırdak hafızası iyileşme döneminde ortaya çıkıp istenen sonuca ulaşılmasını engelleyebilir.

Tekniğin en çok dikkat edilmesi gereken yeri iki kıkırdağın birleştirildiği kısmıdır. Burası kaudal kısımlarına göre ince olmalı ve gerekirse yuvarlanmalıdır. Bu yöntemle aldığımız estetik ve fonksiyonel sonuç ve de hasta memnuniyeti çok iyiydi. (Şekil 4,5,6)

Sonuç: Supratip ters V greftinin hastanın burnuna göre kalınlık ve en-boy uzunluk ayarlaması yapılmasını ve mümkün olan en ince şekilde konmasının doğru olduğunu düşünüyoruz. Supratip ters V grefti tek başına olduğu gibi onlay greft, tip greft, lateral krural strut greft gibi diğer greftler ile de kullanılabilir. Fonksiyonel olarak hastaya katkısı belirgin olan greftin internal nazal valfi ve eksternal nazal valfi birlikte açan bir greft olduğu söylenebilir.

Resim 3



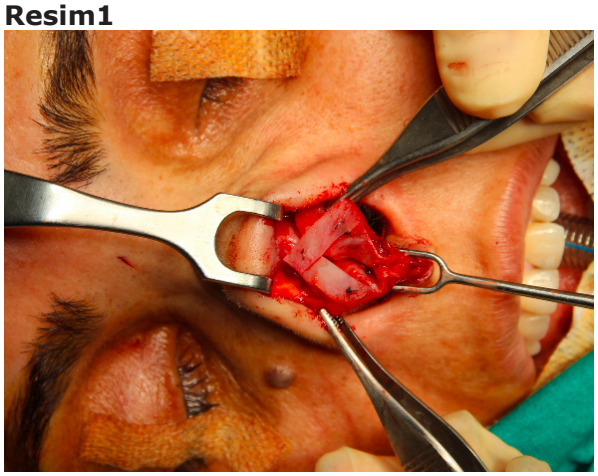
Supratip ters V greftinin tekniğinin resimlendirilmiş hali

Resim.2



Preoperatif ve erken postoperatif yan profil burun görünümü

Resim1



Periopertif olarak Supratip ters V greftinin uygulanması

SS-057
Açık Rinoplasti Yöntemi İle Opere Edilmiş Hastalar İçin Kolumella Skarı Ne Kadar Önemli? Skar Farkındalığının Hasta Memnuniyeti ve Vücut Algısı İle Olan Ilişkisinin Değerlendirilmesi

Çağlayan Yağmur[1], Sertaç Ak[2], Nuh Evin[1], Murat Sinan Engin[1], Osman Kelahmetoğlu[3], Hayati Akbaş[4], Ahmet Demir[1]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
[3]Bezm-i Alem Üversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[4]FBM Cerrahi Tıp Merkezi

Amaç: Rinoplastide kapalı ve açık yaklaşımların kendilerine has avantajları ve dezavantajları vardır. Ancak, açık yaklaşım sonucunda ortaya çıkan kolumella skarı doğrudan bir dezavantaj olarka değerlendirilmektedir. Bu çalışma, açık rinoplasti yaklaşımı ile opere edilmiş hastalarda kolumella skarına dair farkındalığı ve bu farkındalığın genel ameliyat memnuniyeti ve vucüt algısı ile olan ilgisini incelemektedir.

Hastalar Ve Yöntem: Açık rinoplasti tekniği ile opere edilmiş toplam 91 hasta çalışmaya dahil edildi. Birbirini takip eden 4 sorudan oluşan bir soru algoritması hastalara anket olarak uygulandı. İlk soru (Yüzünüzde herhangi bir travma, ameliyat veya başka herhangi bir nedenle oluşmuş yara izi var mı?) haricindeki tüm sorular 1-5 arası değişen ölçekte puanlar ile cevaplandılar. Katılımcılar buna ek olarak 25 soruluk bir vücut algı ölçeği verildi. Tüm hastalardaki kolumella skarları « Columellar Scar Assessement Scale» (CSAS) kullanılarak değerlendirildi. Elde edilen veriler istatistiki olarak değerlendirildi.

Bulgular: 91 hastadan 12 tanesi ilk soruya kolumelladaki skarlarını göstererek «evet» şeklinde yanıt verdiler. Bu hastalar ile geri kalanlar arasında ameliyat memnuniyeti skorları açısından fark yoktu ($p>0.05$). Buna karşılık skarlarını bildiren hastaların vücut algı ölçeği puanları istatistiki olarak anlamlı olacak derecede düşük bulundu. Tüm hastalardan 9 tanesi günlük hayatta kolumella skarlarını saklamak amaçlı çaba gösterdiğini bildirdi. Skarını saklayan hastalar ile saklamayanlar arasında ameliyat memnuniyeti açısından anlamlı farklılık bulundu. Skarlarını saklayan hastaların CSAS skorları saklamayanlara göre anlamlı yüksekti.

Sonuç: Çalışmamızda açık rinoplasti sonrasında kolumella skarı farkındalığının genel ameliyat memnuniyeti ile ilgisinin olmadığını ancak kişinin kendi vücut algısı ile ilişkisi olduğunu gözlemledik.

SS-058
Otoplastide Belirgin Kulak Lobülünün Düzeltilmesi: Kaudal Pediküllü Perikondrio-Adipo-Dermal (Pad) Lobül Flebi

Ercan Cihandide[1], Oğuz Kayıran[2]
[1]Acıbadem Ataşehir Tıp Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Kepçe kulak deformitesinin onarımı günümüzde birçok tanımlanmış farklı teknikle sağlanabilmektedir. Bu ameliyatın belki de sık görülen uzun dönem komplikasyonlarından biri doğal olmayan ameliyat edilmiş kulak görüntüsüdür. Birçok hasta kulaklarının geriye alınmasıyla tatmin olsa da doğal durmayan kulaklar sosyal çevre tarafından dikkat çekici olup moral bozucu yorumlara neden olabilmektedir. Kıkırdak düzenlemesi yapılmış kulakta kulak memesinin kulağın geri kalanıyla uyumlu durmaması ameliyat edilmiş kulak görüntüsünün başlıca nedenleri arasındadır. Preoperatif muayenede lobülün pozisyonu ve açılanmasının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Normal yerleşimli bir lobül heliksin ve diğer yapıların geriye doğru yatırılması sonucunda göreceli olarak belirgin gözükebilmektedir. Dolayısı ile otoplasti gerçekleştirildikten sonra cerrah lobülün kulağın geri kalanıyla uyumunu tekrar değerlendirmelidir. Lobülün doğru konumlandırılmaması telefon kulak veya ters telefon kulak görüntüsüne neden olabilmektedir. Kıkırdak yapı medialize edilirken kulak memesinin bütün olarak hareket etmesi çoğu zaman yetersiz kalmakta ve lobül için ayrı bir işlem kaçınılmaz olmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada distal pediküllü perikondrio-adipo-dermal flep tekniğinin bir parçası olarak, bu flebin tarif edilen şekilde kesilmesiyle elde edilen kaudal pediküllü lobül flebi tanımlanmış ve uygun vakada kullanımı geç dönem sonuçlarıyla anlatılmıştır. 16 hastada (10 bayan ve 6 erkek) toplam 32 kulak (hepsi bilateral) tanımlanan teknikle aynı cerrah tarafından opere edilmiştir. Lobül flebi, lobül açısının düzeltilmesine ihtiyaç duyulan bu vakalarda lobül açısının kulağın yeni şekline ve geri kalanına uyumlu bir şekilde düzeltilmesini sağlamaktadır.

Bulgular: Hiçbir olguda hematom veya keloid görülmemiştir. Ortalama 6 aylık (2-9 ay) takip süresi sonunda lobül açısının kulağın yeni şekline ve geri kalanına uyumlu bir şekilde düzeldiği görülmüştür.

Sonuç: PAD flep tekniğinin bir parçası olarak kaudal pediküllü lobül flebi belirgin ve açılı lobülün arzu edildiği kadar içeri ve geriye doğru alınmasını mümkün kılmakta ve kulağın geri kalanıyla uyumlu doğal görünümlü bir kulak oluşmasını sağlamaktadır. Lobül cildi üzerine bir insizyon gerektirmediği için de hipertrofik skar veya keloid oluşma riskini ortadan kaldırmaktadır.

SS-059
Endoskopik, Tek İnsizyon Tekniği ile Simültane Fako Slit Bıçağı Kullanarak Konkal Kartilaj ve Temporal Fasya Grefti Alınması

Alper Mete Uğurlu[1], Tolga Ersözlü[2], Salih Onur Basat[3], Fatih Ceran[3]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Bandırma Devlet Hastanesi, Kulak Burun ve Boğaz Kliniği, Balıkesir
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Otojen greftlerin kullanımı son iki dekatta birincil seçenek haline gelmiştir. Konkal kartilaj ve temporal fasya özellikle sekonder rinoplasti vakaları için eşsiz birer otojen greft kaynağıdırlar. Bu iki greft kaynağının birlikte kullanımının faydaları daha önce farklı otörler tarafından bildirilmiştir. Bu ortak kullanımın daha az efor ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi cerrahlar için operasyon esnasında rahatlık sunacaktır. Biz de bu çalışmamızda modifiye tek insizyondan konkal kartilaj ve temporal fasyanın simültane olarak 4 mm lik endoskop ve 3 mm lik açılı fako slit bıçağı yardımı ile alınması tekniğini sunmaktayız.

Gereç-Yöntem: 2011-2014 yılları arasında kliniğimizde sekonder rinoplasti için başvuran tip 1 ve tip 2 semer burun deformitesi olan 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 10' u kadındı ve ortalama yaş 34 tü (19-56). Genel anestezi altında konka posterioruna longitudinal insizyon yapıldı, kesi posterior saç çizgisine doğru eğimli olacak şekilde uzatıldı (Şekil 1.). Konkadan greft alındı ve diseksiyon temporal fasyaya ulaşana kadar genişletildi. 4 mm lik endoskop skalp ile temporal fasya arasına yerleştirildi ve endoskopla süperfisiyal temporal fasyanın altından diseksiyona devam edildi 3 mm lik açılı fako slit bıçağı yerleştirilerek temporal fasya grefti alındı (Şekil 2.). Uygun cilt sütürasyonu ve tie-over bolster pansuman yapıldı. Alınan konkal kartilaj ve temporal fasya greftleri dorsal nazal ogmentasyon, kolumellar rekonstrüksiyon ve tip düzeltme için kullanıldı.

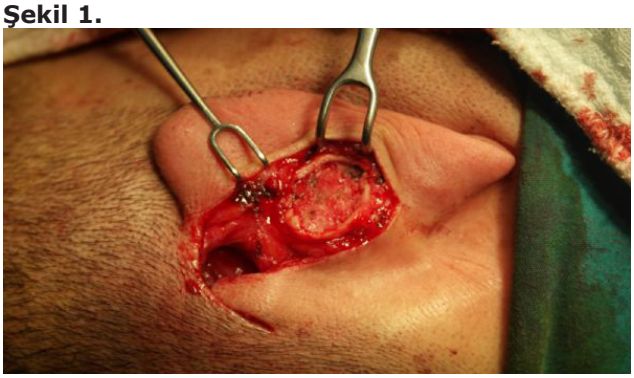
Bulgular: Greft rezorpsiyonu, saç kaybı veya enfeksiyon gelişmedi. 1 hastada gözle görülür bir şekilde greftlerde şişkinlik ve 1 hastada da dorsal irregülerite oluştu. Ameliyat sonrası kabul edilebilir skarlar oluştu (Şekil 3.).

Sonuç: Tanımladığımız teknikle daha kolay, eforsuz ve hızlı bir şekilde konkal kartilaj ve temporal fasya grefti alınabilir. 4 mm lik endoskopla fasya tabakaları rahat bir şekilde disekke edilip ayrılabilir. 3 mm lik açılı fako slit bıçağı ile kas dokusu korunabilir. Bu teknikle rahat bir şekilde 3x5 cm lik boyuta kadar temporal fasya grefti almak mümkündür.

Kaynak:

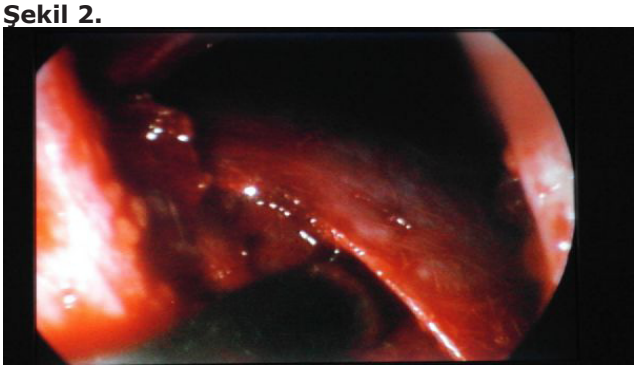
1. Nazari S., Bohluli B., Besharatizadeh R., Sadr-Eshkevari P., Rashad A. Neck hairline incision for simultaneous harvesting of temporal and mastoid fasciae: a technical note. J Oral Maxillofac Surg. 2013 Sep; 71(9): 1598-1600.
2. Mohammad JA., Shenaq J., Ayala J., Shenaq S. Endoscopic-assisted temporoparietal fascial flap dissection and harvesting: a feasibility preliminary cadaveric study. Ann Plast Surg. 1998 Dec; 41(6): 600-605.
3. Takushima A., Asato H., Harii K. Endoscopic-assisted harvest of temporoparietal fascial flap. Ann Plast Surg. 2000 Oct; 45(4): 382-385.

Şekil 1.



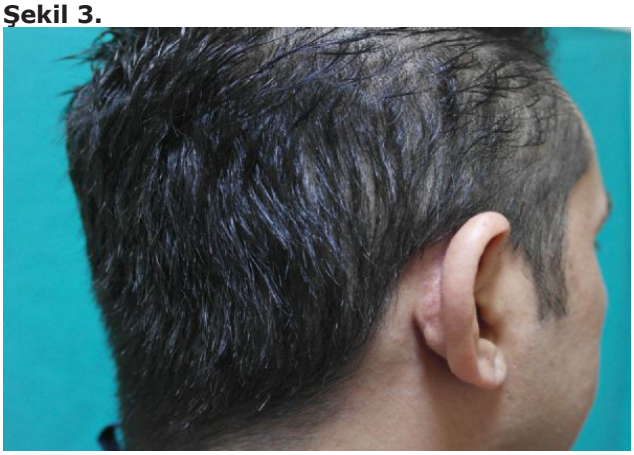
Yapılan insizyon.

Şekil 2.



Fako slit bıçağı ile endoskopik olarak temporal fasyanın alınması.

Şekil 3.



Ameliyat sonrası kabul edilebilir skar hattı.

SS-060

Fragmente kıkırdak greftleri ile nazal dorsumun şekillendirilmesi

Bilge Türk Bilen[1], Göktekin Tenekeci[2]
[1]İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, Malatya
[2]Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, Mersin

Giriş: Nazal dorsum derisinin ve altındaki yumuşak dokunun ince olması, nazal dorsum şekillendirildikten sonra küçük düzensizliklerin fark edilmesine sebep olabilmektedir. Bu çalışmada çıplak fragmente kıkırdak greftlerinin nazal dorsumun şekillendirilmesinde kullanılmasını tartışmaktayız ve elde edilen sonuçları paylaşmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Eylül 2009 ve Eylül 2014 tarihleri arasında 856 hastaya rinoplasti ameliyatı yapıldı. 856 hastanın 781'inin nazal dorsum şekillendirilmesi için nazal dorsuma fragmente kıkırdak greftleri yerleştirildi. Toplamda düzenli olarak takip edilen 214 hasta değerlendirildi. 214 hastanın 182'sinin nazal dorsum şekillendirilmesi burada tarif edildiği gibi yapılmıştır ve çalımaya dahil edilmişlerdir. Elde edilen kıkırdak greftleri Kocher klempi ile fragmente kıkırdaklar direnç gösteremeyinceye kadar fragmente edildi. Daha sonra bu greftler nazal dorsuma yerleştirilir ve eksternal manevralarla şekillendirilir.

Bulgular: Takip süresi 6-36 ay arasında idi. Takip süresi boyunca seroma oluşumu, infeksiyon veya abse oluşumu gözlenmedi. 4 hasta nazal dorsum şekillendirilmesi için yeniden opere edildi. Düzensizlik sadece törpüleme ile düzeltildi. Geri kalan hastalar nazal dorsum şekillerindem memnun idi. Fragmente kıkırdak greftleri ile nazal dorsumun şekillendirilmesi kalıcı sonuçlar doğurur.

Sonuçlar: Nazal dorsumun şekillendirilmesinde fragmente kıkırdak greftlerini kullanmaktayız ve kıkırdak greftlerinin vaskülarizasyonunu geciktirmemek için bu greftleri endojen veya ekzojen herhangibir materiyalin içerisine sarmamaktayız. Bunun kalıcı sonuçlar elde etmekte önemli bir sebep olduğunu düşünmekteyiz. Bu yöntemle, düzenli bir nazal dorsum elde edilebilmektedir ve sonuçlar kalıcı olabilmektedir.

Tartışma: Nazal dorsumun şekillendirilmesi rinoplastinin en zorlu kısımlarından birisidir. Bugüne dek nazal dorsumun şekillendirilmesi için farklı yöntemler kullanılmıştır. Bunlar arasında otojen materiyallerin kullanımı sıklıkla tercih edilmektedir. Bunlar arasında yağ greftleri, fasiya greftleri ve kıkırdak greftleri öne çıksa da kıkırdak greftleri en çok tercih edilen otojen materyallerdir. Ancak bu kıkırdak greftlerinin çıplak bir şekilde mi, surgicell'e veya fasiyaya sarılarak mı burun dorsumuna yerleştirilmesinin daha iyi bir sonuç vereceği hakkında farklı görüşler öne sürülmektedir. İnce olan burun derisinin altına yerleştirileceğinden dolayı ele gelmemesi veya çıkıntı yapmaması için klemplerle kıkırdak greftleri fragmente edilmekte ve erkenden vaskülarize olması, dolayısı ile sonucun kalıcı olabilmesi için herhangibir endojen veya ekzojen materiyalin içerisine sarmamaktayız.

SS-061
DMSO' nun Tavşan Kulağında Oluşturulan Hipertrofik Skara Olan Yararlı Etkileri: Kontrollü, Randomize Deneysel Çalışma

Elif Sarı[1], Bülent Bakar[2], Güngör Çağdaş Dinçel[3], Azize Budak Yıldıran[4]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[3]Gümüşhane Üniversitesi, Siran Mustafa Beyaz Meslek Okulu, Labaratuvar ve Veteriner Sağlık Programı, Gümüşhane, Türkiye
[4]Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Meslek Okulu, Medikal Servis ve Teknolojileri Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

Amaç: Dimetilsülfoksit (DMSO) literatürdeki birçok çalışmada kullanılmış anti-enflamatuvar, anti-bakteriyel ve analjezik bir ilaçtır. Ayrıca kollajen depolanmasına olan negatif etkileri de belirtilmiştir. Bu çalışmamızda amacımız DMSO' nun hipertrofik skar tedavisi üzerindeki olası olumlu etkilerini araştırmaktır.

Yöntem-Gereçler: Toplam 24 Yeni Zelanda erkek albino tavşan kontrol, sham, DMSO ve steroid adı altında randomize olarak 4 gruba ayrılmıştır. Kontrol grubu haricindeki her grupta hayvanların kulağında panç biyopsi defektleri oluşturulmuştur. Yirmi sekiz gün sonra hipertrofik skar oluşumu saptanmış ve test gruplarına haftada bir toplam 4 hafta sırasıyla DMSO ve steroid intralezyonel olarak enjekte edilmiştir. Son enjeksiyondan bir hafta sonra örnekler histopatolojik, immünohistopatolojik ve gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyon analizleri için toplanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: DMSO grubundaki skarlar sham ve steroid grubuna göre kontrol grubuna daha yakın makroskobik özellikteydi. Vaskülarite düzeyi ve tip 1/ tip 3 kollajen oranları DMSO grubunda diğer gruplara nazaran daha düşük saptandı. Kollagen dizilimi DMSO grubunda daha düzenli, paralel ve doğaldı. Tip 1 mRNA ekspresyonu steroid ve DMSO gruplarında düşüktü. Tip 3 mRNA ekspresyonu ise DMSO grubunda azalmıştı.

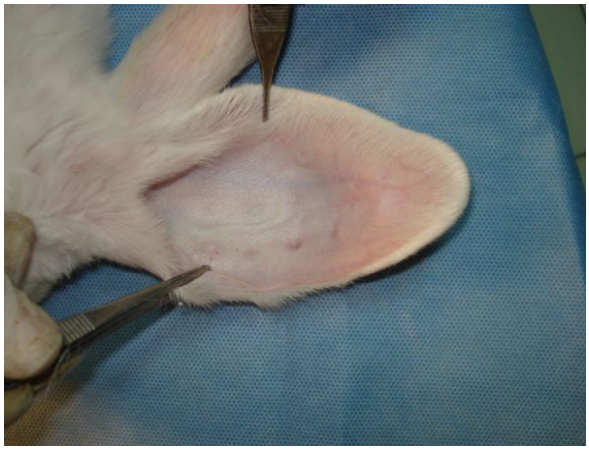
Sonuç: İntralezyonel DMSO uygulaması hipertrofik skar tedavisinde etkin, güvenli ve pratik bir yöntem olabilir.

Resim 1



28. gündeki tavşan kulağında oluşan hipertrofik skar dokusu

Resim 2



Deney sonunda DMSO grubundaki hipertrofik skarların görünümü

Resim 3



Deney sonunda steroid grubundaki tavşanların kulağındaki hipertrofik skarların görüntüsü

Tablo 1

Grup	Değişken	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Kontrol	Epitelyal kalınlık	18.24	29.49	22.05	3.95
	Tip 1 kollajen	2.25	3.75	2.70	0.54
	Tip 3 kollajen	1.75	3.21	2.34	0.49
	Vaskülarite	0.00	2.00	0.83	0.75
	Matriks	195.41	221.05	208.18	10.93
DMSO	Epitelyal kalınlık	57.48	61.31	59.30	1.59
	Tip 1 kollajen	2.70	3.41	2.97	0.24
	Tip 3 kollajen	1.95	2.40	2.17	0.17
	Vaskülarite	1.00	4.00	2.50	1.051
	Matriks	289.26	363.93	312.93	27.89
Steroid	Epitelyal kalınlık	27.65	31.02	29.92	1.28
	Tip 1 kollajen	2.69	3.32	3.07	0.24
	Tip 3 kollajen	2.90	3.26	3.08	0.14
	Vaskülarite	9.00	12.00	10.17	1.17
	Matriks	259.48	327.72	295.46	23.54
Sham	Epitelyal kalınlık	343.86	364.91	355.80	7.56
	Tip 1 kollajen	3.77	4.81	4.10	0.24
	Tip 3 kollajen	3.69	4.40	4.32	0.42
	Vaskülarite	10.00	15.00	12.67	1.75
	Matriks	987.21	1216.46	1092.47	88.62

Histopatolojik ve immünohistokimyasal sonuçların açıklayıcı tablosu (SD= Standart sapma)

Tablo 2

Bağımlı değişken	Değişken (I/J)	Ortalama fark (I-J)	p
Tip 1 kollajen	Kontrol/ DMSO	0.163	0.856
	Kontrol/ Steroid	-0.735*	0.009
	Kontrol/ Sham	-1.980*	0.000
	Sham/ DMSO	2.143*	0.000
	Sham/ Steroid	1.245*	0.000
	DMSO/ Steroid	-0.898*	0.002
Tip 3 kollajen	Kontrol/ DMSO	-0.273	0.491
	Kontrol/ Steroid	-0.380	0.221
	Kontrol/ Sham	-1.402*	0.000
	Sham/ DMSO	1.128*	0.000
	Sham/ Steroid	1.022*	0.000
	DMSO/ Steroid	-0.107	0.942

Tip 1 ve tip 3 kollajen immünboyaması sonuçlatının karşılaştırılmasına ait veri tablosu (Tukey HSD Multiple Comparisons Test, p < 0.05, DMSO= dimethylsulfoxide)

SS-062
Piracetam ve Nimodipinin Tavşanlardaki Tam Kat Yanıkların İyileşmelerine Olan Etkileri

Elif Sarı[1], Güngör Çağdaş Dinçel[2]
[1]*Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Ünitesi, Kırıkkale, Türkiye*
[2]*Gümüşhane Üniversitesi, Siran Mustafa Beyaz Meslek Okulu, Labaratuvar ve Veteriner Sağlık Programı, Gümüşhane, Türkiye*

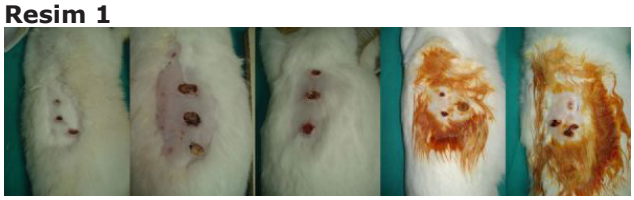
Amaç: Tam kat deri yanıkları için geçmişte birçok ilaç denenmesine rağmen bu tarz yanıkların tedavisi halen zorluklar taşımaktadır. Bu çalışmamızın amacı sistemik ve lokal piracetam ve nimodipinin tavşanlardaki tam kat yanıklara olan olası iyileştirici etkilerini saptamaktır.

Yöntem-Gereçler: Toplam 36 adet Yeni zeland tavşan randomize olarak 6 gruba ayrıldı. Kontrol grubu haricinde tüm gruplardaki hayvanların sırtında birbirinden eşit uzaklıkta 3' er adet 2x2 cm büyüklüğünde tam kat yanık alanları oluşturuldu. Piracetam intravenöz ve nimodipin intravenöz grubuna sistemik piracetam ve nimodipin 14 gün boyunca verildi. Topikal piracetam ve topikal nimodipin ise sırasıyla piracetam topikal ve nimodipin topikal gruplarındaki yanık alanlarına 14 gün boyunca sürüldü. Sham grubunda ise yanık oluşturuldu. Fakat bu gruba herhangi bir ilaç uygulanmadı. 21 gün sonunda yanık alanları makroskobik ve histopatolojik olarak değerlendirildi. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: her iki nimodipin grubunda yapılan incelemelerde nimodipinin sistemik ve lokal olarak tam kat yanıklara sham grubundan farklı bir etki göstermediği görüldü. Oysa piracetam gruplarında sham ve nimodipin gruplarına nazaran anlamlı bir şekilde yanık iyileşmesi saptandı. Fakat piracetam topikal grubundaki iyileşmiş yanık alanlarının piracetam sistemik grubundaki iyileşmiş yanık dokularına göre kontrol grubuna daha yakın özellikte olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Topikal piracetam uygulanması sistemik piracetama göre tam kat yanık iyileşmesinde daha etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır. Nimodipinin ise sistemik ve topikal uygulanmasının tam kat yanık iyileşmesine olumlu bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Resim 1



Bu resimde deneyin 21. gününde grupların makroskobik görüntüleri soldan sağa; piracetam-T, piracetam-İV, nimodipin-T, nimodipin-İV, sham gözlenmektedir.

Resim 2



Deney sonu gruplardan alınan örneklerin histopatolojik görüntüler soldan sağa; piracetam-T, piracetam-İV, nimodipin-T, nimodipin-İV, sham ve kontrol grubu gözlenmektedir.

Tablo 1

Grup ismi	Değişken	N	Minimum	Maksimum	Mean	SD
Kontrol	Epidermis kalınlığı	6	25.33	41.14	31.80	6.50
	Dermis kalınlığı		238.31	252.65	245.80	6.09
	Damar sayısı		4.00	7.00	5.83	1.16
	Epitelizasyon kalitesi		5.00	5.00	5.00	0.00
	Kollajen kalitesi		1.50	2.30	1.86	0.34
	Enflamasyon skoru		1.00	1.00	1.00	0.00
	Vaskülarite		1.00	1.30	1.15	0.10
	Nekroz		1.00	1.00	1.00	0.00
Sham	Epidermis kalınlığı	6	190.32	345.71	259.13	65.84
	Dermis kalınlığı		2389.81	2609.42	2515.94	97.61
	Damar sayısı		14.00	25.00	18.33	4.54
	Epitelizasyon kalitesi		1.00	1.00	1.00	0.00
	Kollajen kalitesi		3.30	3.80	3.53	0.19
	Enflamasyon skoru		4.20	4.60	4.36	0.16
	Vaskülarite		4.80	5.00	4.93	0.08
	Nekroz		4.90	5.00	4.96	0.05
	Yara boyutu		2.00	4.00	3.50	0.83
	Eksuda volümü		1.00	2.00	1.66	0.51
	Exuda kalitesi		0.00	1.00	0.66	0.51
	Ülser çapı		360.83	382.75	374.38	9.28
Nimodipin-İV	Epidermis kalınlığı	6	190.20	262.51	223.92	31.42
	Dermis kalınlığı		2225.65	2785.87	2445.21	223.45
	Damar sayısı		13.00	19.00	15.50	2.34
	Epitelizasyon kalitesi		3.40	4.10	3.70	0.26
	Kollajen kalitesi		3.30	4.40	3.85	0.44
	Enflamasyon skoru		3.10	3.90	3.40	0.32
	Vaskülarite		4.20	4.90	4.55	0.25
	Nekroz		2.60	3.50	3.10	0.38
	Yara boyutu		2.00	4.00	2.83	0.75
	Eksuda volümü		1.00	3.00	1.83	0.75
	Exuda kalitesi		0.00	3.00	1.16	0.98
	Ülser çapı		330.34	463.73	369.63	48.02
Nimodipin-T	Epidermis kalınlığı	6	234.24	298.60	278.06	22.41
	Dermis kalınlığı		2332.07	2882.74	2628.61	190.16
	Damar sayısı		21.00	30.00	25.50	3.88
	Epitelizasyon kalitesi		1.00	1.00	1.00	0.00
	Kollajen kalitesi		2.60	3.50	3.05	0.37
	Enflamasyon skoru		5.00	5.00	5.00	0.00
	Vaskülarite		4.10	4.90	4.56	0.33
	Nekroz		5.00	5.00	5.00	0.00
	Yara boyutu		2.00	4.00	3.33	1.03
	Eksuda volümü		0.00	0.00	0.00	0.00
	Exuda kalitesi		0.00	0.00	0.00	0.00
	Ülser çapı		445.37	584.12	518.69	47.49
Piracetam-İV	Epidermis kalınlığı	6	69.74	99.05	88.7	9.85
	Dermis kalınlığı		1405.68	1686.76	1520.30	123.56
	Damar sayısı		11.00	15.00	12.33	1.75
	Epitelizasyon kalitesi		4.20	4.80	4.35	0.23
	Kollajen kalitesi		4.20	4.60	4.40	0.16
	Enflamasyon skoru		1.90	2.60	2.25	0.28
	Vaskülarite		3.10	3.60	3.36	0.17
	Nekroz		1.80	2.50	2.15	0.24
	Yara boyutu		2.00	4.00	3.66	0.81
	Eksuda volümü		0.00	1.00	0.33	0.51
	Exuda kalitesi		0.00	1.00	0.33	0.51
	Ülser çapı		270.48	323.96	303.67	25.80
Piracetam-T	Epidermis kalınlığı	6	36.36	52.87	47.80	5.99
	Dermis kalınlığı		1030.56	1415.87	1204.21	137.80
	Damar sayısı		8.00	13.00	10.33	1.96
	Epitelizasyon kalitesi		4.20	4.80	4.50	0.20
	Kollajen kalitesi		4.20	4.60	4.40	0.16
	Enflamasyon skoru		1.10	1.90	1.48	0.28
	Vaskülarite		2.50	3.40	3.01	0.39
	Nekroz		1.10	1.80	1.53	0.26
	Yara boyutu		1.00	1.00	1.00	0.00
	Eksuda volümü		0.00	0.00	0.00	0.00
	Exuda kalitesi		0.00	0.00	0.00	0.00
	Ülser çapı		143.80	192.76	171.39	16.17

İstatistiksel sonuçları içeren açıklayıcı tablo (N: hayvan sayısı; SD: standard deviasyon)

SS-063
Diyabetik Ayak Olgularında Serum YKL-40, Pentraksin-3 ve NGAL Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Soysal Baş[1], Mustafa Durğun[1], Recep Sütçü[2], Huriye Erbak Yılmaz[2], Bilge Birlik[3], Mübin Hoşnuter[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Diyabetik ayak, hayat kalitesini bozan, yaşam süresini kısaltan, uzun tedavi süresi ve ileri evrede hospitalizayon gerektiren, ülke ekonomisine yükü fazla olan kronik bir metabolizma hastalığıdır.

Bu çalışmada farklı evrelerdeki diyabetik ayak olgularında serum YKL-40, Pentraksin-3, NGAL seviyelerinin erken tanı ve hastalık prognozunu belirlemedeki öneminin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmaya diyabet tanılı 65 hasta ve kontrol grubu olarak 13 sağlıklı bireyden oluşan toplam 78 hasta dahil edildi. Hastalık prognozunu değerlendirmek amacı ile Wagner evre 0 - 1 hastalar hafif hastalık, Wagner evre 2 - 3 hastalar orta hastalık ve Wagner 4 hastalar şiddetli hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalardan ve kontrol grubundan kan alınarak CRP, ESR, HgA1c, YKL-40, PTX-3 ve NGAL düzeyleri çalışılmıştır. YKL-40 düzeyi Wagner evre 4 şiddetli hastalık grubunda, Pentraksin-3 Wagner evre 2 orta hastalık grubunda ve NGAL düzeyi Wagner evre 1 hafif hastalık grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

Sonuç olarak yüksek serum YKL-40 seviyesi saptanması klinisyenleri aterosklerotik sürecin ön planda olduğu ileri evre hastalığa, yüksek PTX-3 seviyesinin saptanması ise enfeksiyon bulgularının ön planda olduğu orta şiddette hastalığa yönlendirecektir. Yüksek NGAL düzeyleri ise diyabetik ayağın hafif evresini işaret edecektir.

SS-064
Yanıkta Staz Zonunun Kurtarılmasında PRP'nin Etkinliği

Alper Ural[1], Muhammet Uraloğlu[1], Gökhan Efe[1], Esin Yuluğ[2], Bircan Sönmez[3], Asım Örem[4]
[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Trabzon
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı,Trabzon
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı,Trabzon
[4]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı,Trabzon

Yanık; geçmişte olduğu gibi günümüzde ve gelecektede insanlığın en büyük problemlerinden biri olmaya devam edecektir. Oluşturduğu erken ve geç komplikasyonlarla tedavisinin zorluğu, pahalı olması, hasta için çok acı verici olması, en iyi tedavilerin bile kalıcı kozmetik sonuçlara yol açması ve beklide en önemlisi aktif yaş grubunu fazlaca etkilemesiyle oldukça önemlidir. Son bir kaç dekatta da yanığın patofizyolojisindeki gelişmeye bağlı olarak yanık ciltte oluşan yanık zonları bulunmuş ve tedavi buna göre dahada gelişmiştir. Bu zonlar; koagulasyon, staz ve hiperemi zonudur. Nekroz zonu tedavisi eksizyon ve kaybolan cildin greft olarak onarımıdır. Staz zonu eğer 24-48 saat içinde yanık tedavisi iyi yönetilirse tam olarak iyileşir.Aksi takdirde koagulasyon zonuna dahil olur. Hiperemi zonu zaten kendiliğinden iyileşebilen bir alandır. Staz zonunun kurtarılması yanık tedavisinde çok büyük önem taşımaktadır.Yanık alanda oluşan ilerleyen iskemi ve inflamasyon ve apoptozisin staz zonunun koagulasyon zonuna dönüşümünü hızlandırdığı bilinmektedir. Yüksek miktarda sağladığı büyüme faktörleri ile anjiogenez ve onarımı arttıran,antiinflamatuar ve antiapoptotik özellikler gösteren PRP bu çalışmada kurtarıcı olarak kullanılmıştır. Bu çalışmada; rastgele seçilen 20 dişi tavşan kullanıldı. Onarlı iki gruba ayrıldı.Tavşanların sağ kulaklarına sonra kaynar suda yeterince bekletilerek ısıtılmış pirinç plaklar 20 sn süre bekletilerek yanık oluşturuldu. Kontol grubuna sadece serum fizolojik enjekte edilirken deney grubuna kendi kanlarından hazırlanan PRP aynı miktarda tek doz enjekte edildi.Travmadan sonraki 72.saatte fotoanaliz için fotoğraflandı ve sintigrafik değerlendirme yapıldı.Takiben tavşanların yanık oluşturulan kulağı immünohistokimyasal inceleme için eksize edildi. Foto analiz için Image J programı ile nekrotik alanlar ve sağlam kalan staz alanları ölçüldü.Patolojik olarak,reepitelizasyon, iltihabi nötrofil infiltrasyon, fibroblast proliferasyonu,angiogen ez,makrofaj dansitesi staz zonu ölçümleri ve apoptozis oranlarının ölçümü yapıldı. Elde edilen patolojik sonuçlar, fotoanaliz sonuçları ve sintigafik ölçüm sonuçları Mann Whitney U ve student-T testleri ile değerlendirildi. Deney grubunda canlı staz zonu alan ölçümleri,reepiteli zasyon,nötrofil infiltrasyonu,fibroblast proliferasyonu ve apoptozis oranları için p değeri < 0.05 bulundu. Staz zonu kurtarılmasında; her iki grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.Sonuç olarak; PRP uygulamasının akut yanıkta apoptozisi azaltarak erken tedavide staz zonu kurtarılmasında faydalı olduğu ve ileri çalışmalarla klinik kullanımda yer alabileceği sonucuna varıldı.

PRP enjeksiyonu



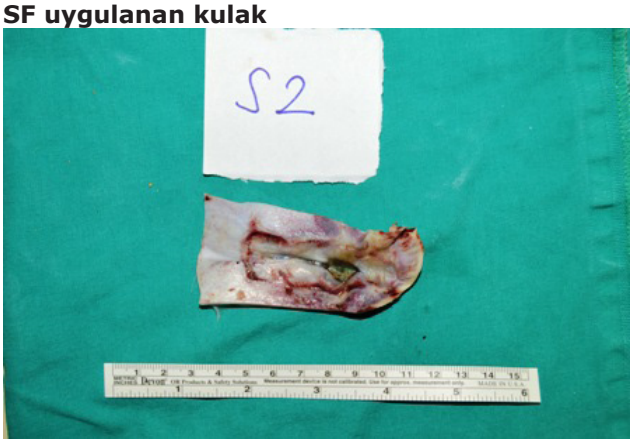
Yanık oluşturulduktan 30 dakika sonra santrifüj sonrası elde edilen ve aktive edilen PRP'nin her bir staz zonuna subdermal enjekte edildi

PRP uygulanan kulak



PRP enjekte edilen tavşanların kulaklarındaki staz zonları SF enjekte edilen gruba kıyasla belirgin olarak daha fazla korunmuş idi.

SF uygulanan kulak



Serum fizyolojik uygulanan kulaklar yanık travmasının 4.günündeki görünümü;staz zonu ile koagulasyon zonunun ayrılamadığı,staz zonunun neredeyse tamamının nekroze olduğu gözlenmekte

Histopatolojik Bulgular

GRUP	Reepitelizasyon (0-4)	Nötrofil İnfiltasyonu (1-3)	Makrofaj Dansitesi (1-3)	Fibroblast İnfiltrasyonu (1-3)	Anjiogenezis (0-3)
SF-1	1	3	2	1	0
SF-2	1	3	1	1	1
SF-3	1	2	2	1	1
SF-4	0	3	1	1	0
SF-5	0	3	2	1	1
SF-6	1	3	1	2	1
SF-7	2	3	1	1	0
SF-8	1	3	2	2	1
SF-9	0	2	1	1	1
SF-10	0	3	2	1	1
PRP-1	3	2	1	2	0
PRP-2	4	1	1	3	1
PRP-4	3	3	1	2	1
PRP-5	4	2	1	2	1
PRP-6	4	3	2	3	1
PRP-7	3	1	1	3	2
PRP-8	4	1	1	2	1
PRP-9	3	2	1	2	1
PRP-10	4	1	1	3	1

PRP ve SF enjekte edilen gruplardaki staz zonundaki histopatolojik bulgular

Her iki grup için apoptozis yüzdesi verileri

GRUP	Epitel hücrelerinde apoptozis yüzdesi	Bağ doku hücrelerinde apoptozis yüzdesi
SF-1	20	70
SF-2	22	65
SF-3	17	74
SF-4	27	55
SF-5	23	56
SF-6	17	49
SF-7	24	61
SF-8	26	64
SF-9	19	59
SF-10	16	58
PRP-1	5	32
PRP-2	8	25
PRP-4	11	39
PRP-5	7	29
PRP-6	6	41
PRP-7	9	25
PRP-8	8	30
PRP-9	11	25
PRP-10	8	27

Her iki grup için apoptozis yüzdesi verileri sonucunda PRP enjekte edilen grupta hem epitel hem de bağ dokusunda belirgin olarak daha düşük apoptozis gözlenmiştir

SS-065
Bası Yaralarının Kapatımda Mutaf Üçgen Flep Tekniğinin Kullanımı ve Sonuçlarımız

Metin Temel[1], Ertan Günal[2], Emine Ayla Gökçe[3], Ömer Berberoğlu[4]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]SEV Amerikan Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.
[3]T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Istanbul
[4]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: Bası yarasının cerrahi tedavisinde ilk tanımlanan yöntemler kısmi kalınlıkta deri greftleri ve kutanöz flepler olmuştur (1,2). Cerrahi tekniğin seçimi hem hastanın genel durumuna hem de yaranın lokalizasyonuna, boyutuna ve derinliğine göre değişir. Deri greftleri yüzeyel bası yaralarında uygulanabilir. Ancak %30 oranında başarısızlıkla sonuçlanır. Bu nedenle genellikle yaranın

kapatılmasında lokal deri flepleri, fasyokutan flepler ve kas-deri flepleri tercih edilir (3,4). Bu çalışmada eşit olmayan Z-plasti prensibine bağlı planlanan Mutaf Üçgen kapatım tekniği ile opere edilen hastalardaki sonuçlarımızı sunmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: Ocak 2012- Ocak 2015 arasında ile kliniğimize başvuran 19-32 yaşlarında toplam 14 (10'si erkek, 4'ü kadın) hastada cerrahi çıkarım sonrası oluşmuş geniş sakral ve torakanterik defektler, " Üçgen Kapatım Tekniği" ile onarılmıştır (5). Tüm nekrotik cilt ve ciltaltı yağlı dokunun kas tabakasına kadar yapılan geniş eksizyonunu sonrası oluşan defekt bir ikizkenar üçgen biçimine dönüştürüldü. Daha sonra bu üçgenin uzun kenarlarından biri tarafında, eşit olmayan bir Z-plasti planlanır. Z-plastiye uygun olarak 2 adet üçgen şeklinde flep kaldırılır (Flep A ve Flep B). Flep A defekt alanını, Flep B ise Flep A'nın donör alanını kapatmada kullanılır. Yara kapatımı vakkum yardımlı drenlerin yerleştirilmesini takiben derialtı (4/0 vicryl) ve deri (4/0 polypropylene) süturasyonu ile operasyona son verildi. Ameliyat sonrası hastaların en az 21 gün süre ile operasyon bölgesine yatmasına izin verilmedi. Dikiş materyali ameliyattan 10-14 gün sonra alındı.

Bulgular: Eksizyon sonrası oluşan defekt büyüklüğü ortalama 15cm2 (8–17 cm2) idi. Tüm hastalarda gergin olmayan, sağlıklı ve iyi vaskülarize fasyokutan flep kullanımı ile primer kapatım sağlanmıştır. Cerrahi girişim süresi 45 ila 75 dakika (ortalama 60 dakika) arasında değişmektedir. Hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 14 gün, takip süresi 16 aydır. Tüm hastalarda estetik olarak kabul edilebilir bir görünüm sağlanmıştır. Bir hastanın flep ucu nekrozu haricinde tüm hastalarda flep nekrozu, insizyon hattında maserasyon, infeksiyon, yara iyileşme problemleri ve nüks izlenmemiştir. Hiçbir hastaya ek cerrahi tedavi uygulanmadı.

Tartışma ve Sonuçlar: Bası yarası, vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerinde, uzun süreli ya da yineleyen basılara bağlı olarak deri ve derialtı dokularında kapillerlerin tamamen kapanması ve o bölgede dolaşımın durması sonucu ortaya çıkan nekroz ve ülserasyonlardır (1, 6). En sık görüldüğü yerler sakrum, koksiks, iskiyum, trokanter ve topuktur. Dirsekler, dizler, ayak bilekleri veya kafatası arkası gibi diğer bölgelerde etkilenebilir. Son yıllarda hasta bakımındaki gelişmelere rağmen, bası yaraları bakımı, tedavisi ve tedavi sonrası rehabilitasyonu zor olan cerrahi sorunların başında gelir. Bası yaralarında hangi tedavi yöntemi seçilirse seçilsin rekürrens sık karşılaşılan bir problemdir (7). Sonuçta bası yaralarını önlemeye yönelik girişimler ve hasta eğitimi her olgunun tedavisinin bir parçası olmalıdır (8,9). Günümüzde ideal bir tedavi yöntemi üzerinde birlik sağlanamamıştır. Hastalığın tedavisinde çok çeşitli tedavi yöntemleri tanımlanmış, oluşan defekt kapatımı için sekonder iyileşme, deri grefti, fasyokutanöz flep, kas flepleri ve serbest flep dahil olmak üzere bir çok cerrahi yöntem tedavi de kullanılmıştır.(4) Tanımladığımız bu yeni teknik, mevcut yöntemlerden farklı olarak, Z- plasti manevrası sağlanan ektra doku releksasyonu ile geniş defektlerin kapatımına uygunluk sağlaması, gergin olmayan ve iyi kanlanan bir doku ile kapatım olanağı, dönor alanın primer kapatımı, estetik olarak kabul edilebilir bir görünüm sağlamaktadır. Geniş rezeksiyon sonrası nüks riskini ortadan kaldırması, planlama ve uygulama kolaylığı yanında, erken mobilizasyon süresi ve nüksün kaçınılmaz olduğu bu yaralarda daha sonraki basamaklarda kullanılbilme potansiyelleri nedeniyle kas dokulara zarar verilmemesi tekniğimizin avantajlarıdır. Bası yaralarının cerrahi tedavisinde " Mutaf Üçgen Kapatım Yöntemi"nin önemli ve etkili bir seçenek olduğuna inanmaktayız.

Kaynaklar

1. Colen SR. Pressure sores. In McCarthy JG (ed). Plastic Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990. 3797-838.

2. Richardson RR, Meyer PR. Prevalence and incidence of pressure sores in acute spinal cord injuries. Paraplegia 1981;19:235-47.

3. Milton SH. Experimental flaps on island flaps. II. ischemia and delay. Plast Reconstr Surg 1972;49:444-7.

4. Yücel A. Bası yaraları. Aydemir EH, Altındaş M (eds). Cilt hastalıkları ve yara bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Kaya Basım; 2001. 131-50.

5. Mutaf M, Günal E, Berberoğlu Ö, Gökçe A. Surgical treatment of extensive sacrococcygeal hidradenitis suppurativa with triangular closure technique. Ann Plast Surg. 2014 Nov;73(5):583-7

6. Mancoll JS, Philips LG. Pressure sores. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne HMT (eds). Grabb and Smith›s Plastic Surgery. Philadelphia: Lippicott-Raven Publishers; 1997. 1083-97.

7. Tavakolli K, Rutkowski S, Cope C, Hassall M. Recurrence rates of ischial sores in paraplegics and tetraplegics treated with hamstring flaps: an 8-year study. Br J Plast Surg 1999;52:476-9.

8. Grewal PS; Sawant NH, Deaney CN, Gibson KM et al. Pressure sore prevention in hospital patients: a clinical audit. J Wound Care 1999;8:129-31.

9. Shipperley T. Guidelines for pressure ulcer prevention and management. Nurs Times 2000;96:11-2.

SS-066
Nekrotizan fasit erken tanısında risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve tedavi algoritması

Özay Özkaya Mutlu, Turgut Kayadibi, Derya Bingöl, İlker Üsçetin
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Nekrotizan fasit nadir görülen fakat hayatı tehdit eden yumuşak doku enfeksiyonudur. Fasyal planlarda hızla ilerleyen bu enfeksiyon, subfasyal plan ve çevre dokuda nekrozlara sebep olur. Erken dönemde daha benign yüzeyel yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırt edilemeyen ve risk faktörleri gözden kaçırılan / değerlendirilmeyen nekrotizan fasit vakaları, tedavide gecikmeye neden olur. Tedavideki bu gecikme mortaliteyi etkileyen en önemli değişken olan cerrahi debridmanda gecikmeye neden olur. Bu çalışmada retrospektif olarak değerlendirdiğimiz ekstremite yerleşimli olup, erken dönemde birden çok kez gözden kaçırılıp ileri evrelerde kliniğimize başvurmuş, 4 nekrotizan fasit hastası ile ilgili deneyimlerimizi aktarmak, risk faktörlerinin ve nekrotizan fasit laboratuvar risk indikatörünün (LRINEC) erken tanıdaki önemi vurgulamak istedik.

Metod: Kasım 2014 ile Mayıs 2015 tarihlerinde 4 hasta septik şok bulguları ile birlikte alt ekstremite (3 hasta) ve üst ekstremitede (1 hasta) şişlik, akınt, ısı artışı ile hastanemiz acil kliniğine başvurdu. Hastaların genel durumunda düzelme olmaması ve kötüye gidiş sonrasında plastik cerrahi kliniğimize yönlendirildi. Nekrotizan fasit tanısıyla gerekli müdahaleleri yapılan hastaların mevcut hastalıkları, demografik bilgileri, laboratuvar, radyolojik, patolojik ve mikrobiyolojik bulguları ile genel gidişatları, yapılan cerrahi girişimler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Nekrotizan fasit tanısı klinik bulgularla tarafımızca konulmuş olup, histopatolojik çalışmalarla doğrulanmıştır. Hastalardan 3'ü kadın, biri erkek olup yaş ortalaması 55(41/71) idi. En sık eşlik eden komorbidite 3 hastada bulunan diyabet idi. Bir hastada aynı ekstremiteye travma hikayesi, bir hastada ise aynı ekstremitede geçirilmiş cerrahi (liposuction) hikayesi mevcuttu. Staphylococcus 3 hastada izole edilen en sık patojen idi, bir diğer hastada patojen olarak Escherchia coli izole edildi. Bütün hastalarda ilk semptom olan ağrının başladığı andan itibaren LRINEC skoru 6'nın üzerinde hesaplandı. (6-9) Tanı konduktan sonra erken cerrahi ve geniş spektrum antibiyotik tedavisine rağmen 3 hasta septik şok tablosu nedeniyle kaybedildi, bir hastaya kol ampütasyonu yapıldı.

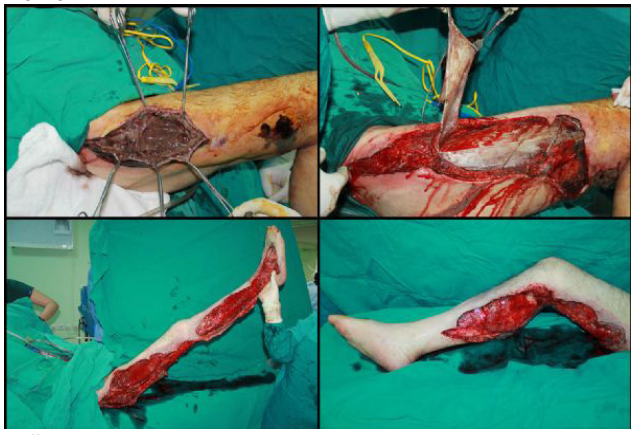
Sonuçlar: Nekrotizan fasit derin fasyal planlarda hızla ilerleyen ve hayatı tehdit eden yumuşak doku enfeksiyonudur. Erken evrelerde ağrı şikayetiyle acil servislere başvuran bu hastalarda, predispozan faktörleri gözden kaçırmak hastalığın evresinin ilerlemesine ve mortalitenin artmasına sebep olmaktadır. Şüphe halinde morbidite ve ölümün önüne geçebilmek için tek önemli faktör acil medikal ve cerrahi girişimdir. LRINEC skoru literatürü destekleyecek şekilde hastalarımızda da erken dönemde dahi nekrotizan fasit hastalarının tanısında kullanılabilecek önemli bir diagnostik ayıraçtır. LRINEC skoru 6'nın üzerinde ve ek morbidite – girişim hikayesi olan hastaların nekrotizan fasit açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Vaka 2



a) Preoperatif sol üst ekstremitenin görünümü b) İntraoperatif debridman sonrası c) İkinci intraoperatif debridman sonrası

Vaka 4



Sağ alt ekstremitede gözden kaçmış / atlanmış evre 3 nekrotizan fasit olgusu intraoperati debridman görüntüleri

Vaka 4



Sağ alt ekstremitede gözden kaçmış / atlanmış evre 3 nekrotizan fasit olgusu preoperatif görünüm

SS-067
Yanık Skarı Tedavisinde Kanül ile Yağ Enjeksiyonu

Barış Çin, Oğuzhan Demirel, Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Mehmet Bozkurt, Funda Aköz Saydam, İbrahim Karaca Basaran
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Yanık bir insanın yaşından, ekonomik durumundan sosyal durumunda ve işinden bağımsız olarak başına gelebilecek en yıkıcı travmalarda biridir. Diğer travmalardan farklı olarak hem fonksiyonel ve estetik olarak hem de sosyal ve psikolojik olarak sekel bırakır. Son 20 yıldaki akut tedavi, yara iyileşme mekanizmasının anlaşılması, fizyoterapi, atel, cerrahi gibi konulardaki gelişmelere rağmen yanık yara izlerinin hastaların cildinde ve hayatında bıraktığı etkiler henüz çözümlenememiştir. Bu problem özellikle her gün sosyal ilişki içinde olunan arkadaşlar ve meslektaşlarla karşılaşmalarda en çok göze batan el ve yüz gibi alanlarda olunca daha da büyür. Bu çalışmada yanık hastalarında son yıllarda kullanımı artan, subkütan tünel oluşturma ve lipofiling tedavisinin önceki çalışmalardaki başarılı sonuçlarını verifiye etmek ve tünnel oluşturmanın tedavinin faydasını artırıp artırmadığını araştırmak için yapılmıştır.

Method: Farklı bölgelerinde yanık skarı bulunan 9 yetişkin hasta rastgele seçilmiştir. Bu hastaların el ve yüz yanıklarına tünelizasyon ve lipofiling işlemi yapılıp estetik ve fonksiyonel sonuçları takip edilmiştir. Yağ dokusu 1cc 1:200,000 epinefrin içeren 500cc salin tümesan infiltrasyonunu takiben abdominal subkütan yağ dokusundan veya daha zayıf hastalarda uyluk medialinden elde edilmiştir. Daha sonra 3000devir/dk›da

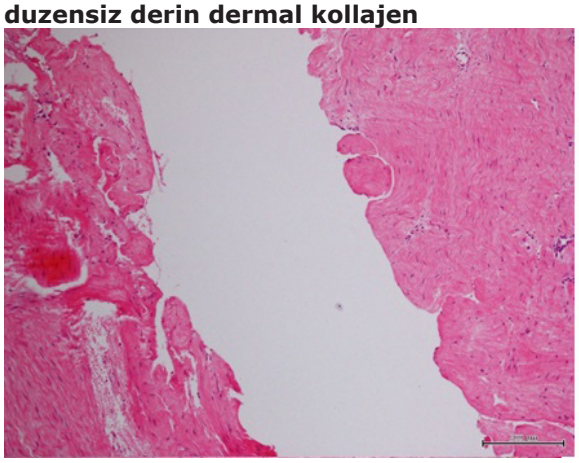
3 dakika santrifüj edildikten sonra Coleman tekniğine göre orta tabakası ayrılmıştır. Hedef doku Tulip® 3mm V şeklinde liposuction kanülü ile dermal-hypodermal skarlı tabakada tüneller oluşturacak şekilde birden fazla giriş noktasından eşit dağılımlı açılarla tünelize edilmiş ve bu boşluklara elde edilen yağ dokusu enjekte edilmiştir. Postoperatif olarak hastanın subjektif analizi, patoloğun histolojik analizleriyle karşılaştırılıp incelenmiştir.

Sonuç: Bütün hastalarda subjektif estetik görüntü ve klinik görünüm daha iyi görülmüştür. Hasta gözlemci skar değerlendirme skorları literatürle uyumlu bir şekilde yüksek izlenmiştir. Cilt kalınlığı ve kalın yapısı daha yumuşak ve ince hale gelmiş, cilt elastikiyeti artmış, eritamatöz renk doğal cilt rengine yaklaşmıştır. 9 hastadan hiç birinde adipoz dokunun anormal koleksiyonu veya kontür düzensizlikleri izlenmemiştir. Postoperatif enfeksiyon, tromboemboli, veya kanama hiç bir hastada görülmemiştir. Hastalardan birinde tedaviden bağımsız olarak anestezi komplikasyonu izlenmiştir. 3mm kanülle subdermal tünelizasyon cilt altı fibrotik bantları ve organize olmayan kolejen nodüllerini parçalamakta ve yağ grefti için cep oluşturmaktadır. Bu ceplere adipoz dokusu homojen olarak yayılmıştır. Lokal skara noktasal yağ enjekte edilen çalışmalara kıyasla, cilt altı basınç ve etki eşit dağıldığı için, tedavinin etkisi de yanık alanda eşit olmaktadır. Bu tekniğin negatif tarafı alttan tünnel oluşturken cildi perfore edip yeni bir iz oluşumuna sebep olunabilmesi riskidir. Deneyimimiz arttıkça bu komplikasyonun olma riskinin azaldığını gözlemledik, ancak tünelizasyon esnasında hassas ve dikkatli hareket edilmelidir.

Tartışma: Bugün liposuction basit ve güvenli bir cerrahi prosedür olarak kabul edilir. Elde edilen yağ dokusu Coleman tekniğine göre işlemden geçirilip, dermo-hypodermal bileşkeye steril şartlarda enjekte edildiğinde, dermal skarı azalttığı ve hasarlı yağ dokusunu normal kalınlığına artırdığı gözlenmiştir. Lipofilling›in ekstrasellüler matriksi cilt altından iyileştirdiği ve üretimini artırdığı, böylece derin dermal fibroblastların etkisini bastırdığı düşünülmektedir.
Yağ greftinin bu özelliği önceki çalışmalarda mezenkimal kök hücreleri ile ilişkilendirilmiştir. Normal yanık iyileşmesinde proliferatif fazda tutukluk olması sebebiyle hipertrofik skar gelişmektedir. Yüzeyel (papiller) dermal fibroblastlar nekroze olur, böylece iyileşme derin (retiküler) dermal fibroblastlara kalır, bu hücrelerde diğer süreçleri başlatır. MMP ve TIMPS artar, TGF seviyeleri artar, hücreler arası yoğun sinyalleşmeler (miRNA) görülür. V şeklindeki lipofilling kanülü kullanmaktaki amaç fotoğraflarda da görüldüğü gibi skar dokusunu parçalamak, hücreler arası bu sinyalleşmeyi inhibe etmek, ince ve sert olan cildi kalın ve daha yumuşak hale getirmektir. Kendi hasta serimizde cilt yumuşaklığı, skar azalması, hasta memnuniyetinin arttığını gördük. Bu literatürdeki organize olmayan tip3 ve tip 5 kolajenin azaldığı ve elastik liflerin arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur. Çalışmadaki hastaların 3 ay ile 5 yıl arasında değişen termal travma öyküsü mevcut olmasına rağmen hepsinde tedaviye yanıt alındı. Bunun sebebi yanık hastalarında maturasyon bloğu olması ve diğer travmaların aksine proliferatif fazda yara iyileşmesi durmasıdır.

Lipofilling uygulamasında tünelizasyona ek olarak adipoz dokunun kalitesini artırmak, greft survisini artırmak, ek tedavilerle birleştirip fibroblastik hücre proliferasyonunu ve kollajen oluşumunu geliştirmek için hala çalışmalar yapılması gerekmektedir.

duzensiz derin dermal kollajen



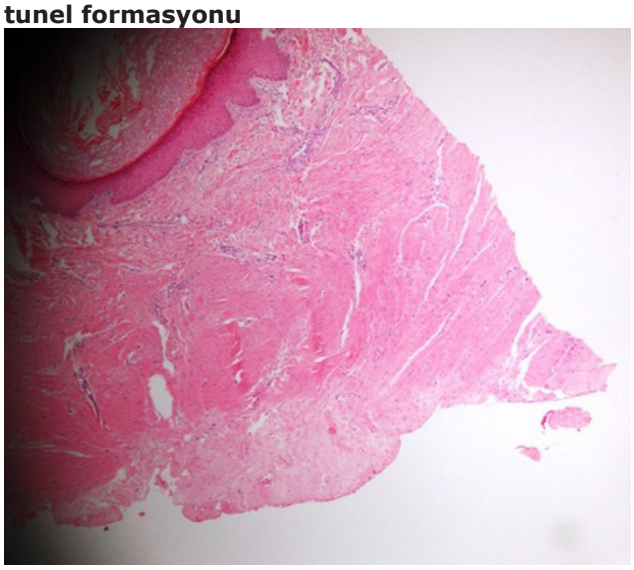
Yüzeyel düzenli dermiş altında düzensiz ve kaba kollajen ve fibrotik dokular 2

Duzensiz kolajen tabakalar



Yüzeyel düzenli dermiş altında düzensiz ve kaba kollajen ve fibrotik dokular

tunel formasyonu



Makroskopik olarak nitelendirilen tünel oluşumunun dermal seviyede kalın yüzeyel tabaka ile birlikte görülmesi. Superfisiyel tabakada daha fazla elastik lifler, ve doğal dizilimi görülmektedir. Düzensiz kolajen tabakalar azalmış, daha derinde ve daha düzenli görülmektedir.

SS-068
Sakral Defektlerde SGAP Propeller Fleplerin Kullanımı ve SGAP İlerletme Fleplerine Göre Avantajları

Murat Diyarbakırlıoğlu[1], Semih Bağhaki[2], Mirza Fırat Çevirme[3], Alp Ercan[2], Sevgi Kurt Yazar[4]
[1]Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[4]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Sakral bölge defektleri sıklıkla bası yaralarına bağlı olarak görülmekle birlikte, kist dermoid sakral, hidradenitis suppurativa, tümör ve travma gibi sebeplerle de oluşabilmektedir. Sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda parsiyel ve total gluteal kas flepleri, V-Y ilerletme flepleri, fasyokutanöz gluteal rotasyon flepleri vb. kullanılmakla birlikte son yıllarda perforatör fleplerin kullanımı popülarize olmaktadır. Sakral bölge defektleri için superior gluteal arter perforatör flepleri ilerletme flepleri ve propeller flepler olarak kullanılabilir. Çalışmamızda çoğunluğu sakral bası yaralarına bağlı olarak oluşan sakral bölge defektlerinin SGAP propeller flepler ile onarımını ve SGAP ilerletme fleplerine göre avantajlarını paylaşmak istiyoruz.

2011-2014 yılları arasında yaşları 21-46 arasında değişen (ort. 32) 12 hastaya, sakral bası yaraları nedeniyle superior gluteal arter perforatör propeller flebiyle onarım uygulandı. 1 hastada kist dermoid sakral, 1 hastada hidradenitis suppurativa ve diğer hastalarda ise bası yaraları etyolojik faktörlerdi. 1 hastada kısa süreli basit antibiyoterapi ile giderilen enfeksiyon ve 1 hastada distal parsiyel nekroz dışında komplikasyonla karşılaşılmadı.

Superior gluteal arter perforatör flepleri özellikle mobil veya mobilizasyon beklentisi olan hastalarda gluteus maximus kasının sakrifiye edilmemesi, donör alan komplikasyonlarının daha az olması gibi avantajları nedeniyle sakral bölgenin rekonstrüktif cerrahisinde sıklıkla tercih edilmektedir. Sakral bölgenin geniş kalibrasyonlu perforatörleri flep canlılığı açısından ciddi bir avantaj teşkil etmekle birlikte, gluteus maximus kasının düzensiz fasya yapısı ise perforatör disseksiyonu açısından dezavantaj sunmaktadır.

Superior gluteal arter perforatör flepleri sakral bölge defektlerinin onarımında başlıca ilerletme flepleri ve propeller flepler olarak kullanılmaktadır. SGAP propeller fleplerin ilerletme fleplerine göre birtakım avantajlar sunduğunu düşünüyoruz;
- Sakral bölge defektinin gerginlik olmaksızın kapanmasını sağlayacak perforatör disseksiyonu ve iskeletizasyonu propeller fleplerde daha azdır. Bir başka deyişle gluteus maximus kasının düzensiz fasyal yapısı içerisinde yapılan daha kısa bir perforatör disseksiyonu, SGAP propeller fleplerde defektin kapatılması için yeterlidir. Çünkü defektin kapatılmasında ilerletmeden değil perforatörün distalinde kalan flep bölümünden faydalanılır.
- Perforatör damar iskeletizasyonu daha az olduğundan, perforatör bükülmesi (kinking) daha az olmakta, bu da fleplerdeki venöz dönüş probleminin daha az ve daha kısa süreli olmasını sağlamaktadır.
- Donör alanın bir kısmı flebin kendisi tarafından kapatılmakta, bu da donör alandaki gerginliği azaltmaktadır.
- Defektin tamamını defektten uzak ve sağlıklı doku kapatmakta, buna bağlı olarak marjinal epitelizasyon problemleri olmamaktadır.

Sonuç olarak; farklı etyolojilere bağlı olarak görülen sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda SGAP fleplerin güvenilir ve kullanışlı flepler olduğunu, bununla birlikte SGAP propeller fleplerin SGAP ilerletme fleplerine göre daha avantajlı ve kolay olduğunu söyleyebiliriz.

Kist dermoid sakral



KDS eksizyonu sonrası oluşan defektin SGAP propeller flep ile onarımı

Sakral bası yarası



Grade 4 sakral bası yarası. Debridman ve SGAP propeller flep ile onarım.

Sakral basıyarası-2



Grade 4 sakral bası yarası. Debridman sonrası SGAP propeller flep ile onarım.

SS-069
Pediyatrik Hastalarda Yanık Sonrası Geç Dönemdeki Tedavisi Zor Deri Deformitelerinin Kollajen Elastin Matrix Kullanılarak Tek Aşamalı Onarımı

Çağlayan Yağmur, Tekin Şimşek, İsmail Küçüker, Ahmet Demir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

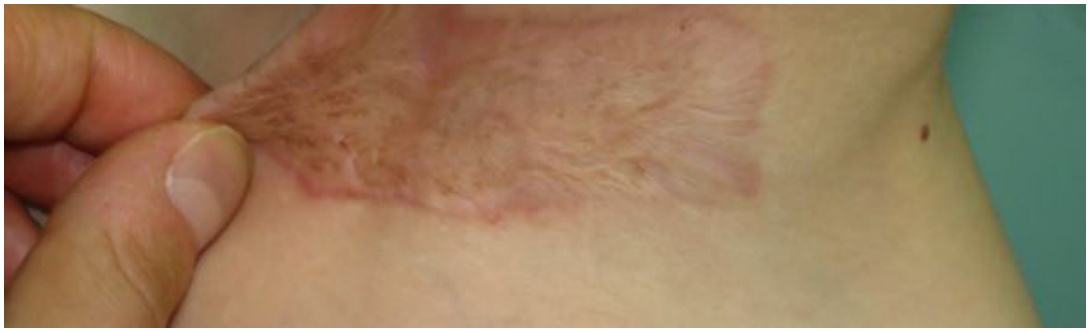
Amaç: Pediyatrik vakalarda yanık sonrasında oluşan kontraktürlerin ve/veya aşırı dermal skarlaşma durumlarının tedavisi genellikle zorludur. Etkilenen alanlar yüz, boyun, el ve ayak bileği gibi alanlar olduğu zaman durum daha da zorlaşır. Etkilenen alanın boyutu arttıkça estetik ve fonksiyonel problemler de artar ve cerrahi seçenekler, tam kalınlıkta deri greftlemesi, ekspander uygulamaları ve flep seçenekleri ile sınırlı hale gelir. Bu vücut bölgelerindeki deformitelerin tedavisi teknik güçlükler (sınırlı tam kalınlıkta deri grefti donör sahası, sınırlı flep seçenekleri, ekspander yerleştirmenin olanaksız olduğu cerrahi alanlar vb), artmış dönör saha morbiditesi, uzamış hastane yatışı ve artmış tedavi masrafları nedeniyle zorlayıcı hale gelebilir. Bu çalışmada pediyatrik vakalarda yanık sonrası geç dönemde görülen zorlayıcı cilt deformitelerinin kollajen elastin matrix (Matriderm®) kullanılarak tek aşamalı olarak tedavisine yönelik tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

Gereç Yöntem: Tüm vakalar sadece tek bir alan için opere edildiler. Kontraktürlerin açılması ve /veya aşırı/istenmeyen skarların eksizyonunu takiben oluşan defektler kollajen elastin matrix (Matriderm®) ve kısmi kalınlıkta cilt grefti ile rekonstrükte edildiler. Hastalarda fonksiyonel ve estetik sonuçlar fotoğraf ve muayene yolu ile değerlendirildi.

Sonuç: Toplam hasta sayısı 10 idi (3 e, 7 k, yaşlar 2-9 yıl arası). Lezyonlardan 2 tanesi yüzde, 3 tanesi boyunda 2 tanesi el bileğinde, 2tanesi aksillada ve 1 tanesi de ayak bileğinde idi. Ortalama greftlenen alan 38 cm2 (± 9.4) olarak ölçüldü. Ortalama takip süresi 11 ay oldu. Greftlerin esnekliği ve yapısı tatmin edici seviyede oldu. Tüm kontraktürler problemsiz olarak iyileşti ve aşırı dermal skarlaşmalarda ciddi nüks görülmedi. 1 hasta alt göz kapağında revizyon amaçlı tekrar opere edildi.

Tartışma Sonuç: Özel vücut bölgelerindeki büyük geç yanık deformitelerinin tedavisi zorlayıcıdır. Pediyatrik yaş grubundaki hastalarda bu durum daha zor ve komplike bir hal alır. Sınırlı cerrahi seçeneğin olduğu böylesi durumlarda kollajen elastin matriksle kombine kısmi kalınlıkta deri geft uygulamasın uygun bir seçenek olabilir.

hasta 2



preop-postop 1



SS-070
Fournier gangreninde skrotal ve perineal doku defektlerinin medial uyluk bölgesinden hazırlanan serbest stil perforatör V-Y flepler kapatılması

Emre Atacan Koçman[1], İyimser Üre[2], Fatih Nejdet Yaşar[3], Aydan Ayşe Köse[1], Yakup Karabağlı[1], Özlem Cemboluk Ebeler[4], Sezi Ceylan[5], Mahmut Özgül[1], Mehmet Uzuner[1], Mert Seçer[1], Tuncay Karslı[1], Cengiz Çetin[1]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
[4]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği
[5]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Fournier gangreni (FG) perineal, genital veya perianal bölgelerin hızlı yayılan nekrozitan fasitisi olarak tanımlanan polimikrobial bir enfeksiyondur. Bu tip vakalarda debritman sonrası geniş doku defektlerinin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Ancak bu bölgenin rekonstrüksiyonu; intertrijinöz bölgeye ve anüse yakın komşulukta olması ve kontaminasyona açık olması nedeniyle zordur. Bu bölgenin rekonstrüksiyonunda greftleme yanında flepler de tarif edilmiştir(1,2,3,4). Bu çalışmada medial uyluk bölgesinden hazırlanan perforatör bazlı V-Y flaplerin FG›ye bağlı doku defektlerinin kapatılmasında kullanılabilirliği tartışılmıştır. Ayrıca skrotum rekonstrüksiyonunda kısmi kalınlıklı cilt greftleri (KKCG) ve ya flepleri kullanımının estetik sonuçları da karşılaştırılmıştır.

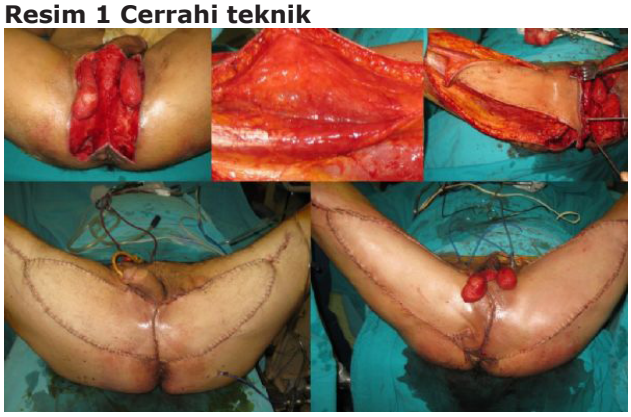
Materyal-Metod: Çalışma 2011-2014 yılları arasında FG tanısı ile tedavi edilen dokuz hastayı kapsamaktadır. Hastalar hakkındaki bilgiler tabloda verilmiştir(Tablo 1).
Cerrahi teknik
Seri debritmanlar ile yara yerindeki nekrotik ve enfekte dokular uzaklaştırılmalıdır. 5-6 debritmanı takiben açık yara kapamaya hazır hale gelir. Litotomi pozisyonunda defektin sınırları belirlenir (Resim 1 sol üst). Defektin kapatılmasında perineal bölgeye öncelik verilmesi önemlidir. Çünkü çıplak testis dokusu üzerinde genellikle tunica vaginalis sağlamdır ve ya granülasyon dokusu oluşur. Aşırı hasarlı testis ise orşiektomi ile uzaklaştırlır. Uyluk medialinde pubisten, medial kondile uzanan bir hat çizilir ve bu hat 3 bölgeye ayrılır. 1/3 proximal ve 1/3 orta bölgesinin kesiştiği yerde bir el dopleri vasıtasıyla perforatörler bulunur. Bu perforatörler genellikle gracilis kası çervesinde bulunan septokutan perforatörlerdir(1,2). Tek perforatör tespiti yeterli olsa da bulunduğu takdirde daha fazla perforatör de işaretlenmelidir.Flebin eni en az defekt genişliğinde bir V-Y şeklinde tasarlanmalıdır. Flep uzunluğu ise defektin boyuna göre belirlenir. 1/3 distal kısmın proksimaline kadar uzatılabilir. Bunun amacı flep donor alanının Y şeklinde primer kapatılmasına imkan sağlamasıdır. Defekt, inguinal katlantının distalinde medial uyluğa doğru uzanıyorsa;yeterli doku sağlanamayabilir. Bu durumda flep elevasyonundan vazgeçilmelidir. Flep sınırlarından yapılacak insizyonlar ile yağ dokusu geçilerek kas fasyasına ulaşılır(Resim 1 orta üst). Kas fasyasının insize edilmesi genellikle yeterli mobilizasyonu sağlar ancak flebin daha fazla ilerletilmesi için proksimal ve distalinden perforatörlerin çıkış noktasına doğru diseksiyon yapılır. Perforatörlere yaklaşıldıkça flep defekte doğru gerginlik olmayacak şekilde hareket ettirilerek kontrol edilir. Hedeflenen kapatma gerginlik olmadan sağlandığı zaman diseksiyon sonlandırılmalıdır(Resim 1 sol üst). Perforatör pedikülüne kadar diseksiyon yapılmamalı ve pedikül çıplaklaştırılmamalıdır. Eğer defektin kapatılmasında diğer flebe de ihtiyaç duyulursa aynı işlem karşı tarafa da yapılır. Flapler fasya,ciltaltı ve cilt olmak üzere 3 tabaka halinde karşı taraf cildine ve ya birbirlerine sırasıyla 0,2/0

ve 3/0 vicryller ile dikilir(Resim 1). Alıcı alana hemovaklar konur. Cilt perineal ve skrotal bölgede 3/0 biosyn ile devamlı sütür tekniği ile diklirken flap distal kısımları ve donor alanlar stepler kapatılır(Resim 1 sağ alt). Eğer testis üzeri fleplerle kapatılamadıysa aynı seansta uyluk lateralinden alınan KKCG ile kapatılır(Resim 1 sol alt). Bir hafta yatak istirahati boynca uylukların abdüksiyonuna izin verilmez. Hasta ayaklarını yatak içinde hareket ettirir. Perianal hijyeni sağlamak için operasyon öncesi (genelde debritman aşamasında) kolostomi açılabilir ve ya perop 2 hafta boyunca posasız gıda alımı teşvik edilir.

Bulgular: Hiç bir olguda parsiyel ve ya tam flep kaybı görülmemiştir. Perineal bölge rekonstrüksiyonu yapılan 2 olguda erken dönemde ciltte ayrılma görülmüş, ancak lokal yara bakımı ile 1 ay içinde kapanmıştır. Aynı hastalardan birinde operasyondan 2 ay sonra lokalize abse formasyonu meydana gelmiş ve kendiliğinden drene olmuştur. Hasta yatırılarak antibiyoterapi verilmiş ve yara sekonder iyileşmiştir. Bir hastada perianal bölgede erken dönemde meydana gelen derin doku ayrışması hastanın tekrar operasyonu kabul etmemesi üzerine yara bakımı ile takip edilmiş ancak sonrasında hastada renal yetmezlik ve hiperglisemi gibi dahili sorunlar ortaya çıkması sonrası hasta takipten çıkmıştır. Perineal bölgesi medial uyluk serbest stil perforatör fleplerle kapatılan 3 hastada testis üzeri KKCG ile kapatılmıştır. Bir hastada skrotum primer kapatılmıştır.Bu hastalarda testislerin üzeri fleple kapatılan hastalara göre daha iyi estetik sonuç alınmıştır(Resim 2).

Tartışma: FG›de erken ve geniş debritman gereklidir ancak debritmana bağlı ortaya çıkan perineal ve skrotal defektlerin rekonstrüksiyonu zordur. Bu amaçla KKGC yanında pekçok fasyokutan ve muskulokutan flepler de tarif edilmiştir(1,2,3,4). KKGCsınırlı vakalarda iyi sonuçlar verse de geniş defektlerde maserasyon ve dışkı kontaminasyonuna bağlı iyileşme bozuklukları ve ya ileri dönemde kontraksiyonlar görülebilir. Fasyokutan flepler ince ollma avantajlarına rağmen ada şeklinde kaldırıldıklarında diseksiyonları zordur,transpoze edildiklerinde ise katlantı yerlerinde köpekkulağı deformitesi meydana gelebilir. Kas flepleri iyi vasküler doku sağlamalarına rağmen kalındırlar ve fonksiyonel kasın alınmasına bağlı donor alan morbiditesine sebep olurlar. FG sonrasıdoku defekti rekonstrüksiyonunda Gracilis kas deri flebi sık kullanılmaktadır (1,2,3,4). Aslında bu gracilis kası perineal ve skrotal defekterde ilerletme hareketini kolaylaştırmak için kullanılmaktadır. Asıl defekti kapatan cilt örtüsü fasyokutan fleptir. Bu fasyokutan flep gracilis çevresindeki septokutan perforatörler tarafından beslenir(1,2). Bu çalışmada gracilis kasının diseksiyonuna gerek kalmadan septokutan perforatörler üzerinden serbestleştirilerek kaldırılan fasyokutan V-Y flepleri ile FG›ye bağlı perineal ve scrotal cilt defektleri kapatılmıştır. eğer perineal bölge defekti genişse ve de testislerin tunica vaginalisleri granüşlasyon ile kaplanmışsa FG›ye bağlı cilt defektlerinin kapatılmasında öncelik perineal bölgeye verilmiş, testisler KKCG ile kapatılmışlardır. Testislerin greftlenmesinin scrotumun estetik görünümü açısından daha iyi sonuç verdiği gözlenmiştir. Ayrıca testisler düşük ısıda daha iyi sperm ürettiği için genç hastalarda greftleme tercih edilebilir. Ancak bu ayrı bir inceleme konusudur. Sonuç olarak medial uyluk bölgesinden hazırlanan serbest stil perforatör V-Y flep,FG›ye bağlı perineal ve skrotal bölge rekonstrüksiyonunda teknik olarak kolay ve iyi fonksiyonel ve estetik sonuçları olan bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Resim 1 Cerrahi teknik



Resim 1. Cerrahi teknik. Debritman sonrası ortaya çıkan perineal ve skrotal defekt(sol üst). Kas fasyasına kadar flebin diseke edilmesi(orta üst). Flebin defekte ilerletilmesi(sağ üst). testislerin flep ile kapatılması(sağ alt) ve ya greftlemek amacıyla dışarıda bırakılması(sol alt).

Kaynakça

1. Whetzel TP, Lechtman AN. The gracilis myocutaneous flap: vascular anatomy and clinical application. Plast Reconstr Surg. 1997;99:1642-52.

2. Hsu H, Lin CM, Sun TB, Cheng LF, Chien SH.Unilateral gracilis myofasciocutaneous advancement flap for single stage reconstruction of scrotal and perineal defects. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007;60(9):1055-9.

3. Kayikçioğlu A. A new technique in scrotal reconstruction: short gracilis flap. Urology. 2003 Jun;61(6):1254-6.

4. Chen SY, Fu JP, Chen TM, Chen SG.Reconstruction of scrotal and perineal defects in Fournier›s gangrene.J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Apr;64(4):528-34.

Tablo 1. hastaların demografik bilgileri

Hasta No.	Yaşı	Etyoloji	Yandaş hastalık	Defekt boyutu ve yeri (en x boy	Flap elevasyonu	Skrotum kapaması	Orşiektomi	Kolostomi	Komplikasyon	Takip süresi
1	37	Perianal abse	-	12x18cm Perineum + testisler	Bilateral	KKCG	-	+	-	8 ay
2	68	Ani gelişen enfeksiyon n	DM	7 x 4 Sol testis	Unilateral	Flep	-	-	-	4 ay
3	48	Ani gelişen enfeksiyon n	DM	6x8 cm testisler	Bilateral	Flep	-	-	1. yüzeyel yara ayrışması 2. Geç dönem enfeksiyon	16 ay
4	55	Perianal abse	DM	18 x 12 cm Perineum + testisler	Bilateral	Flep	-	-	Derin yara ayrışması	3 ay
5	68	Ani gelişen enfeksiyon n	DM	10x20cm Perineum + testisler	Bilateral	Primer kapama	-	-	-	8 ay
6	57	Perianal abse	DM	8x6cm Perineum + testisler	Unilateral	KKCG	-	-	yüzeyel yara ayrışması	14 ay
7	65	Ani gelişen enfeksiyon n	DM +KBY	8 x 5cm Perineum + testisler	Unilateral	Flep	Sol testis	-	-	6 ay
8	63	Ani gelişen enfeksiyon n	DM +Vitiligo	10 x6 cm Perineum + testisler	Unilateral	Flep	-	-	-	15 ay
9	34	Ani gelişen enfeksiyo	-	12 x 8cm Perineum + testisler	Unilateral	KKCG	-	-	-	5 ay

Hastaların demografik verileri. DM,Diabetes Mellitus;KBY,Kronik börek hastalığı

Resim 2 scrotumun fleple ve greftle rekonstrüksiyonu karşılaştırılması



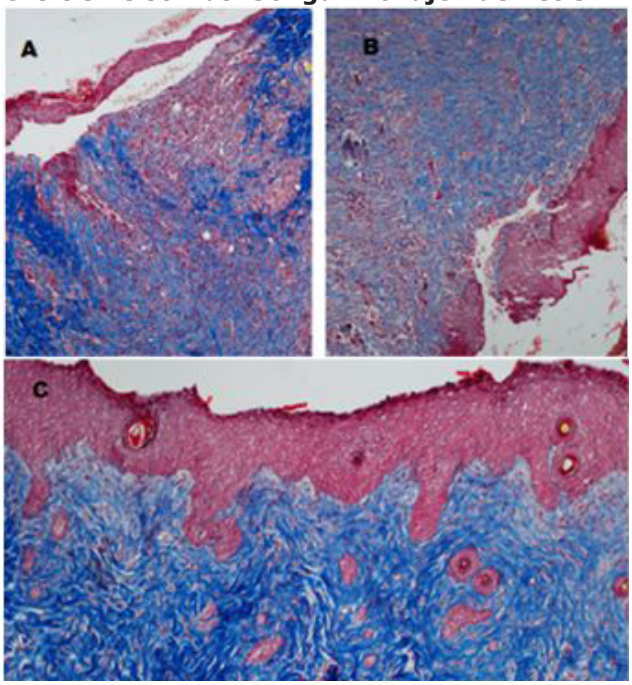
Testislerin flaple veya greftle kapatılmasının karşılaştırılması

SS-071
Rat Tam Kalınlıklı Deri Defektlerinde Dermal Analogların Kontraksiyon Üzerine Etkileri

Özlem Cemboluk[1], Ayşe Aydan Köse[2], Atacan Emre Koçman[2]
[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Sakarya
[2]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Eskişehir

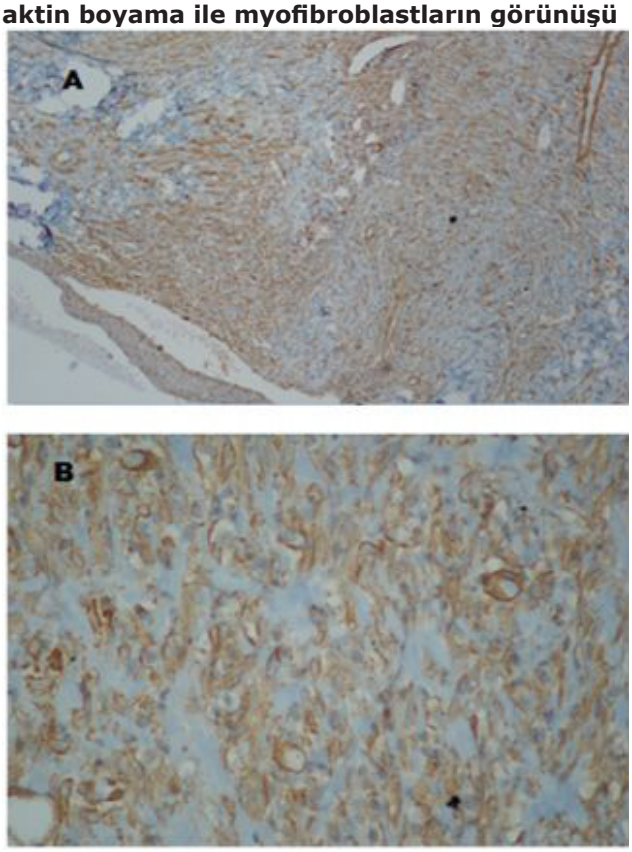
Epidermis ve dermisin tüm katmanlarını içeren deri defektlerinin iyileşmesi, yeni doku oluşması ile sonuçlanan oldukça karmaşık bir süreçtir. Yara kontraksiyonu ve skar oluşumu, bu sürecin kaçınılmaz bileşenleridir. Son yıllarda, fonksiyonel ve kozmetik sonuçları iyileştirmek ve otolog greftlere duyulan ihtiyacı azaltmak amaçlı, dermis ve epidermisin yerini alabilecek yapay ürünler üzerinde yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Bu analogların, yara kontraksiyonu üzerine etkilerini ve histolojik özelliklerini karşılaştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, hayvan yara kontraksiyon modelinde, kollajen-GAG dermal analog (Integra®) ile kollajen-elastin dermal analog (Matriderm®)'in etkilerini karşılaştırmaktır. Dermal analogların yara iyileşme özellikleri hem makroskopik hem de mikroskopik olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada 3 gruba ayrılan 21 adet Sprague-Dawleycinsi dişi sıçan kullanılmıştır. Deney grubu-I ve II'de (n=7), ratların sırtlarına kollajen-GAG dermal matriks (Integra®) veya kollajen-elastin dermal matriks (Matriderm®) veya dermal analogsuz yalnızca FTDG ile iyileştirilen 2 adet 2.5x2.5 cm'lik tam kat cilt defekti oluşturulmuştur. Deney grubu 1 ve 2,greftleme sonrası 0., 7., 14. ve 30. günlerde fotoğraflanmıştır. Deney grubu-3'te (n=7), ratların sırtına 3 adet 1.5 x 1.5 cmlik defekt oluşturularak defektler kollajen-GAG dermal matriks (Integra®), kollajen-elastin dermal matriks (Matriderm®) ve de yalnızca ince tam kalınlıklı deri grefti ile onarılmıştır. Deney grubu-3'ten greftleme sonrası 14. ve 30. günlerde histolojik değerlendirme için biyopsi alınmıştır. Histolojik incelemede epidermis ve dermis kalınlıkları, granülasyon dokusu, kollajen depolanması, elastik lifler, inflamatuar hücreler ve myofibroblastik hücreler değerlendirilmiştir. Makroskopik olarak her iki dermal analog, FTDG'ne göre kontraksiyonu azaltmıştır. Ancak bu azalış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Histolojik olarak, dermal analog gruplarındaki inflamatuvar hücre popülasyonu FTSG grubundan daha az bulunmuştur ancak yabancı cisim reaksiyonu gruplar arası farklılık göstermemiştir. 30.gün biyopsilerinde, kollajen ve elastik liflerin dağılımı skar dokusu ile benzer olduğu görülmüştür. FTDG grubunda myofibroblast popülasyonu da dermal analog grubundan fazla bulunmuştur ki bu fazlalık zaman içerisinde gerçekleşecek olan yara kontraksiyonunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Sonuç olarak, dermal analog ile tedavi edilen yaralar, FTDG grubundan daha iyi histolojik özellikler göstermiştir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, makroskopi değerlendirmede dermal analog grubunda daha az kontraksiyon gösterilmiştir.

Greftleme sonrası 30. gün kollajen demetleri



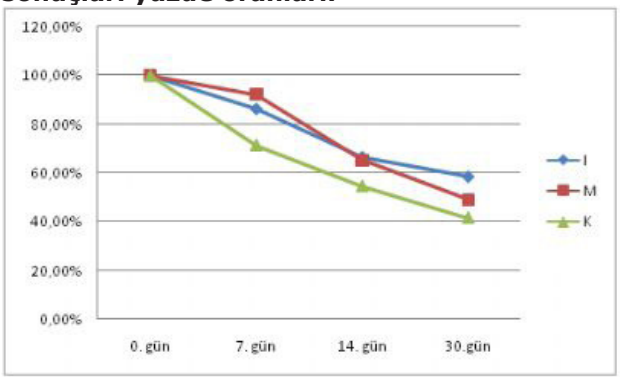
Greftleme sonrası 30. gün.Matriderm® grubu (A)ile Integra® grubunda(B) dermiste randomize kollajen demetleri mevcut iken, kontrol grubunda (C) kollajen demetleri epidermise paralel uzanmakta.

Greftleme sonrası 30. günde kontrol grubunda aktin boyama ile myofibroblastların görünüşü



30. gün, myofibroblastların kontrol grubunda dermal analog kullanılan gruplara göre daha fazla olduğu görüldü

Grupların günlere göre ortalama yüzey ölçüm sonuçları yüzde oranları.



30. gün bütün grupların yüzey alanlarında küçülme olduğu; en az küçülmenin Integra® grubunda,en fazla küçülmenin ise yalnızca greft kullanılan grupta olduğu görüldü

SS-072
Skrotum Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Anterolateral Uyluk Flebi Deneyimlerimiz

İsmail Melih Kuzu, Reşit Burak Kayan, Onur Akman, Mustafa Ekrem Güleş, Osman Kelahmetoğlu, Kemalettin Yıldız, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Fournier gangreni(FG) sonrası oluşan geniş skrotum defektlerinin rekonstrüksiyonu, rekonstrüktif cerrahinin zorlu alanlarından birisidir. Bu cerrahinin kısıtlayıcı ve zorlayıcı yönleri; lokal flep seçeneklerinin yetersiz olması, skrotumun kendine özgü cilt yapısı nedeniyle lokal fleplerin ve greftin alıcı alana tam uyum göstermemesi ve bu hastalardaki komorbid faktörlerin yara iyileşmesini bozması, geciktirmesi olarak gösterilebilir. Bu kısıtlayıcı faktörler nedeniyle plastik cerrahın skrotum rekonstrüksiyonundaki temel hedefi yaranın hızlı bir şekilde kapatılması olagelmiştir. Başarılı ve hızlı skrotum rekonstrüksiyonunu tanımlayan birçok yöntem olmasına rağmen genellikle skrotumun kendine özgü yumuşak doku örtüsünü elde edebilmek ve kozmetik kabul edilebilirlik sağlamak hep ikinci plana atılmıştır. Bundan yola çıkarak skrotum defekti olan hastalarımızda pediküllü anterolateral uyluk(ALU) flebi ile; hem erken yara kapama hem de ideale yakın kozmetik sonuç elde edilebileceğini düşündük. Kliniğimizde skrotum defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullandığımız pediküllü ALU flebi olgularımızı ve sonuçlarını sizlerle paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntem: 2011-2015 tarihleri arasında kliniğimizde 10 hasta FG sonrası genital bölge defekti nedeniyle tedavi görmüştür. Tüm hastalar üroloji ekibince yapılan akut debridman, yara bakımı ve çoklu antibiyoterapi tedavisi sonrası rekonstrüksiyon amaçlı devralındı. Rekonstrüktif yöntem defektin yeri, büyüklüğü, lokal fleplerin kullanılabilirliğine göre belirlendi. Primer kapatıma uygun olan 2 hasta bu yöntemle rekonstrükte edildi. Kalan 8 hasta defekt tarafından kaldırılan pediküllü ALU flebi ile rekonstrükte edildi. İşlem öncesi defekt boyutu yaklaşık olarak belirlenerek cerrahiye hasta supin pozisyonda iken başlandı. Defektin olduğu tarafta SİAS ve patella lateral sınırı arasında intermusküler septum işaretlendi. Bu septumun orta noktası etrafında 5cm çaplı alanda doppler

yardımıyla majör perforatörler işaretlendi. Perforatör dağılımına göre flep çiziminde modifikasyonlar yapıldı. Ardından ALU flebi lateral sirkumfleks femoral arter(LSFA) dalı üzerinden diseke edilerek kaldırıldı. LSFA transvers dalı bağlanarak kesildi. Donör alan ve skrotum defekti arasında kalan kasık medialindeki cilt ve rectus femoris kası altından tünel hazırlandı. Hasta litotomi pozisyonuna alındıktan sonra serbestlenen flep hazırlanan tünelden geçirilerek alıcı alana adapte edildi. Flep altına ve donör alana drenler yerleştirilerek insizyonlar kapatıldı.(Resim.1) ALU flebi ile rekonstrükte edilen hastaların ortalama yaşı 63,2 (50-71), en küçük defekt alanı 7x10 cm, en büyük defekt alanı ise 9x20 cm olarak ölçüldü. Tüm hastalarda flep donör alanı primer kapatıldı. Post operatif dönemde tüm hastalar antibiyoterapi, düşük molekül ağırlıklı heparin rejimi, uygun sıvı replasmanı ile takip edildi. Hastaların bir tanesinde post operatif 8. saatte alıcı alana tünelize edilen flep altında hematom saptandı, hastaya hematom drenajı yapıldı. Diğer hastalarda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Tüm hastalar post operatif 1. haftada taburcu edildi. Hastaların tamamı 6 ay takipte kaldı. (Resim.2)

Tartışma: Fournier gangreni genital ve perianal bölgelerin sinerjistik polimikrobiyal enfeksiyona bağlı gelişen nekrotizan fasiiti ile karakterizedir. İlk olarak 1883 yılında Jean Alfred Fournier tarafından tanımlanmıştır. Tanı ve tedavideki gecikme ölümcül olabileceğinden erken tanı ve medikal/cerrahi tedavi yüksek önem taşır. Günümüzde FG her yaş grubunda görülebilmektedir, ancak sıklığı 50 yaş üzerinde artış gösterir. Erkeklerde 10 kat fazla görülür. Düşük sosyoekonomik düzey ile yakın ilişkilidir ve daha çok fakir toplumlarda görülür. Dünyada Afrika, Asya ve Hindistan'da yaygın olarak görülmesine rağmen, hastalığın en yüksek insidansının ABD ile Kanada 'da olduğu görülmektedir. Hastalığın en sık nedenleri anorektal enfeksiyonlar, genitoüriner enfeksiyonlar, travma ya da perineal ve genital derideki lokal yaralanmalardır. Perianal enfeksiyon en sık görülen neden olup primer enfeksiyona bağlı ya da perianal cerrahiye sekonder gelişebilir. Fakat ürolojik sebeplere göre prognozu kötüdür. FG etyolojiden bağımsız olarak bazı sistemik hastalıklarla sıklıkla birlikte görülmektedir. Bunların başında %20-70 sıklıkla eşlik eden diabetes mellitus gelmektedir, alkolizm ise %25-50 ile ikinci sıklıktadır. Tüm sistemik hastalıkların ortak paydası azalmış hücresel immuniteye bağlı bağışıklık sistemi bozulmasıdır. FG anorektal, perineal veya genitoüriner bölgelerin süpüratif bakteri enfeksiyonunun küçük subkutanöz damarların trombozuna yol açarak, üzerindeki deride gangrenin gelişimiyle sonuçlanır. Fasya nekroz hızı saatte 2-3 cm kadar yüksek olabildiğinden, tanıyı erkenden koymak çok önemlidir. Tiksindirici fekaloid koku da hastalığın bir diğer karakteristiğidir. Gangrenin gelişmesiyle siyah dermal nekroz tabloya hakim olur, fakat kutanöz tutulum buzdağının sadece görünen kısmıdır. Ciltaltı yumuşak dokularda ve fasyada yaygın nekroz izlenir. Gangren oluşumu ile birlikte ağrının azalması hatta kaybolması tipik bir bulgudur. Tedavinin ana prensipleri, agresif hemodinamik stabilizasyon, parenteral geniş spektrumlu antibiyotikler ve acil cerrahi debridmandır. Ancak bu üçlü kombine tedavinin esasını erken cerrahi debridman oluşturur. Rekonstrüksiyon için uygun bir yara zemini elde etmek için hasta başına ortalama 3,5 debridman prosedürü gerektiği bildirilmiştir. Hemodinamik instabilite ve tekrar debridman gerekliliği erken rekonstrüksiyonu kısıtlayıcıdır. Rekonstrüktif alternatifler deri grefti, testisleri medial uyluk bölgesine gömmek ve flep seçenekleri olarak sıralanmaktadır. Bu seçenekler arasında estetik ve fonksiyonel olarak en başarılı sonuç flepler ile alınmaktadır. Özellikle skrotumun %50'sinden fazlasının defektif olduğu FG'de nekroz ve enflamasyon sürecinden etkilenen bölgenin genişliği sebebiyle lokal flep seçenekleri kısıtlanmıştır. Deri greftleri kılsız örtü sağlamaları ve iskeletize olmuş genitallerin kötü görünümü nedeniyle bu hastalarda tercih edilmedi. (Resim.3) Kas flepleri (gracilis gibi) greftleme gerektirmesi, kaba görünüm ve uzun dönemde kontrakte olabilmesi yüzünden kullanılmadı. Pediküllü ALU flebi defekt alanına yakınlığı, sonuçların başarısı, estetik uyum, büyük defektleri örtebilmesi, bilateral kullanım imkanı, duyulu olarak hazırlanabilmesi, fasya latanın dartos fasyasını taklit edecek şekilde flebe dahil edilebilmesi, suprafasyal flep diseksiyonu ile ince kaldırılabilmesi gibi sebeplerden ötürü kliniğimizde tercih edilmekte. Rekonstrüktif yöntemin sperm üretimine etkisi hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda değerlendirilmiş ve flep/greft karşılaştırmasında greftlenen grupta azalmış sperm üretimi saptanmıştır. Bu yüzden özellikle genç hastalar için önemli olabilecek sperm üretiminin devamlılığını ve sperm kalitesini korumak adına flep seçenekleri öncelik kazanmaktadır.

Sonuç: Pediküllü ALU flebi kıl taşıyan derisi, defekte göre boyutunun optimize edilebilmesi, nörotizasyon imkanı, ideal yumuşak doku örtüsü taşıması ve tatmin edici estetik sonuçları nedeniyle skrotum rekonstrüksiyonunda önemli alternatiflerden biridir. Flebin dezavantajları arasında obez hastalarda kalınlıktan ötürü revizyon gerektirmesi ve greftlemeye göre uzamış cerrahi süresi sayılabilir.

1. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier›s gangrene. Br J Urol. 1998 Mar;81(3):347-55.

2. Eke N. Fournier›s gangrene: a review of 1726 cases. Br J Surg. 2000 Jun;87(6):718-28.

3. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier›s gangrene. Surg Clin North Am. 2002 Dec;82(6):1213-24.

4. Ozturk E, Ozguc H, Yilmazlar T. The use of vacuum assisted closure therapy in the management of Fournier›s gangrene. Am J Surg. 2009;197(5):660-5.

5. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome prediction in patients with Fournier›s gangrene. J Urol. 1995 Jul;154(1):89-92.

6. Demir Y, Aktepe F, Kandal S, et al. The effect of scrotal reconstruction with skin flaps and skin grafts on testicular function. Ann Plast Surg 2012;68:308-13.

Resim.1



Peroperatif vaka görüntüleri

Resim.2



Post operatif 6. ayda hasta görüntüsü

Resim.3



ALU flebi ve greft ile rekonstrükte edilen hastalar

SS-073
Göz çevresi yanıklarında skatrisyel ektropion ve göz kapağı kontraktürünün engellenmesinde yeni bir yöntem: Göz kapağında vertikal V-Y ilerletme

Nebil Yeşiloğlu, Hakan Şirinoğlu, Murat Sarıcı, Gökhan Temiz, Emre Güvercin, Gaye Taylan Filinte
DR. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: : Göz ve çevre dokuların ağır yanıklarında, göz kapağında görülen ektropion ve kapak kontraktürü gözün sürekli açık kalmasına ve önlem alınmadığı durumlarda körlüğe kadar ilerleyebilen korna hasarına sebep olabilmektedir. Bu durumun engellenmesi için akut dönemde en çok kullanılan yöntem tarsorafi işlemidir fakat tarsorafi, morbid bir işlem olmasının yanında uzun dönemde koruyuculuğunu yitirmekte ve kendine özgü ek sorunlara yol açabilmektedir. Tanımlanmış bir çok farklı teknik de benzer şekilde özellikle uzun dönem takiplerde yetersiz kalmaktadır. Bu çalışmada, plastik cerrahinin en temel yöntemlerinden biri olan V-Y ilerletme kullanılarak göz çevresi yanıklarında ektropion lagoftalmus ve kapak kontraktürünün engellendiği basit ama etkili bir yöntem sunulmaktadır.

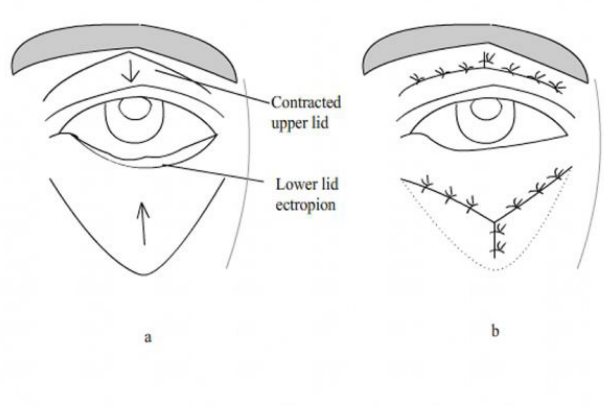
Hastalar ve Yöntem: Göz kapağında vertikal V-Y ilerletme yöntemi, haziran 2012 ile ocak 2014 tarihleri arasında göz çevresinde 2. ve 3. derece yanığı bulunan 17 hastada uygulandı.Kapakta ilerletme yönüne uygun olarak çizim yapıldıktan sonra (Resim-1), lokal anestezi uygulanır. Ardından işlem sonunda kapakların gerginlik olmayacak şekilde uygun miktarda ilerletildiğinin kontrolü için üst ve alt kapak birbirine sütüre edilir. V şekilli insizyon, zeminde orbital septum kalacak ve orbiküler kas da dahil edilecek şekilde muskulokutan olarak kaldırılır. V şekilli flep uygun gerginliğe mahal vermeyecek şekilde uygun miktarda ilerletilerek Y şekilli olarak kas ve cilt planları ayrı ayrı sütüre edilir. İşlemin sonunda göz kapaklarına konan sütürler alınarak kapaklar serbestlenir ve insizyon üzerine pansuman uygulanarak işleme son verilir (Resim 2Ave 2B).

Bulgular: Hastalarda major bir komplikasyon saptanmazken, bir hastada sütür dehisansı diğer bir hastada ise yüzeyel yumuşak doku enfeksiyonu saptandı. Yumuşak doku enfeksiyonu, topikal ve oral antibiyotik ile tedavi edilirken, sütür dehisansı saptanan vakada lokal anestezi altında yeniden sütür atıldı. Hastaların tümünde ameliyattan sonraki erken dönemden itibaren tam veya tama yakın göz kapama olduğu, lagoftalmus olmadığı tespit edildi. Hastalarda gerek üst gerek alt göz kapaklarındaki insizyonların ise neredeyse skar bırakmadan iyileştiği görüldü (Resim 2Cve 2D).

Tartışma: Yöntem esas olarak göz kapağında vertikal yönde V-Y ilerletme yaparak, kapak mesafesini uzatma temeline dayanmaktadır. Tek kapakta kullanılabildiği gibi gereklilik halinde her iki kapakta da kullanılabilmektedir. Sunulan yöntemde cilt ile beraber orbiküler kasa da müdahale edilmesi ve V-Y ilerletme sonucunda orbiküler kas devamlılığı bozulmadığından fonksiyonel sonuçlar çok başarılı olmaktadır. Yöntemin kullanımı, akut yanık döneminde dokuların cerrahi müdahaleye uygun olmaması nedeniyle uygun değilken, yanıktan 7-10 gün sonra uygulanması tercih edilmelidir. Bu aralıkta krem ve pansumanlarla veya geçici tarsorafi ile gözün kapatılması uygun olacaktır. Yöntemin uygun olmadığı bir diğer durum ise kapaklarda ciddi doku kaybına neden olan travma durumlarıdır. Bu durumda kapakta flep planlamaya yetecek doku bulunamadığından, lokal flep veya greftlerle onarım daha uygun olacaktır.

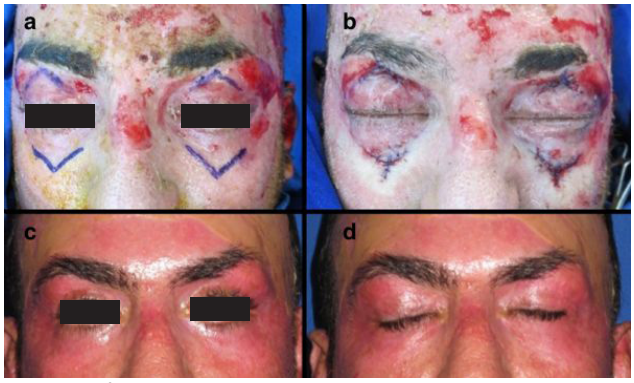
Sonuç: Sunulan vertikal V-Y ilerletme tekniği, göz çevresi yanıklarda subakut ve kronik dönemde uygulanabilen ve göz kapanmasını sağlayarak korneayı korumada etkin rol oynayan bir yöntemdir.

Resim-1



Yöntemin şematik görünümü

Resim-2



2A ve 2B: İntraoperatif görünüm 2C ve 2D: Hastanın postoperatif 6. aydaki görünümü

SS-074
Ciddi Yüz Yanık Gelişen Olgularda Mikrostomi Engelleyici Splint Kullanımı: Klinik Çalışma

Muzaffer Durmuş[1], Sevgi Kara[2],
Abdül Kerim Yapıcı[1], Yalçın Bayram[1], Muhitdin Eski[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Yanık Merkezi

Giriş: Major yüz yanıklarının tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda, perioral skar ve kontraktürün engellenmesi fonksiyonel ve estetik açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Ağız açıklığının yeterliliği; artikülasyon, yemek yeme, dental hijyen, yüz ifadesi, sosyal iletişim, psikolojik iyilik hali ve genel anestezide entübasyon açısından gerekli temel fonksiyonlardan biridir. Bu nedenle ciddi yanık olgularında, skar gelişimi ile bu temel yapıda meydana gelen fonksiyon kaybının engellenmesi büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı, ciddi yüz yanığı olgularında mikrostomi engelleyici splint kullanım etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda iki planda (vertikal ve horizontal) skar kontraktürünü engelleyecek, oral kommisürde genişleme sağlayacak kişiye özel dinamik bir splint kullanıldı. splint GATA Ortodonti AD tarafından kişiye özel olacak şekilde tasarlanıp üretildi ve 5 olguda uygulandı. Bu olgularda oral fonksiyonların aksamamasına dikkat edildi. Splint kademeli olarak her gün 1 mm daha fazla genişlik sağlayacak şekilde, özel anahtarı ile bir tur çevrildi. Uygulamaya özellikle yanık gelişiminin 3 ile 4. haftasında yara iyileşmesini takiben başlanarak günde birkaç saatlik dinlenme intervalleri şeklinde uygulandı. Oral motor egzersizler ve fonksiyonel aktiviteler (yemek yeme, konuşma, dental hijyen) haricinde aralıklı periyodlarla uygulamaya devam edildi. Bu işleme 12-16 hafta süresince yeterli ağız açıklığı sağlanana kadar devam edildi. İlk olguda 6 hafta sonunda vertikal planda 20 mm, horizontal planda 30 mm olacak şekilde oral açıklıkta düzelme sağlandı. İkinci olguda ise 8 hafta sonunda vertikal planda 22 mm, horizontal planda ise 34 mm lik bir düzelme sağlandı.

Tartışma ve Sonuç: Sfinkter benzeri yapısı ile orbikülaris oris kası, yanık rehabilitasyonu açısından kompleks bir yapıdır. Ciddi yüz yanığı sonrasında; bu yapının doğal özelliğinin korunmasında ve kontraktürün primer nedeni olan skar oluşumunun önlenmesinde; bası giysisi uygulaması, ağız splinti, skar masajı, nemli ortam teması, egzersiz, hasta eğitimi başvurulacak tedavi seçenekleridir. Bunların içinde ağız splinti, oral mikrostominin engellenmesi ve tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde statik ve dinamik özellikte oral splintlerin kullanıldığı görülmektedir. Çalışmamızda kullanılan splint, mikrostomiyi engellerken, skar oluşumuna bağlı gelişen mikrostomiyi de kademeli olarak azaltmakta, oral açıklığın korunmasında faydalı olmaktadır. Sonuç olarak ''custom made'' olarak tasarlanıp uygulanan intraoral dinamik splint ciddi yanık olgularında perioral skar gelişimini engellerken, dinamik yapısı ile yeni oluşan kontraktürlerin önüne geçerek fonksiyonelliğin devamını sağlamaktadır. Özellikle yara bakımının tamamlanıp skar matürasyonun başladığı 3-4. haftalardan sonra kişiye özel hazırlanan bu splintin kullanımını önermekteyiz.

Kaynaklar:
1. Subramanyam KL. Anesthetic management of post-burn contracture chest with microstomia: Regional nerve blocks to aid in intubation. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015 Apr-Jun;31(2):250-2
2. Grishkevich VM. Post-burn microstomia: anatomy and elimination with trapeze-flap plasty. Burns. 2011 May;37(3):484-9.
3. Zweifel CJ, Guggenheim M, Jandali AR, Altintas MA, Künzi W, Giovanoli P. Management of microstomia in adult burn patients revisited. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Apr;63(4):e351-7.

SS-075
Gövde ve Alt Ekstremitenin Geniş Ezilme ve Avulsiyon Yaralanma Olgularında Klinik Karar Süreci ve Cerrahi Tedavi Algoritması: Vaka Bazlı Yaklaşım

Özay Özkaya[1], Derya Bingöl[1], Onur Egemen[2],
İlker Üşçetin[1], Kadir Tasasız[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Liv Hospital, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Gövde ve alt ekstremitenin geniş ezici ve avulsiyon yaralanmalarında, etken sıklıkla trafik kazalarıdır. Yaralanma esnasındaki ezici ve torsiyona yol açan güçler, cilt, ciltaltı doku ve yüzeyel fasyanın, derin kas fasyası üzerinden ayrılmasına ve sıyrılmasına sebep olmaktadır (1). Bu sıyrılma esnasında muskulokutan perforatörlerin cilt ve ciltaltı dokudan ayrılmasıyla avulsiye olan fleplerde dolaşım bozulmaktadır (2,3). Ekstremitelerdeki geniş avulsiyon yaralanmalarında; alttaki derin dokularda kemik, kas ve nörovasküler yapılarda da sıklıkla yaralanma eşlik etmekte ve ekstremite amputasyonuna kadar kötü progresyon gösteren ve hastada hayati risk oluşturan klinik süreç ortaya çıkabilmektedir (1,4). Kompleks travmalı ekstremitenin kurtarılması veya ampute edilmesi yönündeki karar sürecinde; birçok skorlama sistemi tariflenmiştir (5-8). Tedavide güncel yaklaşım ise; kurtarılma kararı verilen ekstremitede, öncelikle dolaşımın sağlanması, kemik yapılarda fiksasyon, devitalize dokuların debridmanı ve sağlıklı yumuşak doku örtüsünün sağlanması sonrasında fonksiyonun yeniden kazanımına yönelik rehabilitasyon sürecinin başlangıcı şeklindedir. Bu çalışmada, gövde ve alt ekstremitedeki geniş ezilme ve avulsiyon yaralanmalı olgularda klinik karar sürecinde

dikkat edilmesi gereken faktörler, medikal ve cerrahi tedavi seçeneklerinin sunulması ve tedavi algoritmasının oluşturulması amaçlandı.

Materyal-Metod: Bu çalışmaya kliniğimizde 2013-2015 yılları arasında tedavi edilmiş olan, gövde ve alt ekstremitedeki geniş ezilme ve avulsiyon yaralanmalı, yaşları 11-75 yıl (ort= 39,3) arasında değişen, 3'ü kadın 5'i erkek, 8 hasta dahil edildi. Hasta fotoğrafları ve tıbbi kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Etiyolojik faktörler, doku defektleri, uygulanan medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri kaydedildi.

Bulgular: Etiyolojide, hastaların 5'inde araç dışı trafik kazası, 2'sinde motorsiklet kazası, 1'inde araç içi trafik kazası sonucu travmatik geniş avulsiyon yaralanması mevcuttu. Altı hastada doku defekti alt ekstremitede; 2 hastada gövde ve alt ekstremitede yer almaktaydı (Tablo 1). Dört hastada alt ekstremitede büyük kemik kırığı eşlik etmekteydi. Hastaların 3'ü kliniğimize erken dönemde, 5'i ise geç dönemde konsulte edildi. Bir hastada akut dönemde avulsiye flepler tam kalınlıkta deri grefti olarak hazırlanıp, defekte erken debridman ve onarım uygulandı. Hastaların tümünde çok sayıda debridman ve günlük pansuman uygulandı. Beş hastada vakum yardımlı kapama ile tedaviye destek sağlandı. MESS (Mangled extremity severity score)=8 olarak hesaplanan bir hastada ekstremite amputasyonu uygulandı. Bir hastada kemik defektini örtmek için peroneal arter perforatör flebi uygulandı. Hastaların tümünde kısmi kalınlıkta deri grefti, onarım basamağında yer aldı.

Sonuçlar: Bu çalışmada geniş ezilme-avulsiyon yaralanmalarında hastaların tedavi süreçleri, yaş, eşlik eden hastalık veya travmalar, yaralanmanın derecesi, kliniğimize konsulte edildiği dönem, eşlik eden büyük kemik kırığı olup olmaması, rekonstrüksiyon sonrasında yeterli fonksiyon kazanıp kazanmayacağı gibi çok sayıda değişken göz önünde bulundurularak belirlendi. Yaralanmanın erken döneminde, avulsiye dokuda mümkünse dolaşımın olup olmadığının belirlenmesi, dolaşım olmayan fleplerden tam kalınlıkta veya kısmi kalınlıkta deri greftleri hazırlanarak erken dönem onarımın literatürde de önerildiği üzere faydalı olacağı görüşüne varıldı (1-4). Geç dönem başvuran olgularda veya avulsiye dokunun kullanılamayacağı durumlarda ise debridmanlar ile devitalize dokuların hızlıca uzaklaştırılıp, gerekirse vakum yardımlı kapama kullanarak yumuşak doku örtüsünün hızlıca sağlanması ve hastanın mümkün olduğu kadar erken dönemde günlük hayatına döndürülmeye çalışılmasının tedavi hedefleri arasında olması gerektiği sonucuna varıldı.

Kaynaklar:
1-. Jeng SF, Wei FC. Technical refinement in the management of circumferentially avulsed skin of the leg. Plast Reconstr Surg 1997;100:1434-41.
2- Pilancı O, Aköz Saydam F, Başaran K, Datlı A, Güven E. Management of soft tissue extremity degloving injuries with full-thickness grafts obtained from the avulsed flap. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013 Nov;19(6):516-20.
3- Lim H, Han DH, Lee IJ, Park MC. A Simple Strategy in Avulsion Flap Injury: Prediction of Flap Viability Using Wood›s Lamp Illumination and Resurfacing with a Full thickness Skin Graft. Arch Plast Surg. 2014 Mar;41(2):126-32.
4- Mark L. Prasarn, David L. Helfet, and Peter Kloen. Management of the mangled extremity Strategies Trauma Limb Reconstr. 2012 Aug;7(2): 57-66.
5. Johansen K, Daines M, Howey T, Helfet D, Hanson ST Jr. Objective criteria accurately predict amputation following lower extremity trauma. J Trauma. 1990;30:568–72.
6. Russell WL, Sailors DM, Whittle TB, Whittle TB, Fisher DF, Jr, Burns RP. Limb salvage versus traumatic amputation. A decision based on a seven-part predictive index. Ann Surg. 1991;213:473–80.
7. Howe HR, Jr, Poole GV, Jr, Hansen KJ, Clark T, Plonk GW, Koman LA, Pennell TC. Salvage of lower extremities following combined orthopedic and vascular trauma. A predictive salvage index. Am Surg.1987;53:205–8.
8. McNamara MG, Heckman JD, Corley FG. Severe open fractures of the lower extremity: a retrospective evaluation of the mangled extremity severity score (MESS) J Orthop Trauma. 1994;8:81–87.

Resim 1



51 yaşında kadın hasta, sağ inguinal bölgeden baldır ortasına kadar sirküler geniş avulsiyon yaralanması mevcut. Araç dışı trafik kazası sonrası 6. gününde tarafımıza ortopedi bölümünden devredilen hastaya, seri debridman, negatif basınçlı yara tedavisi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım aşamaları sırası ile izlenmekte. 6 seans debridman ve 8 seans debridman+aşamalı deri grefti ile onarım yapıldıktan sonra doku defekti kapatıldı.

Tablo 1

Hastalar	Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Defekt Lokalizasyonu	Defekt/Vücut Yüzey Alanı %
1	51y	Kadın	Araç dışı trafik kazası	Sağ inguinal bölgeden baldır orta seviyeye kadar sirküler avulsiyon	%15
2	51y	Kadın	Araç dışı trafik kazası	Sağ uyluk orta seviyeden baldır orta seviyeye kadar sirküler avulsiyon	%8
3	75y	Erkek	Araç dışı trafik kazası	Sağ uyluk ortasından tarsometatarsal eklemlere kadar sirkülere yakın avulsiyon	%12
4	29y	Erkek	Araç dışı trafik kazası	Sol omuz, sırt, sağ omuz posterioru, bilateral gluteal bölge, sağ uyluk ve baldır laterali, her iki ayak laterali avulsiyon	%20
5	32y	Erkek	Motorsiklet kazası	Sol baldır anteromedial yüz boyunca avulsiyon	%5
6	25y	Erkek	Motorsiklet kazası	Sağ inguinal bölgeden baldır orta seviyeye kadar sirküler avulsiyon, sol ayak ve ayak bileği sirküler ezilme yaralanması	%18
7	41y	Kadın	Araç içi trafik kazası	Sağ lomber bölgeden sağ uyluk posterioruna uzanan, sağ gşuteal bölgeyi içeren, sol gluteal bölgeye uzanan avulsiyon	%8
8	11y	Erkek	Araç dışı trafik kazası	Sol uyluk anterior-medial ve laterali boyunca, ve sağ uyluk distalinde mediali boyunca	%9

Hasta Tablosu

SS-076
Anterior Fontanel Yerleşimli Kemik Erozyona Neden Olan Dermoid Kist:Adeloye-Odeku Hastalığı

Mert Muhittin Sandıkcı[1], Ergin Seven[1], Enis Mert[1], Hülda Rıfat Özakpınar[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

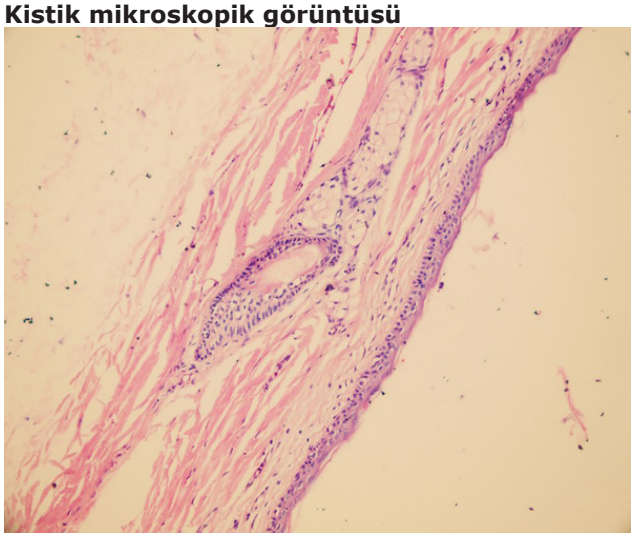
Amaç: Konjenital dermoid kistler baş boyun bölgesinin sık görülen selim kistik kitleleridir. Sıklıkla üst, dış orbita ile orta hatta burun ve alında görülmektedir. Anterior fontanel yerleşimli konjenital dermoid kist veya Adeloye-Odeku hastalığı nadir görülen bir lezyondur.Konjenital dermoid kistler orta hat ve lateral yerleşimli olarak iki gruba ayrılır. Lateral yerleşimli olanlar orbita çevresi ve kaş lateralinde, orta hat yerleşimli olanlar burun dorsumunda bulunurlar. Pediyatrik popülasyonda baş ve boyunda oluşan dermoid kistlerin %80'i kaş laterali ve üst orbital rimde; %10'nu üst medial orbitada görülür. Nazal yerleşimli olanlar tipik olarak orta hatta bulunurlar ve tüm dermoid kistlerin %5-10'unu oluştururlar. Çocukluk çağının skalp ve kafatası kitlelerinin %37 ile %57 oranında intrakraniyal uzanım ve %16 oranında dural uzanım gösterebileceği bildirilmiştir. Lateral yerleşimli dermoid kistlerin çok ender olarak kraniyal uzantıları olurken orta hat yerleşimli kistlerde duraya yapışıklık ve intrakraniyal uzantıları olabilmektedir. Bu nedenle orta hatta yerleşen dermoid kistlerin tedavisinde kistin türünü ve yapısını incelemek için operasyon öncesi bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilmektedir. Bu çalışmamızda iki olguda ilk kez Nijeryada'da Adeloye ve Odeku tarafından tanımlanan ve onların ismiyle literatüre geçen anterior fontanel yerleşimli kemik erozyonuna neden olan dermoid kist bildirilmektedir.

Olgu: Mevcut olgularımız, saçlı deride kitlesi olan 2 yaşında erkek ve 9 yaşında kız hasta poliklinikte görüldü. Hastaların doğumdan itibaren fark edilen, orta hatta anterior fontanel ile uyumlu olan bölgede yaklaşık boyutları 3x3cm olan mobil, düzgün sınırlı ve yumuşak kıvamlı kitleleri mevcuttu. Hastaların yapılan ultrasonografi tetkikinde düzgün sınırlı, ovoid şekilli kistik lezyon izlendi. Hastaların çekilmiş olan kranial MRG›si ve düz kafa grafilerinde anterior fontanel ile uyumlu bölgede kemik erozyonu gösteren kitle izlenmekteydi. Hastalar genel anestezi altında opere edildi ve skalpte bulunan kitle kapsülü ile beraber eksize edildi. İntraoperatif kitlelerin frontal kemiği erode ettiği izlendi. Hastaların postoperatif takiplerinde sorun yaşanmadı. Çıkarılan kitle patolojik incelemeye gönderildi ve patoloji sonucu dermoid kist olarak raporlandı. Hemotoksilen eozin boyalı preparatlarda sebaseöz glandlar ve kıl folikülü mevcuttu.

Sonuç: Dermoid kistler kaynağı ve gelişimine göre üç grupta incelenir: konjenital terotom tipi, derine itilmiş hücrelerin neden olduğu akkiz dermoid kistler ve embriyonik füzyon hatları üzerinde dermal hücrelerin inklüzyonu ile oluşan konjenital inklüzyon dermoid kistleridir. Histolojik olarak kist duvarı epitelyal doku ile kaplı olup içerisinde saç follikülleri, sebase ter bezleri gibi adneksal yapılar içerir. Anterior fontanel yerleşimli konjenital inklüzyon dermoid kistleri oldukça nadir lezyonlardır. Tüm kranial tümörlerin %0,1-0,5'ini, tüm inklüzyon kistlerinin %0,2'sini oluşturur. Adeloye-Odeku hastalığı olarak da tanımlanan anterior fontanel yerleşimli konjenital dermoid kistler ilk kez Adeloye ve Odeku tarafından 1971 yılında Nijerya'da tanımlanmıştır. Literatürdeki ilk makalelerde Afrika kökenli hastalarla ilgilidir. Son dönem makalelerinde değişik etnik kökenli milletlerde görülebileceği anlaşılmıştır. 2003 yılına kadar literatürde anterior fontanel yerleşimli 229 konjenital dermoid kist olgusu bildirilmiştir. Türkiye'den anterior fontanel yerleşimli 9 konjenital dermoid kist olgusu bildirilmiştir. Saçlı derinin ve yüzün orta hat lezyonlarında kranial uzanım açısından incelenmelidir. Ayırıcı tanıda epidermoid kist, ensefalosel, gliom, sinus pericranii ve Langerhans hücreli histiyosit düşünülmelidir. Hastalara ameliyat öncesi BT, MRG ve ultrasonografi gibi invaziv olmayan tetkikler yapılarak kranial uzanımın varlığı araştırılabilir. Tarihsel olarak bu tip orta hat kitlelerinde kranial uzanımı saptamak için içeriğin aspirasyonu, hava ventrikülografisi ve pnömosefalografi yapılmaktaydı. Bu yöntemler invaziv olması ve enfeksiyon riskinden dolayı günümüzde uygulanmamaktadır. Kemik yapıyı daha iyi göstermesine rağmen radyasyona maruziyet nedeniyle hastalara BT yapılmamıştır. MRG maliyetin yüksek olması ve yaşı küçük çocuklarda sedasyon ihtiyacı ve buna bağlı komplikasyon riski dezavantajıdır. Anterior fontanel yerleşimli dermoid kistlere kalvariyumda düzleşme ve erozyon eşlik edebilmektedir. Her iki vakamızda da kistlere frontal kemikte erozyon eşlik etmektedir. Bu kistlerin tedavisi kistin tamamı çıkarılarak yapılmaktadır. Kistin intrakranial uzanımı olduğu durumlarda beyin cerrahiyle birlikte çalışılmalıdır. Eksizyon sırasında kist kapsülüyle

birlikte çıkarılmalı ve ameliyat sonrası enfeksiyon riskini artırabileceği için kistin içeriğinin dışarı sızmamasına özen gösterilmelidir. Kalvaryumda kemik defektinin olmadığı yüzeyel erozyonlar hasta tarafından tekrar kemikleşme ile doldurulmaktadır. Kalvaryumda kemik defektinin eşlik ettiği durumlarda hidroksiapatit partikülleri içeren kemik çimentosu ile komplikasyonsuz tatmin edici estetik sonuçlar bildirilmiştir. Ayrıca bu tür durumlarda demineralize kemik matriksi de kullanılabilmektedir. Hastalarımızın her ikisinde de dura mater açık olmadığı için kemik yapıcı ürünlere ihtiyaç olmamıştır. Kemik reosifikasyona bırakılmıştır.

Kistik mikroskopik görüntüsü



Olgunun intraoperatif görünümü



Olgunun preoperatif MR görüntüsü



SS-077
Alt Göz Kapağı Rekonstrüksiyonu Klinik Deneyimlerimiz ve Tedavi Algoritması

Zeynep Karacor-Altuntas, İlker Uyar,
Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Göz kapağı tümörleri sık olarak karşımıza çıkmakta ve tedavileri tümörün boyutları, yerleşim yeri ve histolojik paternine göre değişmektedir. Üst göz kapağı rekonstruksiyonu için etraf dokulardan çok fazla alternatif olmamasına rağmen alt göz kapağı rekonstruksiyonu için çeşitli seçenekler literatürde belirtilmiştir. Bu çalışmamızda kliniğimizde alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda uyguladığımız rekonstrüksiyon yöntemlerini sunulmuş ve belirli bir algoritma oluşturulmuştur.

Hastalar ve Yöntemler: 2012 - 2015 yılları arasında alt göz kapağında yerleşimli lezyon nedeni ile opere edilen ve primer kapatılamayan defektlerde rekonstrüksiyon uygulanmış 37 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 15'i erkek, 22'si kadındı. Hastaların ortalama yaşı 53'tü. Sadece anterior lamella defekti olan Grup 1'de 29 hasta mevcuttu. Grup 1A: 12 hastada defekt medialde lokalize idi. Bunlardan 6 hastada glabellar flep, 3 hastada alın flebi, 2 hastada V-Y ilerletme flebi, 1 hastada nasolabial flep, ile onarım yapıldı. Grup 1B: 9 hastada defekt lateralde lokalize idi. 4 hastada limberg flebi, 3 hastada lateral yanaktan transpoziyon flebi, 2 hastada cheek flep ile onarım yapılmıştır. Grup 1C: 8 hastada total veya totale yakın kapak edefkti mevcuttu. 2 hastada lateral yanaktan transpozisyon flebi, 4 hastada cheek flep, 1 hastada cheek flep + alın flebi ile rekonstruksiyon uygulanmıştır.

Grup 2: 8 hastada posterior lamella defekti de mevcuttu. Posterior lamella onarımında 4 hastada burun septumundan alınan kondromukozal greft, 3 hastada palatal mukoza grefti 1 hastada tarsokonjunktival flep kullanıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi ve hiçbir flepte kayıp olmadı.

Tartışma: Alt göz kapağı önden arkaya cilt, orbikülaris okuli kası, tars ve konjonktivadan oluşan, subkonjonktival bölgede mukoz ve sebase glandları içeren kompleks bir yapıdır. İlk iki yapı ön lamellayı son iki yapı ise arka lamellayı oluşturur. Fonksiyonel ve estetik açıdan iyi bir onarımın sağlanması için posterior ve anterior lamellanın ayrı ayrı rekonstrüksiyonu önemlidir. Kapak uzunluğunun % 50'sinden az olan alt göz kapağı kısmi kalınlıktaki defektlerinin en iyi tedavisi gerektiğinde lokal dokuların ilerletilmesi de eklenerek primer kapamadır. Defektin büyüklüğüne göre mevcut olan göz kapağı dokuları kullanılarak primer olarak veya lateral kantolizis yaparak çevre dokulardan faydalanılıp primer onarım, kapak ilerletme flebi, yanak rotasyon flebi, alın flebi, nazolabial flep, temporoparyetal fasya flebi, lateral bazlı tarsokonjonktival transpozisyon flebi, süperior bazlı tarsokonjonktival ilerletme flebi, orbikülaris okuli kas-deri ada flebi, lateral bazlı cilt ilerletme flebi, yanak V-Y ilerletme flebi, Tripier flebi, tam tabaka karşı kapaktan tek pedikküllü flep, semisirküler flep diğer onarım teknikleridir. Total kayıplarda ise; üst kapaktan hazırlanan tarsokonjonktival flep, burun septumundan alınan mukokondral greft veya kulaktan alınan konkal kartilaj grefti, yanak ve preauriküler bölgeden hazırlanan ve cilt-cilt altı dokularını içeren Mustardé flebi ile örtülerek onarım sağlanabilir. Olgularımızda, özellikle lateral bölgede yerleşimli lezyonlarda anterior lamella onarımlarında Limberg fleplerinin estetik açıdan en iyi sonuçları verdiği tespit edildi. Orbitada sınırlı, infraorbital bölgeye uzanmayan alt göz kapağı total defektlerinde lateral yanaktan yada nasolabial bölgeden hazırlanan superior tabanlı uzun transpoziyon flepleri tüm alt kapak defektini kapatmada etkili ve güvenli flepler olarak kullanılabilir. İnfraorbital bölgeye uzanan defektlerde cheek flep en ideal flep seçeneğidir. Özellikle medial kantal bölgeyi de içine alan geniş defektlerde ikinci bir flep ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu durumlarda yine defektin genişliğine göre glabellar yada alın flebi en uygun flepler olarak ihitiyacımızı karşılamaktadır (Tablo 1). Ayrıca biz olgularımız da, posterior lamella onarımlarında postoperatif geç dönemde alt göz kapağı stabilitesi ve estetik yönden en iyi sonuçları septumdan alınan kondromukozal greft uyguladığımız vakalarda elde ettik. Özellikle santral bölgedeki defekler için tarso konjunktival fleplerle de iyi sonuçlar elde edildiği bildirilsede hasta konforu ve sonuçlarımıza kondromukozal greftleri ilk tercih olarak kullanıyoruz.

Şekil 1

PRİMER KAPATILAMAYAN KISMİ KALINLIKTA (SADECE ANTERİOR LAMELLA DEFETİ OLAN) ALT GÖZ KAPAĞI DEFEKTLERİ						
ORBİTADA SINIRLI			ORBİTA DIŞINA TAŞAN			
MEDİAL	LATERAL	TOTAL	MEDİAL	LATERAL	TOTAL	
-Glabellar flep -Nasolabial flep - V-Y ilerletme flebi	- Limberg flep - Lateral yanaktan transpozisyon flebi	- Lateral yanaktan geniş transpozisyon flebi - Cheek flep -Çift flep (Cheek flep + glabellar flep)	-Alın flebi	- Cheek flep	-Cheek flep - Çift flep(Cheek+ Alın flebi)	

Tablo 1: Alt Göz Kapağı Defektlerinde Tedavi Algoritması

Alt Göz Kapağı Defektlerinde Tedavi Algoritması

Kaynaklar:

1 Rafii AA, Enepekides DJ: Upper and lower eyelid reconstruction: the year in review. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 14: 227–233. 2 Perry MJ, Langtry J, Martin IC: Lower eyelid reconstruction using pedicled skin flap and palatal mucoperiosteum. Dermatol Surg 1997; 23: 395–397; discussion 397–398. 3. Ito O, Suzuki S, Park S, Kawazoe T, Sato M, Saso Y, Iwasaki Y, Hata Y: Eyelid reconstruction using a hard palate mucoperiosteal graft combined with a V-Y subcutaneously pedicled flap. Br J Plast Surg 2001; 54: 106–111.

SS-078
Geniş Saçlı Deri Defektlerinin Serbest Anterolateral Uyluk Flebi ile Onarımı

Altuğ Altınkaya[1], Şükrü Yazar[2], İbrahim Sağlam[3]
[1]Acıbadem Maslak Hastanesi; Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü; İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Acıbadem Maslak Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi; İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; Bolu

Amaç: Saçlı deri defektleri çoğunlukla travma, infeksiyon,radyoterapi ve onkolojik rezeksiyonlara sekonder olarak meydana gelmektedir. Küçük çaplı saçlı deri defektlerinde, rekonstrüksiyon basamağına uygun olarak primer kapama ilk tercih iken defekt çapı büyüdükçe graft, doku genişleticiler, lokal veya bölgesel flepler kullanılabilmektedir. Saçlı deri ve etraf dokunun kanlanmasının ileri derecede bozulduğu durumlarda, diğer tedavi metodlarının başarılı olmadığı hastalarda ve oluşan defekt çapının total saçlı deri çapının yarısından fazla olduğu durumlarda saçlı deri defektlerinin onarımında serbest fleplerin kullanımı bir zorunluluk haline gelmektedir. Bu bildiride geniş saçlı deri defekti olan 11 olgunun anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüksiyonuna ait uzun dönem sonuç ve tecrübelerimizin aktarılması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: 2007 ve 2015 yılları arasında saçlı deride iyileşmeyen yara, akıntı ve/veya şişlik nedeni ile kliniğimize başvuran 11 hasta opere edildi. Tüm hastalarda, saçlı deri defekti serbest anterolateral uyluk flebi ile rekonstrükte edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 11 hastadan 6'sı erkek 5' i kadın olup, hastalardan en küçüğü 23 en büyüğü 65 yaşındaydı. 9 hastaya malignite, 1 hastaya radyonekroz ve 1 hastaya geçirilmiş trafik kazasına bağlı unstabil nedbe nedeniyle radikal rezeksiyon uygulandı. Oluşan saçlı deri defekti serbest anterolateral uyluk flebi ile onarıldı. Hazırlanan fleplerin eni 10 ile 12 cm, boyu 12 ile 34 cm arasında değişmekteydi. 5 hastada superior tiroid arter ve

internal juguler venin uygun bir dalı, 4 hastada superfisial temporal damarlar ve 1 hastada fasyal damarlar anastamoz için kullanıldı. 8 hastada flep donör alanı primer kapatılırken 3 hastada donör alan kısmi kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı. Fleplerin hiçbirinde dolaşım problemi gözlenmedi. 1 hastada post op 2.günde donör alanında hematom gözlendi. Erken takip döneminde 1 hasta myokard infarktüsü sebebiyle kaybedildi. Uzun dönem takiplerde 1 hasta metastaza bağlı intrakraniyel hemoraji nedeni ile kaybedildi. Diğer hastalarda takip dönemi içerisinde komplikasyon ve nüks gözlenmedi.

Sonuç: Saçlı deri onarımında; ağır travma, radyonekroz, osteomyelit ve başarısız cerrahi girişimler gibi saçlı derinin cerrahi açıdan kullanımının mümkün olmadığı durumlarda veya saçlı deri defektinin çok geniş olduğu durumlarda serbest flepler tek seçenektir. Literatürde saçlı deri onarımı için tarif edilen pek çok serbest flep seçeneği bulunmaktadır. Anterolateral uyluk serbest flebi çok geniş boyutlarda kaldırılabilmesi ve bu sayede total/totale yakın saçlı deri kayıplarının onarımına imkan sağlaması, iki ekip çalışmaya uygun olması, girintili, çıkıntılı yüzeylere kolayca adapte olabilen esnek ve katlanabilir bir doku sağlaması, donör alanının çoğu zaman primer kapatılabilmesi, uzun bir pediküle sahip olması ve vücutta hiçbir major arter, kas sakrifikasyonuna gerek duymaksızın kaldırılabilmesi açısından saçlı deri onarımlarında oldukça kullanışlı bir fleptir. Sonuç olarak bu avantajları göz önünde bulundurulduğunda, anterolateral uyluk flebinin serbest flep ile onarım endikasyonu olan saçlı deri defektlerinde ilk seçenek olarak düşünülmesi gerekmektedir.

SS-079
Melanom dışı deri kanseri eksizyonu sonrası burun rekonstrüksiyonu

Hakan Uzun[1], Ozan Bitik[2],
Haldun Onuralp Kamburoğlu[2], Mehmet Dadacı[3],
Mert Çalış[2], Engin Öcal[4]
[1]Ankara Onkoloji Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Konya
[4]Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Düzce

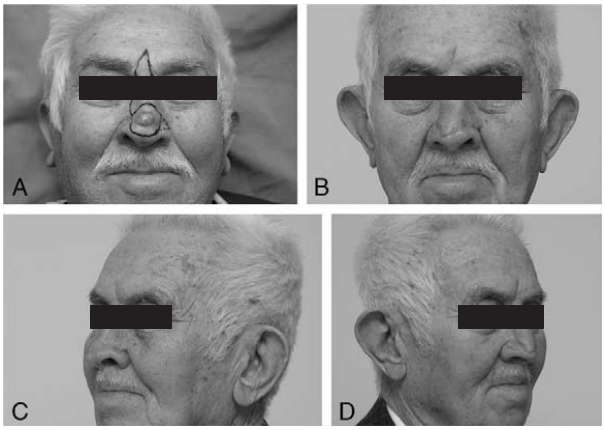
Amaç: Bazal hücreli karsinoma ve Yssı hücreli karsinoma burnu etkileyen en sık malign deri tümörleridir. Deri kanserlerinin giderek artan insidansı ile birlikte plastik cerrahlar daha fazla burun rekonstrüksiyonu olgusu ile karşı karşıya kalmaktadır. Birçok seçenek var olmasına rağmen en iyi sonuçlar benzer dokular kullanıldığı zaman elde edilmektedir. Bu çalışmada yazarlar, rekonstrüksiyon için her zaman birden fazla seçenek olduğu gerçeğini akıllarında tutarak, nazal doku eksikliklerinin rekonstrüksiyonu için basit bir algoritma sunmayı amaçladılar.

Yöntem-Gereçler: Mart 2011 ve nisan 2014 arasında melanom dışı deri kanseri eksizyonu sonrası nazal rekonstrüksiyon yapılan 167 hasta retrospektif olarak tarandı. Doku eksikliği olan bölgelerin lokalizasyonu ve bunları rekonstrükte etmek için kullanılan yöntemler not edildi.

Bulgular: Yaşları 21 ve 98 arasında değişen 66 erkek ve 101 kadın hasta ameliyat edildi. 124 hastaya bazal hücreli karsinoma ve 43 hastaya yassı hücreli karsinoma tanısı konuldu. Tümör eksizyonu sonrası tüm doku eksiklikleri primer olarak, greftleme veya limberg flebi, miter flep, glabellar flep, iki loblu flep, nazolabial flep, V-Y ilerletme deri flebi ve alın flebi gibi lokal flepler kullanılarak onarıldı. Bazal hücreli karsinoma en sık 50-69 yaş aralığında ve burnun orta 1/3›ünde görüldü. Yassı hücreli karsinoma ise en sık 60-79 yaş aralığında ve burnun distal 1/3›ünde görüldü. En sık kullanılan rekonstrüksiyon metodu nazolabial flep ve V-Y ilerletme deri flebi idi.

Sonuç: Nazal rekonstrüksiyonda onkolojik açıdan yeterli cerrahi sınırlar ve tatmin edici estetik sonuçlar elde etmek temel hedeflerdir. Doku eksikliklerinin rekonstrüksiyonu ve estetik görünüm kadar hızlı iyileşme ve günlük yaşama bir an önce dönme de önemlidir. Tüm bu etkenler herhangi bir ameliyat yapılmadan, özellikle yaşlı hastalarda, akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Tablo-1

Rekonstrüksiyon Metodu	Proksimal 1/3	Orta 1/3	Distal 1/3	Distal 2/3 veya Total
Primer kapama	13	5	-	-
Limberg flebi	-	4	4	-
Nazolabial flep	-	23	21	-
V-Y ilerletme flebi	-	32	19	-
Glabellar flep	16	-	-	-
Miter flep	10	9	-	4
İki Loblu flep	-	-	9	-
Alın flebi	-	-	-	4
Greftleme	-	4	-	-

SS-080
Mandibula Kondil-Subkondil Kırıklarının Açık Teknik ile Onarımı

Said Alğan[1], Önder Tan[1], Osman Enver Aydın[2], Ensar Zafer Barın[3], Hakan Çinal[4], Murat Kara[1], Akın İnalöz[1], Mehmet Akif Çakmak[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı;Erzurum
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; Aydın
[3]Bölge eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Erzurum
[4]Devlet Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Siirt

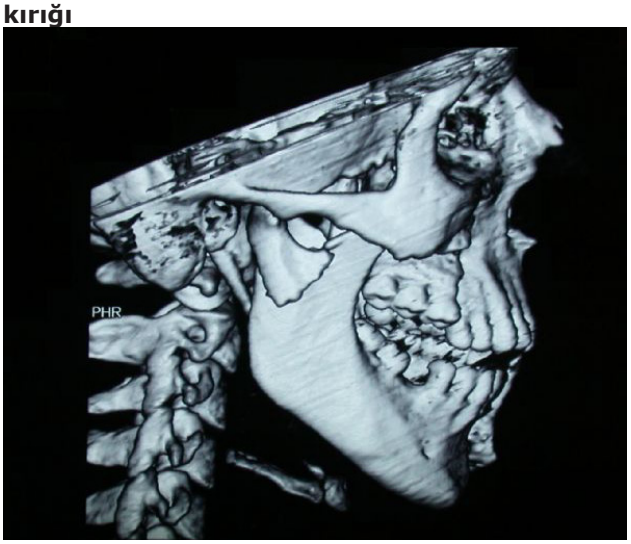
Giriş: Mandibula kırıkları içinde kondil-subkondil kırıkları oldukça geniş yer tutmaktadır. Kondil-subkondil kırıkları, kırık fragmanlarının temporomandibular ekleme yakın komşuluğu yada dahil olması nedeniyle, tedavi edilmemesi durumunda çene fonksiyonlarını direkt olarak bozmakta ve oklüzyon problemlerinden çene ankilozuna kadar giden ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir. Yine kırık hattının derin planda yerleşmesi ve fasiyal sinir, dış kulak yolu, parotis bezi, maksiller arter gibi hayati yapılarla olan yakın ilişkisi nedeniyle erişim ve cerrahi görüş kısıtlılığı tedavisini güçleştirmektedir. Simfiz, angulus ve korpus kırıkları genellikle ağız içinden yapılan insizyonlar ile onarılırken kondil-subkondil kırıkları deplase ise endoskopi yardımıyla ya da dışardan açık yöntem ile redükte edilebilmekte; nondeplase ise intermaksiller fiksasyon ile konservatif olarak tesbit edilebilmektedir. Endoskopik yaklaşımların pahalı ve karmaşık cerrahi ekipman gerektirmesi, teknik zorluğu ve her kırık tipinde uygulanamaması ve yetersiz redüksiyon gibi dezavantajları bulunmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde 2010-2015 yılları arasında açık teknikle kondil-subkondil kırık onarımı yapılan hastalar geriye dönük olarak incelenmiştir.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya dahil edilen 55 hastada (41 erkek, 14 bayan), 60 adet kondil-subkondil kırığı (21 adet sağ, 27 adet sol, 6 adet bilateral) mevcuttu. Ortalama yaş 37.8 yıldı (8-78 yıl). Kırıklara ameliyat öncesi rutin olarak çekilen direk grafiler, iki ve üç boyutlu bilgisayarlı tomografiler ile tanı konuldu ve ameliyat planlaması yapıldı. Subkondil kırıklarına kulak memesi orta seviyesinin altından, kondil kırıklarına ise arkus zigoma altından yapılan ikişer cm.lik preauriküler insizyonlar ile ulaşıldı. Erişimi zor kırıklarda bazen heriki insizyon da kullanıldı. Alt insizyonlarda angulus mandibula seviyesinden kemiğe dayanılarak subperiostal plandan, üst insizyonlarda ise arkus zigoma altından kırık hatlarına ulaşıldı. Derin kas gevşemesi sağlanılarak yapılan redüksiyon sonrası titanyum plaklar (26 adet kırığa çift plak, 34 adet kırığa ise tek plak) ile rijid fiksasyon sağlandı. Plaklar uzun barlı 4 delikli L plak (48 adet) ve uzun barlı 4 delikli düz plak (38 adet) şeklindeydi. Hiçbir hastaya intermaksiller fiksasyon uygulanmadı. Mandibulada kondil dışında ek fraktür sayısı 35 iken madibula dışında diğer yüz kemiklerindeki fraktür sayısı 13'tü. Hastalara 6 saat sonra oral sıvı gıda, 1 hafta sonra yumuşak gıda, 4-6 hafta sonra normal diyet başlandı.

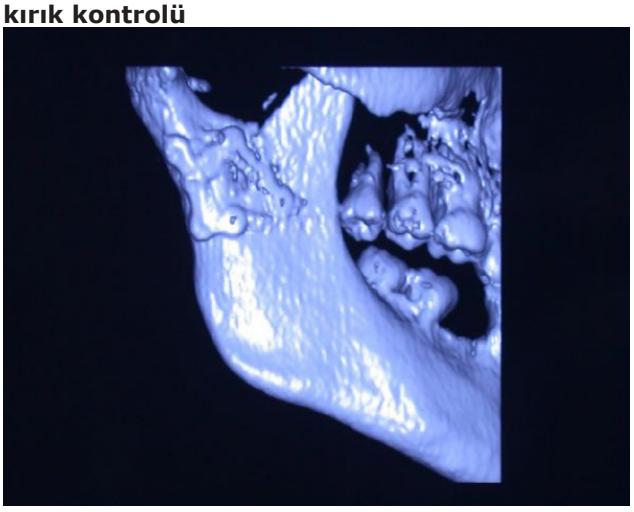
Bulgular: Hiçbir hastada ameliyat sonrası kanama, hematom, seroma, enfeksiyon ve parotis fistülü gibi erken komplikasyonlar ile karşılaşılmadı. 3 hastada erken dönemde geçici haif düzeyde fasiyal parezi gelişti, konservatif tedavi ile 15 gün içinde spondan düzeldi. Hiçbir hastada kalıcı fasiyal sinir paralizisi oluşmadı. Ameliyat sonrası kontrol filmlerinde tüm kırıklarda yeterli ve etkin redüksiyon ve fiksasyonun sağlandığı görüldü. Bir çocuk hasta büyümeye bağlı 1 yıl sonra plak kırılması nedeniyle reopere edilerek plak çıkarıldı, kırık sorunsuz iyileşmişti. Yetersiz redüksiyon, plak kırılması yada intoleransı, nonunion gibi nedenlerle başka hiçbir hasta reopere edilmedi. Ameliyat sonrası oklüzyonlar yeterliydi, ortalama ağız açıklığı 4,1 cm. idi.

Sonuç: Kondil-subkondil kırıklarında açık cerrahi, kırık hattının gerek derin planda yerleşmesi gerekse başta fasiyal sinir olmak üzere hayati yapılara olan yakın komşuluğu nedeniyle teknik olarak zordur ve tecrübe gerektirmektedir. Buna karşılık etkili bir redüksiyon ve rijid bir fiksasyon sağlaması, intermaksiller fiksasyona ihtiyaç duymaması nedeniyle gerek hastanın sosyal yaşantısını ve beslenmesini kısıtlamaması, gerekse erken harekete izin vermesiyle ankiloz riskini en aza indirmesi yöntemin avantajlarıdır. Açık teknik ayrıca endoskopik yöntemlerde kullanılan pahalı ve karmaşık ekipmanlar gerektirmemektedir. Yöntem uygun ellerde yapıldığında komplikasyon riski ve morbiditesi oldukça düşük ve güvenlidir. Kullanılan mini insizyon hastada göz ardı edilebilir bir skara yol açmaktadır. Çocuklarda mandibula gelişimi dikkate alınarak aynı yöntemin emilebilir plaklarla uygulanması reperasyon riskini ortadan kaldırabilir.

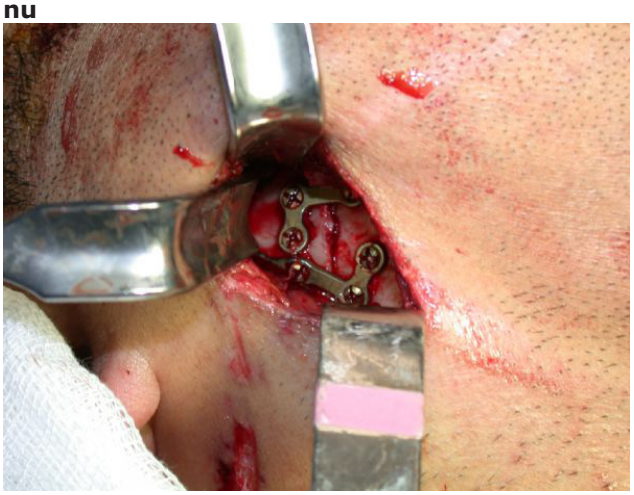
Ameliyat öncesi üç boyutlu BT,Sağ subkondil kırığı



Ameliyat sonrası üç boyutlu BT ile redükte kırık kontrolü



Preaurikuler mini insizyon ile kırık redüksiyonu



SS-081
Fasial Paralizi Göz Kapağı Onarımında Altın Ağırlık Uygulaması: Teknik Detaylar

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe, Malik Abacı, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Lagoftalmi tedavisinin genel kabul görmüş bir tedavisi, üst göz kapağı için altın ağırlık yerleştirilmesidir. Ne var ki bu tedavinin standardize edilememesi öngörülemeyecek düzeyde problemlere sebep olabilir. Kliniğimizde uyguladığımız altın ağırlık tedavisinin teknik detaylarını sunmayı amaçlıyoruz.

Materyal-Metod: 2012-2014 arasında, kliniğimizde 6 hastaya lagoftalmiye yönelik altın ağırlık uygulanmıştır.Tüm hastalara ilk olarak preoperatif ağırlık değerlendirilmesi yapıldı. Gümüş veya altın materyal ile hastanın üst göz kapağına eksternal olarak yerleştirilen ağırlıklar sayesinde "hastaya uygulanacak ağırlık" saptandı. Bu ağırlık ile bekletme süresi olan 5 veya 10 dakika oturur pozisyonda bekletilmesi ile göz kapağının yorulup yorulmadığı tespit edildi. Altın ağırlığı yapacak kuyumcu ve hekimin ortak dilden konuşabildiğinden emin olundu. Örneğin altının ağırlığı 1,2 gram veya 1/2 denildiğinde kuyumcu ile aynı şey anlaşıldığı teyit edildi. Altın implanta açılacak delik sayısı kliniğimizde 4 delik olarak uygulandı. Kuyumcu, bu 4 delik açıldıktan sonraki ağırlık, "hastaya uygulanacak ağırlık" olacak şekilde ayarladı. Zira delik açılmadan önce ağırlık ayarlanması sonucu, mikro düzeydeki altın kaybı ile "son ağırlık" değişebilmektedir. Olası bir sürprizle karşılaşmamak için ameliyat öncesinde ağırlık tekrar eksternal olarak üst göz kapağına yerleştirildi ve "hasta için ölçülmüş ağırlık" olduğu teyit edildi.

Sonuç: Ameliyatta kullanılacak olan materyalin ağırlığının, ameliyat başarısını etkileyen en önemli etkenlerden olduğu göz önünde tutulduğunda, hekim ve kuyumcunun aynı dili konuşması oldukça önemlidir. Uygulanabilecek pratik yöntemlerle postoperatif sürprizlerle karşılaşılmasının önüne geçmek kolaydır.

SS-082
Sagittal sinostozda kapalı sagittal sütür alanının venöz sinüsü korumak için kademeli kaldırılması; teknik bir not

Gaye Filinte[1], Tufan Hiçdönmez[2], Mehmet Tiryaki[2]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Sagittal sinostoz cerrahisinde orta sagittal sütürün güvenli bir şekilde kaldırılmasını sağlayacak bir teknik tariflemek

Yöntem-Gereçler: Sagittal sinostozu olan 20 skafosefalik bebek ve çocuk (yaş ortalaması 6.2 ay) çalışmaya dahil edildi. Bikoronal insizyonlarla girilerek sagital sinüs üzerinde 4 cm eninde kemik kaldırılacak şekilde kraniotomiler yapıldı. Koronal ve lambdoid sütürler korundu. Tüm orta sagittal kemiğin 3 parça halinde çıkarılması planlandı. Frontal taraftan başlamak üzere orta hat kemik künt diseksiyonla

kaldırıldı. Her 4 cm'lik kemik blok kaldırıldığında yüksek hızlı motor yardımıyla kaldırılan kemik kesildi ve uzaklaştırıldı. Disektör yardımıyla bu şekilde arkaya doğru ilerlenildi. Tüm sinostotik sütür 3 parça olacak şekilde çıkarılmış oldu.

Sonuçlar: Hiçbir hastada kemik kaldırılması esnasında superior sagittal sinüs hasarı gözlenmedi. Herhangi bir noktada dura hasarı meydana gelmedi.

Tartışma: Sagittal sinostoz en sık görülen kraniosinostoz çeşididir (1-3). Sagittal sütürün ferken kapanması ön-arka planda uzamış, transvers planda incelmiş, skafosefalik bir kafa görünümüne neden olur. Bu çalışmada infant ve küçük çocuklarda kapanmış sütürün ve kraniyotomi alanının hemen altında yer alan dar, kemiğe yapışık, yüksek akımlı ve işlem sırasında yırtılabilerek çok tehlikeli ve tamiri zor kanamaya neden olabilecek superior sagittal sinüs hasarı tehlikesinin önlenmesi için kemiğin kontrollü ve güvenli bir şekilde kaldırılabilmesini sağlayan bir yöntem bildirilmektedir.

Referanslar:
1. Park TS, Robinson S. Nonsyndromic craniosynostosis. In: McLone DG. ed. Pediatric Neurosurgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 2001:345-361
2. Massimi L, Tamburrini G, Caldarelli M, et al. Efectiveness of a limited invasive scalp approach in the correction of sagittal craniosynostosis. Childs Nerv Syst 2007;23:1389-1401
3. Jane JA, Lin KYK. Surgical management of scaphocephaly, π-squeeze technique. Techniques in Neurosurgery 1997; 3:179-183

SS-083
Tam Katlı Distal Burun Defektlerinin Tek Aşamalı Fonksiyonel Onarımı

Kemalettin Yıldız[1], Arzu Akçal[2], Nebil Yeşiloğlu[3], Osman Kelahmetoğlu[1], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Akdeniz Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[3]Lütfi Kırdar Kartal EAH. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Bu çalışmada tümör rezeksiyonu, travma veya enfeksiyon nedeniyle oluşan tam katlı burun defektlerinin tek aşamalı onarımı sunulmaktadır.

Gereç Yöntem: 2010-2015 yılların arasında tümör, travma veya geçirilmiş enfeksiyona sekonder oluşan 11 hastadaki tam katlı defektlerin onarımı gerçekleştirilmiştir. 3 hastada iki taraflı onarım gerektirmekteydi. Hastalarda dorsal ve/veya kaudal septum, üst lateral kıkırdak, iç ve dış nazal valf defekti mevcut idi. Tam katlı defektin kraniyalinden turn-in nazal flepler ile burun iç döşemesi, septal kıkırdak greftleri ile dorsal septum replasmanı ile spreader greft ve kolumellar strut greft uygulamaları gerçekleştirildi. Alar kıkırdak replasmanı için konkal kıkırdak kullanıldı. Dış örtüm fasiyal arter perforatör fleple sağlandı.

Bulgular: İç ve dış döşemede kullanılan fleplerde yara iyileşmesinde ve sağkalımında sorun yaşanmadı. Onarım uygulanan taraf burun boşluğunda yapışıklık, kollaps ve nefes almakta güçlük gelişmedi. Kıkırdak grefti donör sahalarında herhangi hematom, deformite veya enfeksiyon vb sorunla karşılaşılmadı. Fleplerdeki dolgun (bulky) görünümdem erken dönemde hasta memnuniyeti olumsuz etkilendi.

Sonuç: Burun rekonstrüksiyonunda burunun 3 boyutlu kompleks ve fonksiyonel yapısı göz ardı edilmeden her bir dokunun yeniden yapılandırılması önem arz etmektedir. Sadece burun defektinin örtülmesine yönelik girişimler fonksiyonel açıdan yetersiz kalmaktadır. Diğer yandan çok aşamalı onarımlara hasta uyumunun sağlanması gerekliliği de klinik uygulamada sorun oluşturmaktadır. Uyguladığımız yöntemle tek aşamada işlevsel açıdan öngörülebilir başarılı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

SS-084
Uzun Namlulu Silahların Kullanıldığı Tamamlanamamış İntihar Girişimlerinde Oluşan Ciddi Maksillofasial Yaralanmalardaki Tedavi Yaklaşımımız

İsmail Küçüker[1], Tekin Şimşek[1], Musa Kemal Keleş[2], Engin Yosma[1], İbrahim Alper Aksakal[1], Ahmet Demir[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun
[2]Beyhekim Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Bölümü, Konya

Giriş : Uzun namlulu silahlarla meydana gelen maksillofasiyal travmalar bazen yüz bölgesindeki yumuşak ve kemik yapıları parçalayarak katastrofik sonuçlara yol açabilmektedir. Bu vakalarda cerrahi strateji hala tartışmalı bir konudur. Kliniğimizde 2008 ve 2013 yılları arasında tamamlanmamış intihar girişimleri sonucu yüz bölgesinde ciddi yumuşak ve kemik doku kaybına yol açan ateşli silah yaralanmalı 5 vaka tedavi edildi. Bu çalışmada amacımız ciddi maksillofasiyal ateşli silahla yaralanmalarındaki klinik tecrübemizi sunmak ve fonksiyonel ve tatminkâr bir görünüm elde edebilmek için tedavi yaklaşımı algoritmalaaı sunmaktır.

Vaka: Vaka 1: 18 yaşında kadın hasta 2008 yılında ateşli silah yaralanması sonucu kliniğimize başvurdu (resim-1). Vaka2: 60 yaşında erkek hasta 2012 yılın hepinize başvuruda ciddi orta yüz yaralanması mevcuttu (resim-2). Vaka3: 42 yaşında erkek hasta pompalı tüfek ile suicide girişimi sonrası kliniğimize başvuru (resim-3). Vaka4: 64 yaşında erkek hasta dış merkezden kliniğimize sevk edildi. Akut cerrahi müdahele dışmerkezde yapılmış. Vaka5: 26 yaşında erkek hasta 2013 mart ayında uzun namlulu silah ile intihar girişimi sonrası hastanemize başvurmuştu (resim 5). Tüm hastalara bir dizi rekonstrüktif operasyon gerçekleştirildi.

Tartışma: Yarım kalmış intihar girişimleri sonrası oluşan yüz deformitelerinin düzeltilmesi hem hasta hem de doktor için zorlu bir süreçtir. Zaten psikolojik sorunları olan hasta için bu süreç daha da zor olabilir. Bu tür hastalarda ilk karar majör rekonstrüksiyonu erken veya geç dönemde yapılmasıdır. Her iki görüşü de savunan literatürler mevcuttur. Erken dönemde uygulanacak cerrahi daha düşük morbidite olacağı için sadece yumuşak doku kapatılması şeklinde tercih edilmeliyken, kompleks rekonstrüksiyonun geç dönemde yapılması daha uygun olacaktır.

SS-085
Kompozit Mandibula Defektlerinin Osteokutan Fibula Flebi ile Onarımı

Altuğ Altınkaya[1], Şükrü Yazar[2], Burak Ertaş[3], Nazım Korkut[3], Ömer Faruk Ünal[4]
[1]Acıbadem Maslak Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü; İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi; Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Bölümü; İstanbul
[4]Amerikan Hastanesi; Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Bölümü; İstanbul

Amaç: Mandibula yüz kemikleri içerisinde hareket etme özelliği bulunan tek kemik olup, çiğneme, yutma ve konuşmada önemli fonksiyonlara sahiptir. Ayrıca yüzün alt üçte birlik kısmının projeksiyonunu sağlamaktadır. Estetik ve fonksiyonel açıdan son derece önemli olan bu kemiğin defektleri tümör, travma veya radyonekroz nedenli olabilmektedir. Bu bildiride amaçlanan tümör nedenli mandibula rezeksiyonunu takiben osteokutan fibula flebi ile rekonstrüksiyon yapılan 8 olguya ait sonuç ve tecrübelerimizin aktarılmasıdır.

Gereç Ve Yöntem: 2011 – 2015 yılları arasında hastanemize yüzde şişlik veya ağız içinde yara şikayeti ile başvuran ve preop yapılan tetkikler sonucunda tümöral lezyon tespit edilen sekiz hasta Kulak Burun Boğaz ekibi ile eşzamanlı olarak opere edildi. Operasyonda tümöral doku radikal olarak rezeke edildi. Oluşan mukoza, kemik ve cilt defekti osteokutan fibula flebi ile rekonstrükte edildi.

Bulgular: Yedi hastada şikayetler yeni başlamışken, daha önce tümör nedeniyle parsiyel mandibulektomi ve ağız tabanı eksizyonu uygulanmış bir hasta nüks lezyon nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastaların sekizide erkek olup yaş aralığı 7 ile 54 (ortalama yaş 30.6) arasında değişmekteydi. Hastaların üçünde tümör sağ tarafta beşinde ise sol tarafta yerleşim göstermekteydi. Histolojik olarak iki hastada primer ameloblastom, bir hastada rekürren ameloblastom, dört hastada skuamoz hücreli karsinom ve bir hastada desmoplastik fibrom saptandı. Tümöral rezeksiyon sonrasında jewel klasifikasyon sistemine göre bir hastada HC segment + mukoza, bir hastada H segment + cilt, dört hastada L segment + mukoza ve iki hastada L segment + cilt kaybı gözlendi. Defekt boyutları 4 ile 11 cm arasında değişmekteydi ve ortalama defekt boyutu 7.5 cm olarak hesaplandı. Tüm hastalarda osteokutan fibula flebi ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Hazırlanan tüm flepler rekonstrüksiyon plağı ve/veya mini plak ile defekt alanına adapte edildi. Kondil defekti olan iki olguda rekonstrüksiyon plağı ile birlikte kondil protezi kullanıldı. Anastamoz için yedi hastada superior tiroid arter ve internal juguler venin uygun bir dalı, bir hastada ise fasyal arter ve konkomitan veni kullanıldı. Flep donör alanı yedi hastada greft ile bir hastada ise primer kapatıldı. Erken dönemde bir hastanın donör alanında enfeksiyon gelişti, uygun tedaviyi ve VAC pansumanı takiben greftlenerek kapatıldı. Bunun dışında tüm hastalarda iyileşme sorunsuz oldu, hiçbir hastada flep kaybı gözlenmedi. Hastalarda yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra yapılan kontrollerde, hiçbirinde konuşma ve yutma güçlüğü olmadığı ve bu fonksiyonların yeterli olduğu gözlendi. Uzun dönem takiplerde bir hasta plevra metastazı bir hastada lokal nüks ve akciğer metastazı nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Mandibula defektlerinin rekontrüksiyonu plastik cerrahları zorlayan konulardan biri olup rekonstrüksiyon için pek çok yöntem tarif edilmiştir. Literatürde küçük kemik defektleri için nonvaskuler kemik grefti kullanımı daha büyük defektler için ise plak veya vaskularize kemik flebi kullanımı bildirilmiştir. Kemik defektine yumuşak doku defektinin eşlik ettiği durumlarda ise kemik rekonstrüksiyonuna ek olarak pediküllü veya serbest yumuşak doku flepleri, yumuşak doku defektinin onarımı için kullanılmaktadır. Nonvaskuler kemik grefti veya plak kullanılan olgularda komplikasyon oranlarının diğer metodlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu sebeple mandibula defektlerinin rekonstrüksiyonunda vaskularize kemik flebi kullanımı günümüzde standart yöntem olarak kabul edilmiştir. Fibula, iliak krest, skapula ve radius vaskularize kemik flebi olarak kullanılabilmektedir. Fibula flebinin avantajları olarak kemik uzunluğu bakımından 25cm' ye kadar uzunluk sağlaması, kanlanmasının segmenter osteotomi yapılmasına olanak sağlaması, pedikül çapı ve uzunluğunun yeterli olması, kas ve deri adası ile birlikte kaldıralabilmesi ve donör alan morbiditesinin düşük olması sayılabilir. Sonuç olarak mandibula rekonstrüksiyonunda vaskülarize osteokutan fibula flebinin ilk seçenek olarak düşünülmesi gerekmektedir.

SS-086
Blefaroptozisli hastalarda tensor fasya lata ile frontal askılama sonuçlarımız

Mehtap Karameşe, Şeyda Güray, Gökçe Yıldıran, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Konya

Giriş: Gerçek ptozis levator kompleksinin (levator palpebra superior kası, levator aponörozuve müler kası) disfonksiyonundan dolayı göz kapağının düşerek kapak kenarlarının normal anatomik pozisyonun altında olmasıdır. (1)Kapak sarkıklığının derecesine göre cerrahi işlemin şekli ve yaygınlığı belirlenebilir. Otojen tensor fasya lata ile levator asma levator fonksiyonu olmayan blefaroptozisli olgularda altın standart tedavi yöntemidir.(2)

Gereç-Yöntem: 2011-2015 yılları arasında kliniğimize başvuran ve konjenital ptozis ya da edinsel şiddetli ptozisi olan 11 olgunun 16 gözüne yapılan otojen tensor faysa lata ile levator kası asma yönteminin sonuçları sunulmuştur. Olguların yaşları 6 ile 68 (ortalama yaş: 35) arasında idi. Hastaların bir kısmı psödoptozisli bir kısmı da konjenital ptozis vakalarından seçildi. Hastalarda ptozis miktarı ve levator fonksiyonu ölçüldü. Ptozisin miktarı ortalama 4.5 mm idi. Tüm hastalarda levator kas fonksiyonu hiç yok ya da çok yetersiz idi. Şidddetli /orta ptozisi olup levator fonksiyonu yetersiz olan hastalarda frontal askılama yöntemi tercih edildi. Frontal askılama için alloplastik bir materyal yerine otojen faysa lata kullanıldı. Olguların hepsinde prosedür genel anestezi eşliğinde gerçekleştirildi. Fasya latanın uygulanması için Crawford prosedürü (pentagonal konfigrasyon) kullanıldı. Hastalar ortalama 37.3 ay boyunca takip edildi.

Bulgular: Takiplerde sol gözde unilateral konjenital ptosizisi olan hastaların birinde askılama operasyonundan 1 ay sonra nüks sonucu yeniden operasyon planlanırken diğer bir bilateral ptozis hastasında askılamadan 1 yıl sonra çift taraflı entropiyon gelişti buna yönelik cerrahi işlem gerçekleştirildi. Bilateral ptozisi olan 1 hastada belirgin asimetri gözlendi (her iki kapağın limbusu kapatma seviyeleri arasında 2 mm fark vardı) postoperatif 1. ayda düzeltildi. Otojen tensor fasya kullanımında erken dönem başarı oranı %75 iken (ilk 1 yıl) geç dönemde başarı oranı %100 dür,

Sonuç: Şiddetli ptozis vakalarında otojen tensor faysa lata uzun dönem komplikasyonlar bakımından güvenilir bir yöntemdir. Postoperatif erken dönemde meydana gelen yetersiz düzeltme gibi komplikasyonlar, ileri derecede fibrotik göz kapağı gibi hastaya bağlı faktörlerin yanı sıra korneal abrazyon, keratit, enfeksiyon(2)gibi gözün kendine has mikroçevresini bozacak sonuçlardan kaçınmak için cerrahın konservatif yaklaşımının sonucu olabilmektedir. Gerek histopatolojik açıdan gerekse immunolojik açıdan hastaya mükemmel uyum sağlayan tensor fasya latanın şiddetli ptoz vakalarında frontal askılama amacı ile kullanımı güvenilirdir. Erken dönem komplikasyonlardan kaçınmak için perioperatif değerlendirme ve muayene ışığında endikasyonun doğru şekilde koyulması postoperatif başarı için önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR: 1.David L. Brown, Gregory H.Borschel, Benjamin Levi (2015), Michigan Plastik Cerrahi(Prof Dr Orhan Çizmeci),İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.(2015),s:177 2.Charles H Thorne, Robert W.Beasley,Sherrell J Aston, Scott P.Barlett,Geoffrey C. Gurtner, Scott L.Spear, Grabb&Smith's Plastic Surgery(6th edition),Chapter 39,s: 410

SS-087
Modifiye hatchet flep ile alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonu

Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Ergin Işık[3], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Soner Tezcan[1], Candemir Ceran[4], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Muş Devlet Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Muş
[4]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

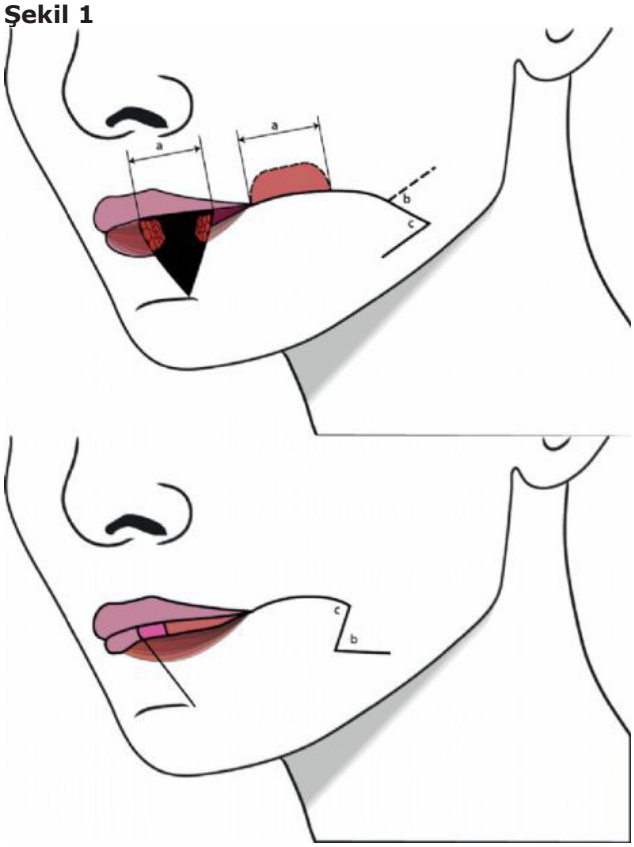
Amaç: Hatchet flep, V-Y ilerletme flebinin bir kenarının sağlam bırakılarak modifiye edildiği bir rotasyon-ilerletme flebidir. Bu çalışmada geniş alt dudak defektlerinin modifiye hatchet flep ile rekonstrüksiyonunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2012-2014 yılları arasında alt dudakta malign tümör rezeksiyonu sonrasında oluşan defekt nedeniyle modifiye hatchet flep (Şekil 1) ile rekonstrüksiyonu yapılan 9 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar retrospektif olarak incelenerek fonksiyonel ve estetik sonuçlar değerlendirildi. Fonksiyonel sonuçlar duyu, oral kompetansın korunması ve mikrostomi yönünden,estetik sonuçlar ise simetri, skar ve komissürün şekli açısından değerlendirilerek skorlandı.

Bulgular: 9 hastanın sekizi erkek biri kadın ve ortalama yaşları 61,1 (48-81). Tümör rezeksiyonu sonrasında oluşan ortalama defekt boyutu 4,5 cm (3,5-6,5) (%50-95) 7 hastaya tek taraflı, 2 hastaya çift taraflı modifiye hatchet flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi 16,2 ay (8-29). Bir hastaya sütür yetmezliği nedeniyle debritman ve sütürasyon uygulandı. Hiç bir hastada mikrostomi gelişmedi. Hastalarda fonksiyonel estetik açıdan kabul edilebilir sonuçlar elde edildi.

Sonuç: Modifiye hatchet flep alt dudak rekonstrüksiyonunda dizaynı kolay, kolay hatırlanabilir, estetik ve fonksiyonel sonuçları iyi olan bir fleptir. Alt dudak rekonstrüksiyonu seçenekleri arasında akılda tutulması gereken bir flep olduğunu düşünmekteyiz.

Şekil 1



Alt dudak rekonstrüksiyonu için modifiye hatchet flep

SS-088
Ters Akımlı Temporal Kas Flebi ile Üst-Orta Yüz Bölgesi Defekt Onarımları

Said Alğan[1], Hakan Çinal[2], Ensar Zafer Barın[3], Murat Kara[1], Akın İnalöz[1], Osman Enver Aydın[4], Önder Tan[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı;Erzurum
[2]Devlet Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Siirt
[3]Bölge eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Erzurum
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; Aydın

Giriş: Temporal bölge baş boyun rekonstrüksiyonu için farklı flep seçenekleri sunar. Bunlardan ters akımlı temporal kas flebi başta göz soket rekonstrüksiyonları olmak üzere çeşitli defekt onarımlarında başarıyla kullanılmaktadır. Bu çalışmada literatürdeki bilinen en geniş ters akımlı temporal kas flebi serisi sunulmuştur.

Metod: Ortayüz defekti olan 14 hasta ters akımlı tempral kas flebi ile rekontrükte edildi. Hastaların yaş ortalaması 53.3 (3-85 yaş), cinsiyet oranı 8 erkek 3 kadın idi. Etiyoloji en çok squamöz hücreli ve metatipik karsinomdu (7 hasta). Flepler en sık soket onarımı için kullanılmakla (5 hasta) birlikte periorbital, maksiller, malar ve mastoid defektlerinde de uygulandı. Beş hastada kemik defektinden dolayı kemik grefti ile kombine ameliyat yapıldı.

Bulgular: Hiçbir hastada hematom, seroma, enfeksiyon, flep ayrılması gibi ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Tüm hastalarda flepler tam olarak yaşadı. Hasta memnuniyeti fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin ediciydi.

Sonuç: Ters akımlı temporal kas flebi, hacimli içeriği, sabit ve güvenli pedikülü, mikrocerrahi gerektirmemesi, hızlı ve kolay diseksiyonu gibi avantajları ile üst ve orta yüz yerleşimli küçük-orta boyutlu ölü boşluk içeren doku defektlerinin doldurulmasında serbest fleplere iyi bir seçenek olabilir. Geniş defektlerde kullanılamaması ise dezavantajıdır.

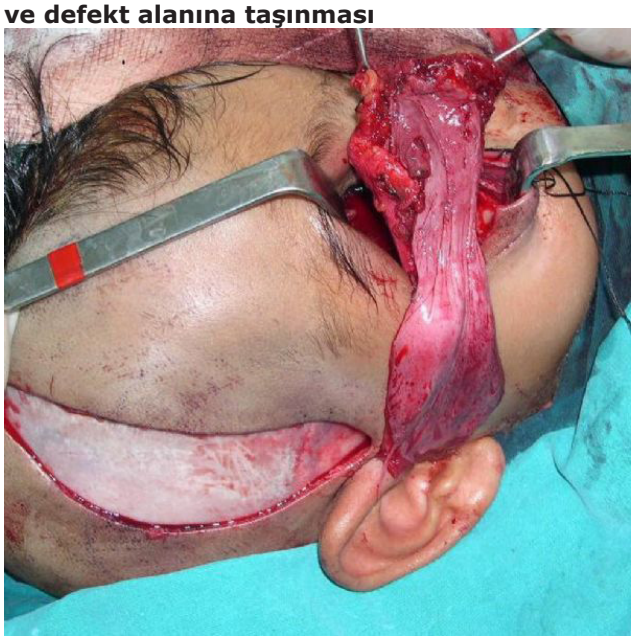
Ameliyat sonrası 6.ay görünümü



Retinoblastoma,3 yaş, Erkek



Ters akımlı temporal kas flebinin kaldırılması ve defekt alanına taşınması



SS-089
Prelamine Orbikularis Okuli Miyokutanöz Flebi ile Total Alt Göz Kapağı Rekonstrüksiyonu

Said Alğan[1], Ensar Zafer Barın[2], Hakan Çinal[3], Akın İnalöz[1], Murat Kara[1], Mehmet Akif Çakmak[1], Osman Enver Aydın[4], Önder Tan[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı;Erzurum
[2]Bölge eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Erzurum
[3]Devlet Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Siirt
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; Aydın

Giriş: Tam kat alt göz kapağı defektlerinin karmaşık anatomik ve işlevsel yapısı nedeniyle cerrahi tadavisi zordur. Şimdiye kadar farklı greft ve flep kombinasyonları bildirilmiş olmakla birlikte seçkin bir yöntem tanımlanmamıştır. Bu çalışmada yeni bir teknik olarak, kulaktan alınan kondrokutanöz greft üst göz kapağı orbikülaris okuli muskulokutan flebi altında prelamine edilmiş ve 3 hafta sonra kaldırılan prelamine ada flebi tam kat alt göz kapağı defektlerine taşınmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmaya dahil edilen hastaların 6 hastanın (5 erkek,1 bayan) yaş ortalaması 57,8 (25-76 yaş) idi. En sık etiyolojik etken alt göz kapağı tümörü iken, sadece bir hastada konjenital koloboma mevcut idi. Bütün hastalarda operasyon iki seanslı gerçekleştirildi. İlk seansta lokal anestezi ile; Kulaktan alınan kondrokutanöz kompozit greft üst göz kapağı orbicularis oküli muskulokutan flebi altına yerleştirildi. İkinci seansta genel anestezi ile; flepler (2,5x1 cm) kaldırılıp defekt sahasına taşındı.

Bulgular: İlk seanstan sonra bütün hastalar aynı gün taburcu edildi. İkinci seansa kadar hiçbir hastada enfeksiyon,yara yerinde açılma ya da kompozit greftlerin dışarı çıkması gibi herhangi bir komplikasyon görülmedi. İkinci seanstan sonra yine hiçbir hastada enfeksiyon, yara yeri açılması ya da total flep nekrozu görülmedi. Bütün hastalarda flepler yaşarken, ileri yaşlı (67 ve76 yaş) iki hastada yüzeyel distal flep nekrozu görüldü. Uzun dönem takiplerinde sadece koloboma olan hastanın ödemi mevcuttu.

Sonuçlar: Dokuyu benzeri ile onarmak plastik ve rekonstrüktif cerrahinin en temel yapıtaşlarındandır. Alt göz kapağı rekonstrüksiyonunu zorlaştıran en büyük etmen kapakların karmaşık anatomisidir. Bu çalışmada kullanılan tekniğin; minimal donör skar bırakması, kolay uygulanabilir olması,yaşlı hastalarda uygulanabilmesi ve estetik olarak sonuçların memnuniyet verici olması avantajlarından iken, iki seanslı olması en büyük dezavantajıdır.

Alt Göz Kapağında Koloboma



Postoperatif 6.ay görünümü



Prelamine flebin 2.seansta kaldırılması ve defekt alanına taşınması



SS-090
Parsiyel Kulak Rekonstrüksiyonunda Yeni Bir Flep: Postaurikuler Konkal Kondrokutanöz Sandviç Flebi

Mehmet Bayramiçli, Fatma Betül Tuncer, Furkan Certel
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Kulak rekonstrüksiyonu, kulağın kendine özgün şeklinden dolayı zorluğunu korumaktadır. Küçük aurikular defektler için lokal flepler ya da kompozit greftler kullanılabilir.(1,2) Ancak daha büyük defektler için sıklıkla kostal kartilaj grefti gerekmektedir. Kulak rekonstrüksiyonu için tarif edilmiş kondrokutanöz flep sayısı kısıtlıdır; var olanlar için postaurikuler damarların yorucu bir diseksiyonu gereklidir ve bu fleplerin donör alanların kapatılması ek işlemler gerektirir.

Burada tanıttığımız yeni konkal kondrokutanöz flep, parsiyal aurikuler defektlerin rekonstrüksiyonunda bahsettiğimiz dezavantajları olmayan lokal dokuların ve vaskülarize kartilajın kullanıldığı, donor alan morbiditesine yol açmayan, öğrenimi kolay, damar diseksiyonu gerektirmeyen bir yöntemdir.

Teknik: Bu yöntem tek seanslı, lokal anestezi altında yapılabilen bir rekonstrüksiyon tekniğidir. Bu tekniği insan ısırığına bağlı parsiyel kulak amputasyonu olan 54 yaşında bir erkek hastada kullandık. Fizik muayenede hastanın sağ kulağında 3x1 cm büyüklüğünde epitelize olmuş helix ve antihelix defekti vardı.(Figür 1-A) Hastanın basamak basamak çekilen fotoğrafları ile teknik anlatılacaktır.

Konka kartilajını içeren postaurikuler flep postaurikuler sulkus tabanlı olarak planlandı. Flebin distali defektin kenarına gelecek şekilde ilerletme flebi çizimi yapıldı. Defektin büyüklüğü kadar kartilaj konkanın cildinde işaretlendi. (Figür 1-B, C) Konkanın posterior kenarında kresentik insizyon yapılarak konka üzerindeki cilt subperikondriyal planda eleve edildi.(Figür 2-A) Flebin kartilaj komponenti insize edildi ve konkanın diğer kartilaj komponentinden ayrıldı.(Figür 2-B) Böylece kartilaj komponent postaurikuler flepte kalmış oldu ve vaskülarizasyonu bozulmadı.(Figür 2-C) Ardından kulak öne çekilerek defektin kenarlarından başlanarak cilt subperikondriyal planda eleve edildi. Flebin tabanı postaurikuler fasya üzerinden künt şekilde eleve edildi ve kartilaj komponentin defekte ilerletilmesi sağlandı. (Figür 2-D) Kartilaj komponentin uç kısımları defekte uyması için trim edildi ve hızlı eriyebilen sütürler ile yerine sütüre edildi. Flebin distal kısmı kartilaj üzerine katlanarak defektin anterioruna sütüre edildi.(Figür 2-E)

Postoperatif izleminde sorun yaşanmayan hastanın sütürleri 1.haftada alındı. Ödem, kademeli olarak ilk 2 hafta içinde azaldı. Postop 3.ay kontrolünde sorunu olmayan hastanın sonuçları tatmin ediciydi.(Figür 3)

Tartışma: Aurikulanın 1/4'ünden küçük defektler için Antia-Buch flebi gibi birden fazla lokal flep tanımlanmıştır.(1-3) Ancak daha büyük olan defektler için kostal kartilaj gerekmektedir. Kostal kartilaj greftinin alınması, şekillendirilmesi ve cilt altına implantasyonu çok aşamalı operasyonlar gerektirir; genel anestezi ve donör alan komplikasyonu riski taşır ve kartilajın rezorpsiyonu önceden tahmin edilemez.(4) Bundan dolayı kulak rekonstrüksiyonunda alternatif lokal flepler geliştirilmiştir. Davis, kulağın üst 1/3'ünün rekonstrüksiyonu için radix helicis'teki perforatörlerden beslenen konkal kondrokutanöz flebi tanımlamıştır.(5) Park ve Dagregorio-Dorsanval posterior aurikuler arter dallarından beslenen benzer flepler tarif etmiştir.(6,7) Bahsedilen bu flepler vaskülarize konkal kartilaj içerir ancak flebin defekte ulaşması için zahmetli bir pedikül diseksiyonu gerekir. Ayrıca, bu fleplerin donör alanlarının kapatılması için deri greftleri ya da ek lokal cilt flepleri kullanılır. Bizim tanımladığımız flep, geniş flep tabanı ile postaurikuler arterin bir çok dalını içerdiği için güvenilir bir perfüzyonu vardır. Kolay bir şekilde, pedikül diseksiyonu yapmadan eleve edilir ve donor alanın kapatılması için ek müdaheleler gerektirmez. Kartilajın donör alanı olan konkanın cildi geri yerine iade edilir. Böylece insizyon skarları konka borderında ve postaurikuler bölgede kaldığı için iyi gizlenir.

Postaurikuler konkal kondrokutanöz sandviç flebi parsiyel kulak defektlerinin rekonstrüksiyonunda basit, hızlı, güvenilir bir metoddur. Kulak, yine kulaktan alınan kartilaj ile onarılır ve aurikulanın büyüklüğü değişmez. Tekniğin uygulanması kolaydır ve lokal anestezi altında tek aşamada yapılabilir.

Referanslar

1. Armin, B., Ruder, R. and Azizadeh, B.: Partial Auricular Reconstruction. Seminars in Plastic Surgery, 2011 25: 249-256.

2. Cheney ML, Hadlock TA, Quatela VC: Reconstruction of the auricle. in, Local Flaps in Facial Reconstruction. SR Baker (Ed) Elsevier Inc. 2007, pp: 581-624.

3. IT Jackson.: Ear Reconstruction. in Local Flaps in Head and Neck Reconstruction-Second edition, (IT Jackson Ed.), Quality Medical Publishing Inc. 2007, pp: 313-346.

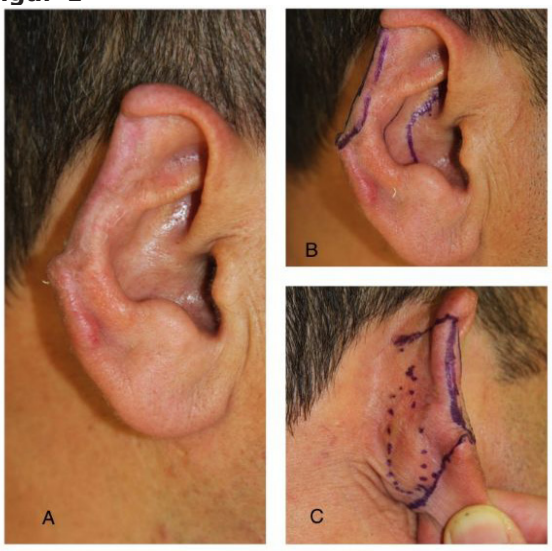
4. Yotsuyanagi, T.: Reconstruction of Defects Involving the Upper-One Third of Auricle. Plast Reconstr Surg 1999, 103: 1328.

5.Davis J.: Chondrocutaneous Conchal Flap to the Uper Third of the Ear. in Grabb›s Encyclopedia of Flaps (B Strauch, L Vasconez, E. Hall-Findlay, BT Lee; Eds) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009, Vol.I, Chapter 86, pp: 239-241.

6.Park, C.: A Newly Defined Conchal Floor Arterial Flap for Auricular Reconstruction. Plast Reconstr Surg, 2002; 110: 47-53.

7. Dagregorio, G., & Darsonval, V.: Peninsular Conchal Axial Flap to Reconstruct the Upper or Middle Third of the Auricle. Dermatol Surg 2005; 31: 350-355.

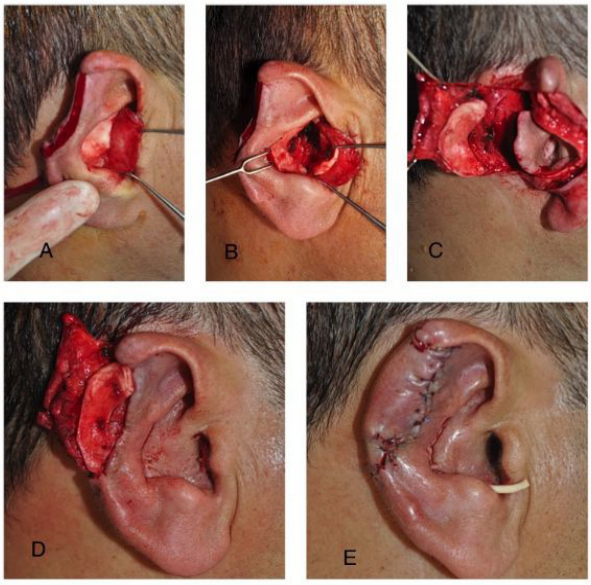
Figür-1



(A) Preoperatif resimde sağ kulakta helix'i içeren 3x1 cm defekt

görülmektedir. (B) Kulağın anterior yüzünde olan insizyonlar ve konkadan alınacak kartilajın büyüklüğü işaretlenmiştir. (C) Kulağın posterior yüzünde insizyon yeri ve ilerletme flebinin sınırları belirlenmiştir.

Figür-2



(A)Donör alan olan konkanın posterior borderında insizyon yapılarak anteriordaki cilt eleve edilmiştir. (B)Flebe dahil edilecek kartilaj konkanın kalanından ayrılır. (C)Flebin kulak posteriorunda diseksiyonu tamamlanır. (D)Kartilaj defekte sütürler ile yerleştirilir. (E)Flebin cildi kartilaj üzerine sandviç şeklinde sütüre edilir.

Figür-3



(A)Preoperatif resim. (B)Postoperatif 3.ay görüntüsü.

SS-091
Çift Pediküllü Tram Flep Donör Sahası Primer Kapatma Tekniğimiz: 124 Hastadaki Deneyimimiz

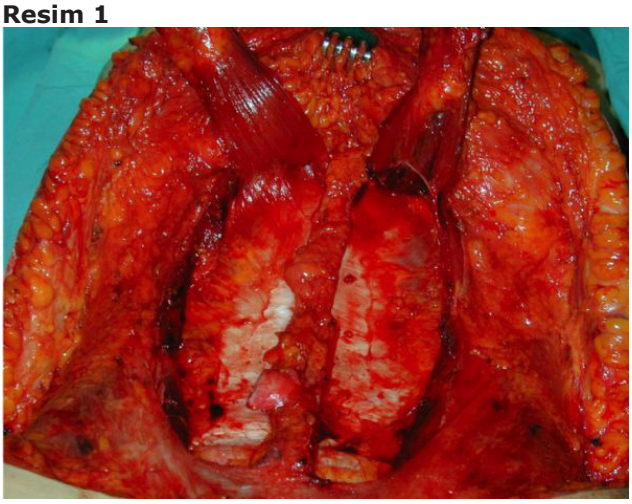
Yalçın Külahçı[1], Cihan Şahin[2], Celalettin Sever[2], Hüseyin Karagöz[2], Fuat Yüksel[2]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, El ve Üst Ekstremite Cerrahi Bilim Dalı, Ankara
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul

Hartrampf tarafından 1982 yılında tanımlanan pediküllü transversus abdominis myokutanöz (TRAM) flep, meme rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılmıştır. Ancak olası donör alan komplikasyonları nedeniyle artık eskisi kadar tercih edilmemektedir. Yine de bazı durumlarda tek seçeneğimiz pediküllü TRAM flep olabilmektedir. Bu gibi durumlarda, meş kullanmaksızın donör alan komplikasyonlarını azaltan primer kapatma tekniğimizi sunmaktayız.

Primer kapatma tekniğimizin uygulandığı hastaları içeren geriye dönük çalışma planlandı. 2000 ve 2015 yılları arasında 124 hastaya çift pediklüllü TRAM ile meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Hasta verileri geriye dönük olarak, abdominal duvar bütünlüğü, flep komplikasyonları ve fiziksel aktivitedeki sınırlanmalar açısından değerlendirildi. 15 yıllık süreçte 106 hastaya bipediküllü TRAM flep, 18 hastaya da cerrahi geciktirmeli TRAM flep uygulandı. Hastaların hiçbirisinde abdominal herni gözlenmedi, ancak üç hastada "bulging" saptandı. En sık komplikasyon ise 6 hastada (%4.8) görülen kısmi flep kaybıydı.

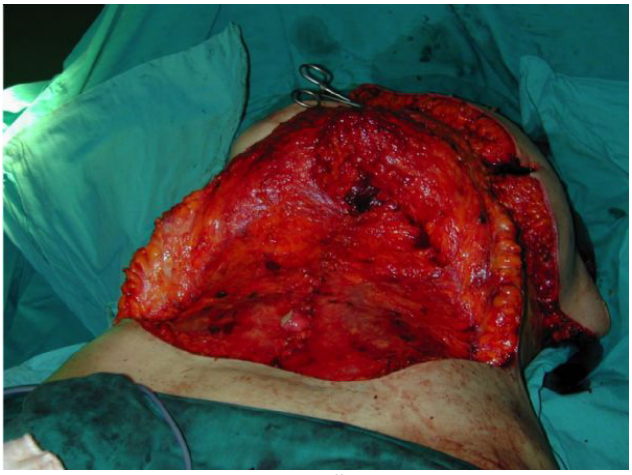
Sunmuş olduğumuz teknik bipediküllü TRAM flep donör alanında, meş kullanmaksızın, çok düşük komplikasyon oranları ile primer kapatmayı sağlamaktadır (Resim 1, 2).

Resim 1



Flep kaldırılmasını takiben donör alanın görünümü

Resim 2



Donör alanın primer kapatma tekniği ile sütürasyonu sonrası

SS-092
Skate Flep ile Meme Başı - Areola Rekonstrüksiyonunda Yeni Uygulama - Yeni Greft Donör Alanları

Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Burak Sercan Erçin, Ecmel Songür
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Mastektomi sonrası estetik olarak kabul edilebilir bir meme başı - areola kompleksi (NAC) oluşturmak oldukça önemlidir. Bunun için bir çok teknik ortaya atılmışsa da bir çok cerrah, oluşturduğu tatmin edici projeksiyon nedeniyle skate flep ile rekonstrüksiyonu tercih etmektedir. Klasik skate flep uygulamasında areola rekonstrüksiyonu için greft ihtiyacı doğmaktadır. Bu çalışmamızda areola rekonstrüksiyonu için kullandığımız yeni ve değişik greft donör saha uygulamalarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2013-2015 yılları arasında 23 hasta çalışmaya dahil edildi. Rekonstrükte edilmiş memede tekniğe uygun çizilmiş areolanın üst yarısından skate flep kaldırıldı alt yarısı da kısmi kalınlıkta deri grefti alınarak de-epitelize edildi. Tahmini areola alanından alınan deri grefti flebin üst yarıda bıraktığı defekte sütüre edildi. Gretin alındığı bölge ise yapılan eş zamanlı cerrahi uygulamada elde edilen greft ile onarıldı. Altıncı ay kontrollerine gelen hastalara memnuniyet skorlaması yaptırıldı.

Sonuç: Yirmi üç hastanın 20'sine unilateral, üçüne bilateral rekonstrüksiyon yapıldıNAC rekonstrüksiyonu yapılan 16 meme Becker protez ile, 10 meme otolog doku ile rekonstrükte edilmişti. 12 NAC rekonstrüksiyonunda port çıkarılması esnasında port üzerindeki deriden alınan greft, altı NAC rekonstrüksiyonunda rekonstrükte edilen memenin revizyonundan elde edilen greft, üç NAC rekonstrüksiyonunda kontralateral areoladan alınan greft ile onarım, iki NAC rekonstrüksiyonunda eşzamanlı yapılan blefaroplastiden elde edilen deri kullanılırken; üç NAC rekonstrüksiyonunda ise areola alt yarısından greft alınan yer sekonder iyileşmeye bırakıldı. 26 skate flebin sadece bir tanesinde kayıp görüldü (parsiyel). Areola rekonstrüksiyonunda kullanılan üç greftte parsiyel lizis oluştu. Üç greftte pansumanlarla sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hasta kozmetik skorlamalarında anlamlı fark ortaya çıkmazken karşı areoladan greft alınan vakalarda hastaların sonuçtan daha fazla memnun olduğu görüldü.

Tartışma: Sonuç olarak skate flep ile nipple rekonstrüksiyonu ile eşzamanlı uygulamalardan elde edilen greftlerin areola rekonstrüksiyonu için kullanımı, ek bir greft donör saha morbiditesi yaratmaması ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmesi nedeniyle pratik ve kullanışlı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Greft Donör Saha



Nipple Rekonstrüksiyonu Eş zamanlı Becker Protez Port çıkarılması: Port üzerindeki deri alanından yapılacak insizyon boyutu kadar greft alınıyor

Greftler



Soldan sağa: Skate flep alanından alınan deri grefti, port çıkarılması esnasında alınan deri grefti, pot üzerindeki dermis

Per-op Sonuç



yerleşimli 2 olguda nipple areolar kompleks eksizyon uygulanmış ve karşı meme areoladan tam kat greft alınarak areola oluşturulmuştur. Cerrahi sınırlar bütün olgularda frozen ile değerlendirilmiş, 14 olguda cerrahi sınır negatif olarak saptanmış, 1 olguya ise pozitiflik nedeniyle reekziyon yapılmıştır. Aksilla lenf düğümünü değerlendirmeye yönelik olarak 3 olguya aksiller diseksiyon, 12 olguya sentinel biyopsisi uygulanmıştır. Her hastaya karşı memeye simetri amaçlı redüksiyon mamoplasti yapılmıştır. Cerrahi yöntem olarak geniş eksizyon uygulanan hastaların, spesmenlerinin ortalama ağırlığının 290.5 gram (180 – 490) olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama tümör çapının ise 1.7cm (0.8 – 3) olduğu belirlenmiştir. Olguların evrelere göre dağılımına bakıldığında 3 olgunun Evre0, 5 olgunun Evre1, 5 olgunun Evre 2A ve 1 olgunun Evre 2B olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Makromastili ve pitotik memeye sahip olan kişilerde gelişen meme kanserinin cerrahi tedavisinde, onkoplastik cerrahi yöntemlerden biri olan TRM işlemi, MKC ile birlikte onkoplastik cerrahi ilkeler çercevesinde güvenli cerrahi sınır sağlanarak geniş eksizyon ile yapılabilir. Böylece, hastanın onkolojik güvenliği ve kozmetik sonuçlar açısından memnuniyetinin eş zamanlı sağlanacağı kanısındayız.

SS-093
Makromastili meme kanserlerinde terapotik redüksiyon mamoplasti ile meme rekonstrüksiyonu

Ahmet Harun Şimşek[1], Ali Özlük[1], Ömer Özkan[2], Mustafa Özdoğan[1]
[1]Antalya Yıldız Medstar Hastanesi
[2]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Meme kanserinin bölgesel tedavisinde, meme koruyucu cerrahi (MKC) ve postoperatif radyoterapi uygulanan hastalar ile mastektomi uygulanan hastalar arasında eşit sağ kalım sonuçlarının olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, MKC uygulanan hastaların yaşam kalitesinin ve vücut imajlarının olumlu yönde düzeldiği tespit edilmiştir. Onkolojik ve estetik cerrahi prensiplerin bir arada uygulandığı onkoplastik cerrahi ile uygun kozmetik sonuçlar sağlanmıştır. Makromasti ve pitotik memelerde kanser gelişen olgulara uygulanan, bir onkoplastik cerrahi işlem olan ‘’Terapotik Redüksiyon Mamoplasti’’ (TRM) son yıllarda daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Biz burada, MKC ve TRM uyguladığımız meme kanserli hastalarımızın sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmamızda, Mart 2012-Ağustos 2015 yılları arasında, makromasti ve pitotik meme yapısına sahip, MKC ve TRM uygulanan 15 meme kanserli hastamızın sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşının 46.7 (30-56) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, 12’sinin makromastili ve 3’ünün ise pitotik memeye sahip olduğu belirlenmiştir. Histopatolojik olarak 11’inin invaziv duktal karsinom, 3‘ünün duktal karsinoma insitu ve 1‘inin metaplastik karsinom olduğu saptanmıştır. Cerrahi, İki olguya neoadjuvan kemoterapi (KT) sonrasında, diğer 13 olguya ise ilk işlem olarak uygulanmıştır. Neoadjuvan tedavi alan iki olguda tümör sınırları radyolojik görüntüleme eşliğinde tatuaj yöntemi ile işaretlenmiştir. Ayrıca, neoadjuvan KT alan iki olguda parsiyel yanıt elde edilmiştir. Primer tümörün, hastaların 6’sında alt dış kadranda, 5’inde üst dış kadranda,1’inde alt iç kadranda ve 3’ünde ise periareolar yerleşimli olduğu saptanmıştır, Cerrahi yöntem olarak, tümöre geniş eksizyon ve kalan meme dokusuna ise redüksiyon uygulanmıştır..3 hastada süperior pedikül,4 hastada medial pedikül,8 hastada inferior pedikül tercih edilmiştir. Periareolar

SS-094
Nüks Meme Kanseri Lezyonlarında Cerrahi Tedavi Yaklaşımı ve Göğüs Duvarı Rekonstrüksiyon Algoritması

Özay Özkaya[1], Derya Bingöl[1], Seda Asfuroğlu Barutca[2], Volkan Erdoğu[3], Ayberk Akçay[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Göğüs duvarı defektlerinin oluşumunda altta yatan birçok etken olsa da; majör sebepleri onkolojik patolojiler oluşturmaktadır (1). Mastektomi ve meme koruyucu cerrahi tedaviler sonrasında, meme kanseri olgularında lokal nüks lezyonların görülme insidansı, %5 ile %40 arasında değişmektedir (2,3). Standart bir tedavi protokolü mevcut olmamasına karşın, güncel tedavi yaklaşımı; tekrarlayan meme kanseri lezyonunun eksizyonu ve ardından radyoterapi uygulanması şeklindedir (4,5). Nüks tümörün yeri, boyutu ve göğüs duvarındaki invazyon derinliğinin önceden belirlenmesi; gerekli olabilecek tüm rekonstrüktif seçeneklerin değerlendirilmesi ve hasta için uygun olanın seçilerek, önceden alternatiflerinin planlanması; tümörün uzaklaştırılmasında gerekli agresif cerrahinin uygulanabilmesine olanak sağlamaktadır. Gelişen adjuvan ve neoadjuvan tedavi protokolleri cerrahi tedavinin tamamlayıcı unsurları olarak, büyük ve agresif seyirli meme kanseri lezyonlarında dahi, cerrahi yaklaşım yönünde daha fazlaca karar verebilmeye olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada amaç, nüks meme kanseri olgularında, göğüs duvarına invazyon yapan lezyonların cerrahi eksizyon yaklaşımının ve rekonstrüktif tedavi seçeneklerinin planlanmasında dikkat edilecek faktörlerin ortaya konulması ve tedavi algoritmasının sunulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 2010-2015 yılları arasında

kliniğimizde, göğüs duvarının farklı katlarında invazyona sebep olan, nüks veya metastatik meme kanseri sebebiyle eksizyon ve rekonstrüksiyon yapılan 29 hastadan, kosta/sternum rezeksiyonu ve/veya flep ile rekonstrüksiyon yapılan 17 hasta dahil edildi. Tüm vakalarda nüks lezyondan tru-cut veya insizyonel biyopsi yapılarak histopatolojik olarak tanı kesinleştirildi. Uzak metastaz saptanmayan olgularda, cerrahi tedavi algoritmasının planlanması için; operasyon öncesi bilgisayarlı tomografi ile göğüs duvarı ve tutulan katlar, göğüs cerrahisi hekimi ile birlikte değerlendirildi. Gerekli vakalarda MRI ile tanı desteklendi. Cerrahi eksizyonlar, yumuşak doku için, 2 cm makroskopik lateral cerrahi sınır konulacak şekilde, görülen tümörün eksizyonu şeklinde planlandı. Kosta tutulumu mevcut ise tutulan kosta ile komşu kranyal ve kaudal kostalar dahil edilerek kosta rezeksiyonu yapıldı. İnterkostal kas tutulumu, yağlı planların silinmesi ve tümörün göğüs kafesine fiske olması, kosta perikondriyumunda tutulum olması, kosta rezeksiyonu için endikasyon oluşturdu. Bu durumun oluşmadığı vakalarda ise; cerrahi sınır tayinleri, operasyon sırasında histopatolojik değerlendirme (frozen kesit) ile sağlanarak sadece yumuşak doku rezeksiyonu yapıldı. Kosta/sternum eksizyonu gereken vakalarda göğüs cerrahisi ile birlikte operasyon yapıldı.

Bulgular: Yaşları, 41-86 yıl (ort=56) arasında değişen 17 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Mastektomi sonrasında, 2 hasta radyoterapi, 3 hasta kemoterapi, 9 hasta ise kombine tedavi görmüştü. Tanı esnasında, nüks tümör çapı ort=3,8 cm (2-8) olarak bulundu. Rekonstrüksiyon için, on iki hastada latissimus dorsi kas-deri flebi, 2 hastada internal mamarian arter perforatör flebi, 1 hastada interkostal arter perforatör flebi, 1 hastada pectoralis major kas-deri flebi, 1 hastada ise lokal fasyokutan flep kullanıldı. Beş hastada kosta rezeksiyonu ve polypropylene mesh ile göğüs duvarı rekonstrüksiyonu üzerine flep rekonstrüksiyonu uygulandı. Bir hastada, sternum rezeksiyonunu takiben, kosta klibi ve titanyum barlar ile internal rijit fiksasyon ve pectoralis major kas-deri flebi ile onarım yapıldı. Tüm hastalarda flepler problemsiz olarak iyileşti. Total veya kısmi flep kaybı izlenmedi. Majör veya minör komplikasyon gelişmedi.

Sonuçlar ve Tartışma: Nüks meme kanseri olgularında temiz cerrahi sınır sağlayan komplet rezeksiyon, tedavide ilk seçenek olarak önerilmektedir (2). Gerekli vakalarda, göğüs duvarı kosta eksizyonu yapılmayıp sadece yumuşak doku eksizyonu uygulanan nüks meme kanseri olgularında, yeniden nüks oranı %45-%72 arasında bildirilmiştir (6). Radyoterapi uygulanmadığında bu oranların %83'e kadar yükseldiği gösterilmiştir (7). Nüks meme kanseri lezyonlarında göğüs duvarı eksizyonu yapılmasının hastanın yaşam süresini uzattığı gösterilmiş olup; literatürde karşıt görüşler de olmasına rağmen; hastaların yaşam kalitesini arttırıp, ağrıyı azalttığı konusunda görüş birliği mevcuttur (2,4). Nüks meme kanserli olgularda adjuvan tedavide radyoterapi sıklıkla yer aldığından, ve tanımlayıcı tedavi komplet rezeksiyon olduğundan, göğüs duvar stabilitesinin sağlanması için altta prostetik materyal kullanım gerekliliği de göz önüne alındığında; rekonstrüksiyon seçenekelerini sıklıkla kanlanması iyi, güvenilir flepler oluşturmaktadır. Literatürde de tariflendiği üzere bu bölge için; latissimus dorsi, rektus abdominis ve pektoralis major kas ve kas-deri flepleri en çok kullanılan fleplerdir. Uygun flebin seçiminde; defektin boyutu, yeri, geçirilmiş cerrahi veya radyoterapi, hastanın kondisyonu, rejyonel flep ve pedikül seçenekleri göz önüne alınmalıdır. Rekonstrüksiyon algoritmasında; sternal veya orta hat defektlerinde ve anteromedial göğüs duvarı defektlerinde pektoralis major kas/kas-deri flebi, anterolateral defektlerde latissimus dorsi kas/kas-deri flebi, anterolateral göğüs duvarının kaudal defektlerinde rektus abdominis kas/kas-deri flepleri temel flepler olarak yer almaktadır. Bu fleplerin uygun olmadığı durumlarda, internal mamarian arter perforatör veya interkostal arter perforatör flepleri ile lokal fasyokutan flepler diğer seçenekleri oluşturmaktadır (8). Bu çalışmada, nüks meme kanserli vakalarda, lezyonun göğüs duvarında invazyon derecesine göre; göğüs duvarının kısmi veya tam kat rezeksiyonunun, uygun ve gerekli şekilde rekonstrükte edildiği zaman, minimal morbiditeye sebep olduğu, mortaliteye yol açmadığı sonucuna varıldı. Bunun yanı sıra; hastanın kendisini daha iyi hissetmesine yol açtığı, ağrıyı azalttığı, sosyal ilişkileri ve yaşam kalitesini iyileştirdiği literatürde gösterilmiştir (5).

Kaynaklar:

1-Sodha NR, Azoury SC, Sciortino C, Sacks JM, Yang SC. The use of acellular dermal matrices in chest wall reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2012 Nov;130(5 Suppl 2):175S-82S.

2-Friedel G1, Kuipers T, Dippon J, Al-Kammash F, Walles T, Kyriss T, Veit S, Greulich M, Steger V. Full-thickness resection with myocutaneous flap reconstruction for locally recurrent breast cancer. Ann Thorac Surg. 2008 Jun;85(6):1894-900.

3-Bedwinek J. Natural history and management of isolated local-regional recurrence following mastectomy. Semin Radiat Oncol 1994;4:260 –9.

4-Downey RJ, Rusch V, Hsu FI, et al. Chest wall resection for locally recurrent breast cancer: is it worthwhile? J Thorac Cardiovasc Surg 2000;119:420–8.

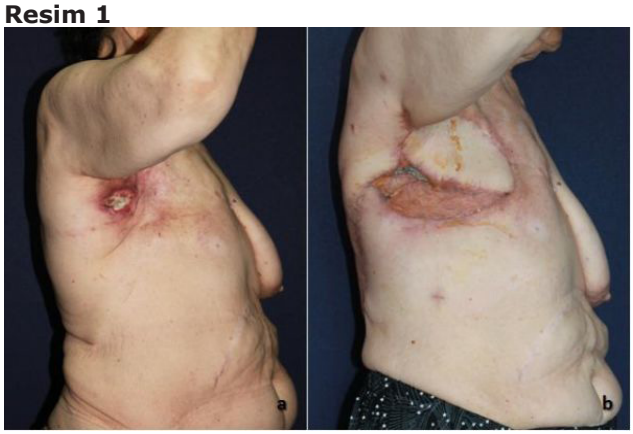
5-Veronesi G, Scanagatta P, Goldhirsch A, Rietjens M, Colleoni M, Pelosi G, Spaggiari L. Results of chest wall resection for recurrent or locally advanced breast malignancies. Breast. 2007 Jun;16(3):297-302.

6- Dahlstrøm KK, Andersson AP, Andersen M, Krag C. Wide local excision of recurrent breast cancer in the thoracic wall. Cancer 1993;72:774 –7.

7- Probstfeld MR, O'Connell TX. Treatment of locally recurrent breast carcinoma. Arch Surg 1989;124:1127–9; discussion 30.

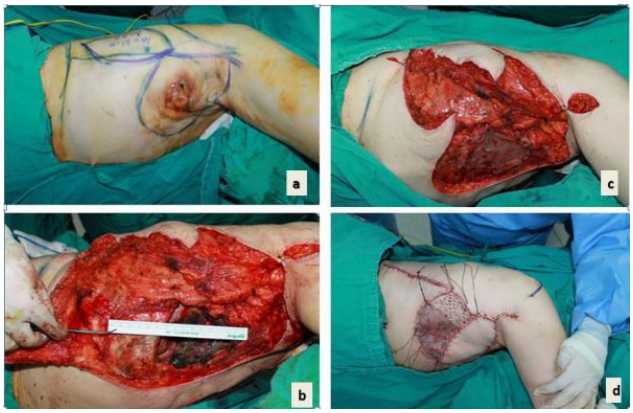
8- Althubaiti G, Butler CE. Abdominal wall and chest wall reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2014 May;133(5):688e-701e.

Resim 1



Seksen altı yaşında, kadın hasta, sağ göğüs lateral duvarda, aksilla inferiorunda göğüs duvarı invazyonu bulunan nüks meme kanseri lezyonu a) Hastanın operasyon öncesi fotoğrafı b) Hastanın operasyon sonrası 2. ay fotoğrafı

Resim 2



Aynı hastanın operasyon sırasındaki fotoğrafları a) Cerrahi eksizyon sınırları ve latissimus dorsi kas-deri flebi planlanmış b) Göğüs duvarı tam kat geniş rezeksiyon yapılmış c)Göğüs duvarı rekonstrüksiyonu için polypropylene mesh ile onarım yapılmış d)Yumuşak doku rekonstrüksiyonu latissimus dorsi kas-deri flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarılmış

SS-095
Latissimus Dorsi Kas Deri Flebinin Hacimlendirilerek Implantsız Otojen Meme Rekonstrüksiyonu Yapılması

Burak Özkan, Ahmet Çağrı Uysal, Atilla Adnan Eyüboğlu, Azer Zeynalov, Abbas Albayati, Nilgün Markal Ertaş, Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Latissimus Dorsi kası otojen meme rekonstrüksiyonunda en sık kullanılan dokulardan biridir. Cilt adalı veya sadece kas flebi olarak kullanılabilirken, çevrilen dokunun hacminin eksize edimiş meme dokusuna oranla yetersiz kalması ve komşu memeye oranla hacimsel simetriyi sağlanamaması durumunda sıklıkla kas altı meme implantıyla birlikte kullanılmaktadır. Doku genişletici özellikli implant kullanılmasına neden olacak geniş cilt defektine neden olan mastektomiler, koyulacak implanta sekonder görülebilecek kapsül kontraksiyonu, enfeksiyon, ektrüzyon gibi komplikasyonlar ve post operatif radyoterapi ve sonrası alloplastik materyal kullanımının hasta tarafından istenmemesi gibi nedenler latissimus kas deri flebinin kullanılma endikasyonlarıdır. A ve B cup memelerde kasın intraoperatif şekillendirilerek, hacimlendirilmesi karşı meme simetrisini sağlayarak implant kullanılmadan başarılı, estetik ve fonksiyonel sonuç almak mümkündür.

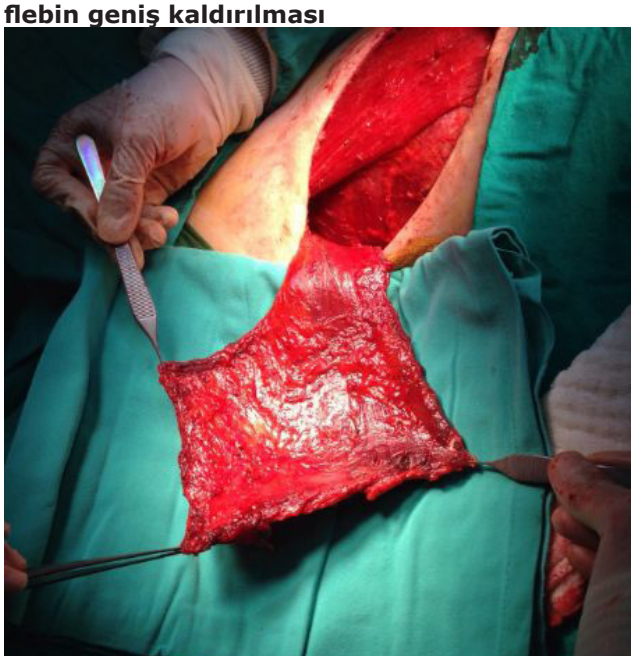
Materyal- Metod: 2013-2015 yılları arasında ortalama yaşları olan 5 hasta mastektomi sonrsaı eş zamanlı otojen latissimus dorsi ile rekonstrükte edildi. Tüm hastaların etiyolojisinde invaziv duktal karsinom vardı. 4 hastaya modifiye radikal mastektomi, 1 hastaya basit mastektomi yapılması ardından yapıldı. (Tablo 1) Cilt adası trasvers veya oblik yerleşimli ve defekt boyutuyla eşit olacak şekilde planlandı, Latissimus dorsi kası geniş bir şekilde eleve edildikten sonra kasın kranyal ve kaudal uclarının katlanarak birbirine sütürasyonu ve medial sınırının üçgen şeklinde bir kat daha katlanmasıyla kasa hacim kazandırıldı ve Pektoralis major kasına tespit edildi.(Resim)

Bulgular: Ortlama cilt defekti 12x7 cm'idi.Hastalar ortalama 4gün hospitalize edildiler. Ortalama dren tutulma süresi meme ve aksilla için 6 gün sırt için 15 gündü. 3 hasta post operatif radyoterapi gördü. Hastalarda erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyonu görülmedi. (Tablo 2)

Sonuç: Latissimus dorsi kasının katlanarak hacimlendirilmesi sonucunda a ve b cup meme ölçülerinde implant kullanılmadan başarılı estetik ve fonksiyonel sonuç elde etmek mümkün olabilmektedir.

Referanslar: 1. Santanelli di Pompeo F, Laporta R, Sorotos M, Pagnoni M, Falesiedi F, Longo B. Latissimus dorsi flap for total autologous immediate breast reconstruction without implants. Plast Reconstr Surg. 2014 Dec;134(6):871e-9e.

flebin geniş kaldırılması



tüm kasın flebe dahil edilmesi

kas deri flebinin adaptasyonu



kas deri flebinin adaptasyonu

Kasın hacimlendirilmesi



kasın katlanarak hacimlendirilmesi

Bulgular

	Cilt Defekti/ Flep cilt adası(cm)	Mastektomi materyali hacmi(cm)	Hospitalizasyon (gün)	Komplikasyon	Postoperatif Radyoterapi
Hasta 1	14x7	18x16x4	4	-	+
Hasta 2	15x8	25x15x6	4	-	+
Hasta 3	11x7	14x10x4	3	-	+
Hasta 4	11x6	15x11x4	3	-	+
Hasta 5	12x7	16x11x6	6	-	+

LD kas deri flebi yapılan hastalar ve bulgular

Rekonstrüksiyon yapılan hastalar

	YAS	ETİYOLOJİ	MASTEKTOMİ
Hasta 1	39	İnvaziv Duktal Karsinom	Modifiye radikal mastektomi
Hasta 2	38	İnvaziv Duktal Karsinom	Modifiye radikal mastektomi
Hasta 3	31	İnvaziv Duktal Karsinom	Basit Mastektomi
Hasta 4	38	İnvaziv Duktal Karsinom	Modifiye radikal mastektomi
Hasta 5	44	İnvaziv Duktal Karsinom	Modifiye radikal mastektomi

Rekonstrüksiyon yapılan hastalar

SS-096
Eşzamanlı Parsiyel Meme Rekonstrüksiyonunda Lateral Torasik Arter Perforatör Flebinin Kullanımı

Semih Bağhaki[1], Mirza Fırat Çevirme[1], Müge Anıl Küçüksucu[1], Murat Diyarbakırlıoğlu[2], Mehmet Velidedeoğlu[3]
[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Meme koruyucu cerrahinin eşzamanlı rekonstrüksiyonunda otolog dokular neredeyse tek seçenektir. En sık oluşan üst dış kadran ve santral yerleşimli defektlerde latissimus dorsi kas veya kas-deri flebi, torakodorsal arter perforatör flebi ve geç dönemde yağ enjeksiyonları kullanılmaktadır. Bu seçeneklere çok yeni bir alternatif Lateral Torasik Arter Perforatör Flebi'dir. Lateral Torasik Arter Perforatör Flebi, toraks lateral duvarında önemli büyüklükte deri ve yumuşak doku elde edilmesini sağlayan nispeten yeni tanımlanmış bir fleptir. Serbest veya lokorejyonel kullanılabilir. İlerletme, pervane veya perforatör plus tarzında kullanıma uygun bir fleptir. Bu özellikleriyle pektoral bölge ve dolayısıyla meme defektlerinde, aksilla rekonstrüksiyonunda ve proksimal kol defektlerinde kullanılabilir.

Bu bildiride, kliniğimizin eşzamanlı parsiyel meme rekonstrüksiyonunda Lateral Torasik Arter Perforatör Flebi (LTAP) kullanımı ile ilgili deneyimi cerrahi ve anatomik analiz, erken ve geç dönem klinik sonuçlarla birlikte sunulmuştur.

SS-097
Türkiyede Çalışan Genel Cerrahların Meme Rekonstrüksiyonuna Bakış Açılarının Değerlendirildiği Anket Çalışması

Gülsüm Tetik[1], Burcu Çelet Özden[2], Akın Yücel[3]
[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Antalya
[2]İ Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Hüsrev Gerede Cad. Erbil Apt. No:128/1 Teşvikiye / İstanbul

Giriş: Son yıllarda dünyada ve ülkemizde artış gösteren meme kanseri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla meme rekonstrüksiyonu da önem kazanmıştır. Genel cerrahların verdikleri bilgilerin kadınların bu konuda verecekleri kararlar konusunda etkili oldukları bilinmesine karşın genel cerrahların meme rekonstrüksiyonu hakkındaki görüşlerine ilişkin bilgiler sınırlıdır.

Bu çalışma Türkiyede çalışan genel cerrahların meme rekonstrüksiyonu ile ilgili davranışlarını belirlemek ve dünya literatürü ile karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Elektronik ortamda hazırlanan ve 10 sorudan oluşan anketimiz 5326 üyesi olan Türk Cerrahi Derneğinin üyelerine elektronik posta yoluyla ulaştırıldı. Ankette katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hastalarını meme rekonstrüksiyonuna yönlendirmelerinde etkili olan kriterleri ve meme rekonstrüksiyonuna ilişkin varolan ve tartışılagelen hipotezlere ilişkin görüşleri değerlendirildi.

Bulgular: Anketi 94 katılımcı yanıtladı. Katılımcıların çoğu erkek ve 11-25 yıllık tecrübeye sahip olanlardı. Meme rekonstrüksiyonuna ilişkin eğitim alanlar çoğunlukta idi. Katılımcıların tamamına yakını hastasını rekonstrüksiyona yönlendirdiğini belirtti. Ancak bir yıl içerisinde rekosntrüksiyona yönlendirme sayısı yaptıkları yeni vaka sayısına oranla daha az olarak tespit edildi. Hastanın psikolojik stabilitesi ve lokal rekürrens riski ve hastanın yaşı rekonstrüksiyona yönlendirme kararını etkileyen en önemli kriterler olarak tespit edildi.

Sonuç: Ülkemizde çalışan genel cerrahların meme rekonstrüksiyonuna hastalarını yönlendirme eğilimlerinin olduğu, ancak meme rekonstrüksiyonunun yaygın olarak yapılmasının önünde engel teşkil eden ve genel cerrahların bu konudaki kararlarını etkileyen faktörlerin multidisiplineer yaklaşımla çözülebileceği sonucuna varılmıştır.

SS-098
TRAM Flep ile Meme Rekonstruksiyonu Deneyimlerimiz: Eski ve Güvenilir Rekonstruksiyon Alternatifi

Gökhan Temiz, Emre Güvercin, Celal Alioğlu, Hakan Demirel, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Meme rekonstuksiyonu 20. Yy'ın sonlarında başlamıştır. İlk rekonstruksiyonlar implantlarla yapılmakla beraber komplikasyon oranlarının yüksek olması rekonstruktif cerrahları otojen doku kullanımı arayışına itmiştir. Bu amaçla ilk olarak latissimus kas flebi, ardından rektus kas flebi ve Hartrampft tarafından ise transvers rektus abdominis miyokutanöz (TRAM) flebi tanımlanmıştır. TRAM flep kütleli olması, sekonder olarak abdominoplasti kazancı, kolay şekillendirilebilmesi gibi sebeplerle kısa zamanda popularize oldu. Çalışmamızda kliniğimizde TRAM flep ile meme rekonstrüksiyonunda deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

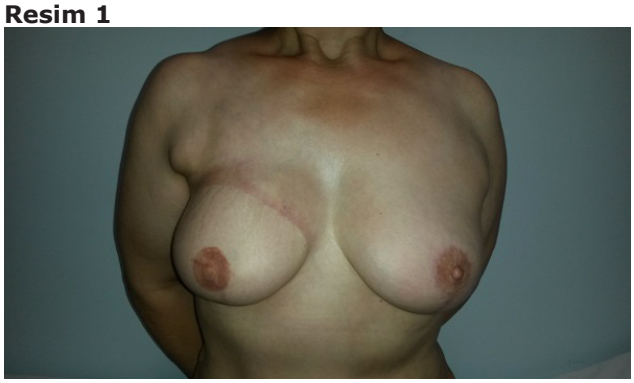
Materyal-Metod: Kliniğimzde 2012- 2015 yılları arasında TRAM flep ile meme rekonstruksiyonu yapılan 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda aynı taraf inferior epigastrik arter bağlanarak ve karşı taraf periumblikal perforatörler koterize edilerek cerrahi delay işlemi uygulandı. Delay işlemini takiben 2-3. Haftada TRAM flep ile meme rekonstruksiyonu uygulandı. Ameliyat sonrası 3. Ayda nipple ve areola rekonstrukte edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 48 olarak tespit edildi. Ortalama takip süresi 21 aydı. Tüm hastalara geç rekonstrüksiyon uygulandı.Dört hastada zon 3'de parsiyel flep kaybı, 1 hastada sıcak uygulamaya bağlı flep santralinde tam kat yanık gözlendi. Total flep nekrozu gözlenmedi. 1 hastada erken postop dönemde herni gözlendi. Ek komplikasyona rastlanmadı.

Sonuç: TRAM flep ile meme rekonstruksiyonu perforatör ve serbest fleplerin yaygınlaşması ile eski değerini yitimesine karşın mikrocerrahi gerektirmemesi, güvenilir arteriyel dolaşım, kolay şekillendirme gibi sebeplerle halen öncelikle tercih edilen rekonstrüksiyon seçenekleri arasında yer almaktadır. Venöz yetersizlik sık görülmekle birlikte delay uygulanmış fleplerde görülme oranı azdır ve güvenilirliği yüksek bir yöntemdir.

Kaynaklar:
1) Hartrampf CR, Scheflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plas Reconstr Surg 1982; 69:216-225.
2) Bjaj CT, Christensen DE, Elberg JJ. Ten years' experience of free flaps for breast reconstruction: incidence and treatment options. Plast Reconstr Surg 2006; 117:1381-1386.
3) Knox AD, Ho AL, Leung L, Tashakkor AY, Lennox PA, Van Laeken N, Macadam SA. Comparison of Outcomes Following Autologous Breast Reconstruction using the DIEP and Pedicled TRAM Flap Part 1: A 12 Year Clinical Retrospective Study and Literature Review.Plast Reconstr Surg. 2015 Aug 10.
4) Krishnan NM, Purnell C, Nahabedian MY, Freed GL, Nigriny JF, Rosen JM, Rosson GD. The cost effectiveness of the DIEP flap relative to the muscle-sparing TRAM flap in postmastectomy breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2015 Apr;135(4):948-58.

Resim 1



TRAm flep ile sağ meme rekonstruksiyonu, postop 2. yıl

SS-099
Subkutan Mastektomi ardından Eş zamanlı İmplant ve veya Doku Genişletici Onarımı:45 hastada klinik deneyimimiz

Kamuran Zeynep sevim[1], Semra Karşıdağ[1], Medeni Volkan Kıyak[1], Selami Serhat Şirvan[1], Erkan Yüce[1], Dağhan Dağdelen[1], Sıtkı Gürkan Yetkin[2], Işıl Akgün Demir[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Cilt koruyucu mastektomi ardından eş zamanlı meme onarımı onkolojik açıdan güvenli olduğu kadar kozmetik ve fonksiyonel açıdan da tatmin edici sonuçlar verir. Bu tür meme onarımlarında ideal sonuçlar elde edebilmek için uyguladığımız bazı önemli noktaları paylaşmak istiyoruz.

Materyal-Metod: Mart 2014- Ağustos 2015 tarihleri arasında hastanemizde genel cerrahi kliniği ile birlikte cilt koruyucu mastektomi ve eş zamanlı implantla onarım yapılan 45 hasta retrospektif olarak incelendi. İmplant ile ya da doku genişletici ile onarım yapılan hastalardaki major ya da minor komplikasyonlar, tercih edilen insizyonlar, diatermi ya da keskin diseksiyonla mastektominin farkları, vücut kitle endeksinin impnatla onarıma etkileri irdelenmiştir.

Sonuçlar: Toplamda incelenen 45 hastanın % 15'inde majör komplikasyonlar(implant ekspozisyonu), %24'ünde minör komplikasyonlar(flep nekrozu, yara iyileşme problemleri) gözlenmiştir. Hastaların %95'inde lolipop insizyon ya da vertikal insizyon tercih edilmiştir. Vertikal insizyona bağlı olarak yara iyileşmesinde problem gözlenmemiştir. Yüksek vücut kitle endeksi olan hastalarda erken postoperatif dönemde mastektomi fleplerinde lenfödem benzeri bulgular sıklıkla gözlenmiştir. Eksize edilen mastektomi materyali 600 gr üzerinde ise ya da sternal çentik nipple areola mesafesi 28 cm nin üzerinde olduğu hastalarda flebe ait komplikasyonlar daha sık gözlenmiştir. Hastaların 17'sinde doku genişletici ya da implantın meme alt polüne denk gelen kısmı rektus abdominis adipofasyal flebi ve serratus anterior kas flebi ile onarılmıştır. Hastaların 28'inde meme alt polü TIGR Matrix®(composite vicryl biomesh)'i pektoral kasa adapte ederek onarılmıştır.

Tartışma: Malpozisyon, rüptür, ekspoze olmak ya da kapsüler kontraktür gibi potansiyel komplikasyonlara rağmen subkutan mastektomi sonrası eş zamanlı implant doku genişletici ile meme onarımı günlük pratiğimizde en sık tercih edilen meme onarım seçeneğidir. Kliniğimizde kısa yükseklikteki anatomik doku genişleticilerle onarım sonrası kalıcı koheziv jel protezle onarım ile tatmin edici sonuçlar almaktayız.

Şekil 1



Şekil 2



SS-100
Meme kanseri tedavisinde protez ile eş zamanlı rekonstrüksiyonda ne zaman protez, ne zaman doku genişletici? Uygulamalarımız ve sonuçlarımız

Gökhan Temiz[1], Mehmet Eser[2], Ali Cem Akpınar[1], Sultan Yalçın[1], Gaye Taylan Filinte[1]
[1]Dr Lütfi Kırdar Kartal EAH Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi İstanbul.
[2]Dr Lütfi Kırdar Kartal EAH Genel Cerrahi İstanbul.

Giriş: Meme kanseri tedavisinde günümüzde eş zamanlı rekonstrüksiyonun uygulaması yaygın olarak kabul görmektedir. Bu hastalarda slikon implantla eş zamanı rekonstrüksiyon yada doku genişletici uygulanarak gecikmiş eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulanabilmektedir.

Materyal-Metod: 2012 Nisan ve 2015 Nisan ayları arasında 58 hastaya genel cerrahi ekibi ile birlikte eş zamanlı rekonstrüksiyon planlanmıştır. Post operatif dönemde radyoterapi almayacak ve yeterli deri zarfı bulunan hastalara silikon implant yerleştirildi, radyoterapi alma ihtimali olan hastalara doku genişletici uygulaması yapıldı. Radyoterapi için en önemli göstergemiz aksilla metastazı oldu bu anlamak için ise aksillar sentinal lenf nodu örneklemesi yapıldı. Tüm doku genişleticiler total submusküler olarak yerleştirildi. Ekspansiyon işlemi Radyoterapiden önce tamamlandı ve radyoterapinin tamamlanmasında en az 2 ay sonra doku genişletici, kalıcı silikon implant ile değiştirildi. İmpilant ile eş zamalı rekonstrüksiyon uygulamasında implant total submusküler veya parsiyel submusküler olarak yerleştirildi.

Sonuç: 58 hasta 67 meme opere edildi. Opere edilen 58 hastanın yaş ortalaması 37.3, ortalama takip süresi 18 ay olarak hesaplandı. 21 hastaya silikon implant ile eş zamanlı rekonstrüksiyon, 37 hastaya doku genişletici ile geciktirilmişmiş eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulandı. Ekspande yada protez kaybı yada ekspozisyonu yaşanmadı, 5 hastada meme başı nekrozu yaşandı, debridman ve primer onarım ile problem çözüldü. 6 hastada kapsüler kontraktür gelişti cerrahi müdahaleye gerek duyulmadı.

SS-101
MR anjiyografi ile DİEP flebi perforatör haritalaması: 130 vakaya yönelik retrospektif tarama

Safa Manav, Serhat Şibar, Serhan Tuncer, İsmail Barut, Sühan Ayhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültsi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

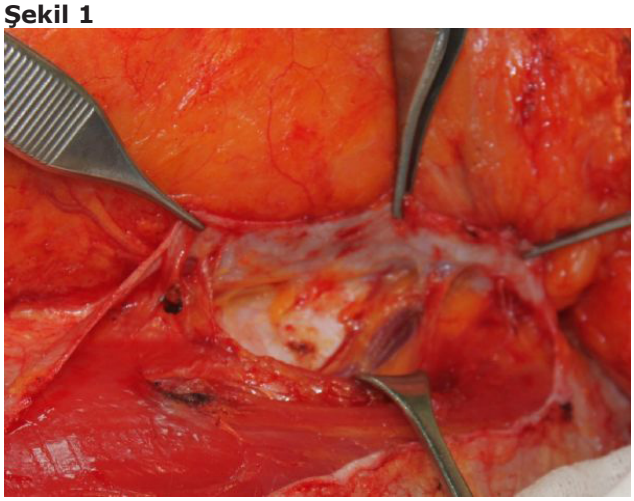
Amaç: Derin inferior epigastrik arter perforatör flebi (DİEP) günümüzde otolog meme rekonstrüksiyonunda altın standarttır. Paraumblikal bölge perforatörlerinin dağılımı ve kalibrasyonlarının geniş varyasyon göstermesi nedeniyle preoperatif planlama esnasında perforatörlerin haritalanması zorunludur. Bu çalışmanın amacı MR anjiografi ile perforatörlerin topografik lokalizasyonlarının saptanması ve değerlendirilmesidir.

Materyal-Metod: 2010-2015 yılları arasında DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılmış 130 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 44.9 olup tüm hastalarda ameliyat öncesi perforatör lokalizasyonunu değerlendirmek için MR anjiografi yapıldı. Perforatör seçimi MR anjiografi bulguları göz önünde bulundurularak seçildi. Çoğu olguda en geniş kalibrasyonlu ve kas içi seyri en kısa olan perforatörler flebin ana besleyicisi olarak seçildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 15'inde paramuskuler (septal) seyirli uygun kalibrasyondaki perforatörler disseksiyonun kolay olması ve operasyon süresini kısaltması nedeniyle ana besleyici olarak seçilmiştir.

Sonuç: Her hasta için ortalama perforatör sayısı 2.06 (1-5) olup ortalama perforatör kalibrasyonu 2.3 mm (<1mm-5mm) olarak saptandı. Hastaların %94.7'sinde seçilen perforatör umblikusun 5 cm çapı içerisindeki alandaydı. Bir hastada sağ derin inferior epigastrik artere rastlanmadı. Seçilen perforatörlerin çoğu kısa kas içi seyri göstermekteydi. Paramuskuler perforatörler tüm hastaların %11.5' inde saptanmış olup literatür verileri ile karşılaştırıldığında bu oranın (%10-15) örtüşmekte olduğu görülmüştür. Yine paramuskuler perforatörlerin seyrinin orta hatta yakın olması bunların el doppleri ile saptanmasını zorlaştırmaktadır ancak MR anjiografi ile bu perforatörler rahatlıkla saptanabilmektedir. Bu perforatörlerin saptanması perforatör seçiminde çoğu zaman flebin ana besleyicisi olarak kullanılabilmesini sağlamaktadır. Yine kas içi seyrinin olmaması perforatör disseksiyonunu kolaylaştırmakta ve operasyon süresini önemli oranda kısaltmaktadır.

Tartışma: Günlük rutin uygulama esnasında perforatörlerin lokalizasyonu genellikle el doppler cihazı ile saptanmaktadır. Literatürde perforatör haritalaması için en çok kullanılan görüntüleme yöntemi BT anjiografi olup hastaya radyasyon verilmesi bir dezavantaj oluşturmaktadır. MR anjiografi aynı başarı oranında kullanılabilmekle birlikte doğru perforatör lokalizasyonu ve yüksek kalitede görüntüler bu yöntemle elde edilebilmektedir.

Şekil 1



paramuskuler perforatöre ait intraoperatif görüntü

Şekil 2



Paramuskuler perforatörün MR angiyografik görüntüsü

SS-102
Trakeostomi skarı revizyonunda bilateral split SKM kas fleplerinin kullanımı

Erkan Yüce, Memet Yazar, Sevgi Kurt Yazar, Zeliha Gül, Semra Hacıkerim Karşıdağ, Ahmet Faruk Yücel
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Günümüzde cerrahi yolla havayolu açılmasını gerektiren bir çok durum bulunmaktadır. Travmalar, tümör cerrahisi ve maksillofasial rekonstrüksiyonlar bunların başında gelmektedir. Krikotirotomi ve trakeotomi sonrasındaki defektler genellikle sekonder iyileşmeye bırakılmaktadır. Sekonder iyileşme ile kapandığı durumda ise hastanın ömrü boyunca taşıyacağı deprese kötü görünümlü bir skarla iyileşir. Skar dokusu olgunlaşırken kontrakte olur ve alttaki yapılara yapışır. Skar dokusu alttaki trakeaya penetre olarak cildi derin yapılara bağlar.

Bu durumda trakeanın hareketi ile cilt de hareket eder. Bu durum oluşması halinde hastalar disfaji, baş hareketleri ile ağrı ve kötü görünümden şikayetçi olurlar.

Materyal Metod: Şubat 2014 ve Ağustos 2015 arasında daha önce bir nedenle açılan trakeotomi sonrasında gelişen kötü skar için başvuran 13 hastaya bilateral split SKM kas flebi ile revizyon yapılmıştır. Hastaların 7›si erkek, 6›sı ise kadındı. Yaşları 27-56 (ort:44) arasındaydı.

Sonuçlar: 2014-2015 yılları arasında kliniğimize bu şikayetlerle başvuran 13 hastaya split SKM kas flepleri kullanılarak skar revizyonu yapılmıştır. Tüm hastalar postoperatif bir yıl boyunca gözlenmiştir. Trakeal tug ve boyun hareketiyle ağrı şikayetlerinin tamamen geçmesi ve deprese skarın ortadan kalkması nedeniyle yapılan prosedüre yönelik hasta menuniyeti oldukça fazladır. Serimizde erken postoperatif dönemde bir hastada hematom görülmüştür, hiçbir hastada yara açılması, enfeksiyon gibi komplikasyonlar gözlenmemiştir.

Tartışma: Bu skarların sonucunda estetik, fonksiyonel ve psikolojik sekeller kalması nedeniyle gereken önemin verilmesi gereklidir. Trakeostomi skarı revizyonunda amaçlar deprese alanı doldurmak, cildin trakea üzerinde rahatça kaymasını sağlamak ve mümkünse gerginlik olmadan gevşek cilt çizgilerine oturacak şekilde skarı modifiye etmek olmalıdır. Bu durumu düzeltmek için literatürde bir çok teknik tarif edilmiştir. Bizim tekniğimizde de Öztürk'ün tekniğine benzer olarak split sternokleidomastoid kas flepleri kullanılmıştır. Skarlı alanın eksize edilmemesi, dezepidermize edilerek yerinde bırakılması ile deprese alana volüm kazandırılması hedeflenmiştir. SCM kaslarının sternal başları koronal aksta splite edilerek daha geniş yüzey alanlı kas flepleri elde edilmiştir. Böylece deprese alanın tüm yüzeyinin kapatılması hedeflenmiştir. Bilateral oluşturulan kas fleplerinin üstüste getirlmesi ile de ekstra volüm kazanılarak deprese alanın daha iyi doldurulması hedeflenmiştir. Sonuç skarın transvers uzanacak ve boynun cilt çizgilerine uygun olacak şekilde cilt kapatımı yapılmasına özen gösterilmiştir.

SS-103
İki Seansa İndirgenmiş Mikrotia Onarımı

Önder Tan[1], Fatih Bingöl[2], Said Alğan[1], Mehmet Akif Çakmak[1], Hakan Çinal[4], Ensar Zafer Barın[3]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı;Erzurum
[2]Bölge eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği; Erzurum
[3]Bölge eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Erzurum
[4]Devlet Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği; Siirt

Giriş: Mikrotia dış kulağın en yaygın doğumsal anomalisidir. Bu anomalinin oluşma ihtimali 6,000-12,000 doğumda birdir. Erkeklerde bayanlara oranla iki kat daha sık görülür ve tahmini sağ-sol-bilateral oranı 5:3:1'dir. Mikrotia grade I'de kulağın bütün anatomik subunitleri mevcut ama şekilsizdir. Grade II mikrotida anatomik subunitler ya eksiktir ya da yoktur. Grade III mikrotia ''yer fıstığı'' şeklindedir.Grade IV mikrotia kulak hiç gelişmemiştir ve anotia diye isimlendirilir. Mikrotia rekonstüriksiyonu için otojen kıkırdak dokular hala standart seçenek olarak tercih edilmektedir. Tanzer, Brent ve Nagata gibi birçok cerrahın kulak rekonstrüksiyonuna önemli katkıları olmuştur. Brent modern kulak rekonstrüksiyonunu 4 evrede tanımlamıştır. İlk evrede karşı taraf kostal kıkırdaktan hazırlanan kıkırdak çatı prelamine edilir. İkinci evrede lobül transferi yapılırken, üçüncü evrede kıkırdak çatı kaldırılıp medial yüzünde cilt grefti konur. Dördüncü evrede ise tragus onarımı yapılır. Nagata ise lobul transferini ve tragus onarımını kıkırdak çatının prelamine edildiği ilk evrede yaparak bu işlemi iki seansa indirmiştir.

Gereç yöntem: 2006-2015 yılları arasınada yaşları 5-55 yıl arasında olan 28 mikrotia hastası (6 bayan, 22 erkek) ameliyat edildi. Bu hastaların sağ-sol-bilateral oranı 20:6:2 idi. Bütün hastalar ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fotoğraflanarak klinik olarak değerlendirildi. Bütün hastalar iki seansta opere edildi. İlk seansta karşı taraf 6. ve 7. kostal kıkırdaklar alınarak bistüri ile şekillendirildikten sonra hazırlanan kıkırdak çatı, karşı kulağa uyumlu olacak şekilde prelamine edildi. Bir adet Jackson-pratt dren kullanılarak negatif basınç ile cildin kıkırdak çatı sulkuslarına oturması sağlandı. Tragus ya var olan kıkırdağa şekil verilerek ya da kostal kartilajdan alınan greft ile oluşturuldu. Üç-altı ay sonra ikinci seansta kıkırdağa zarar gelmeyecek şekilde prelamine flep posteriordan anteriora doğru kaldırıldı. Kısmi kalınlıkta cilt grefti ile posterior aurikular sulkusu oluşturuldu. Kulak lobülü mevcut yerinden inferiora transpoze edildi. Rekonstrüksiyon işlemi iki seansta tamamlandı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 26 ay olan hastaların hiçbirinde hematom, enfeksiyon ve cilt nekrozu gibi herhangi bir komplikasyon görülmedi.Bütün lobül flepleri tam olarak yaşadı. Kıkırdak çatılarda ameliyat sonrası uzun dönemde rezorbsiyon, yer değiştirme ve deformasyon görülmedi. Kulakların pozisyonu, uyumu ve anatomik benzerliği estetik açıdan başarılıydı. Hastalar ve ebeveynler sonuçlardan memnundu.

Tartışma: Otojenöz kostal kartilaj kullanımı polietilen implantlar ile kıyaslandığında; düşük enfeksiyon oranı, düşük maliyet ve yabancı cisim reaksiyonu gelişmemesinden dolayı hala mikrotia onarımında altın standart tedavidir. İdeal bir mikrotia rekonstrüksiyonun amacı; düşük ameliyat komplikasyonu ve az sayıda ameliyat olmalıdır. Mikrotia onarım seanslarının sayısı, cerrahlar arasında hala tartışılmaya devam edilmektedir. Ameliyat seansı artığı zaman, hasta ve ebeveynleri tarafından uzun tedavi süreci tolere edilmeyebilir. Ameliyat seansı azaltıldığı zaman ise ameliyatın güvenliğini riske etmemek ve komplikasyonları artırmamak gerekir. Brent ve Nagata'nın bu alanada önemli çalışmaları mevcuttur. Otojenöz kostal kıkırdak çatı ile onarım standart tekniktir. Nagata ipsilateral 6.-9. kostaları tercih etmektedir. Çok sayıda kıkırdağın kullanılması göğüs duvarı deformitesi oluşturma riskini artırır. Kostal kartilaj yeterince dayanıklı ise kıkırdağı oyma tercih edilmiştir, Ancak kıkırdak yeterince güçlü değilse oyma işlemi yerine kıkırdak parçalarını birbirine eklenmesi tercih edilmiştir. Peki neden Nagata kıkırdakları birbirine eklemeyi tercih ederken, Brent kıkırdakları oyarak şekillendirmeyi tercih etmiştir? Bunun nedeni Kafkasyalılarda kostal kartilajın Asyalılara göre daha güçlü olmasıdır. Eğer kostal kartilajın kalınlığı 0,5 cm den büyükse oyarak şekillendirme, birbirine ekleme tekniğine göre belirgin yapıları oluşturmak için daha uygulanabilir bir teknik olmaktadır. Kalıntı kulak, kulağın inferior yapısını oluşturmada kilit rol oynamaktadır. Mikrotia rekonstrüksiyonunda kalıntı kulağı transpoze etmek klasik bir tekniktir. Ancak bu traspozisyonun zamanı her zaman tartışmalı olmuştur. Tanzer lobul ransferinin ilk seansta olmasını savunurken. Brent lobul transpozisyonu için en uygun zamanın ikinci seans olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ikinci seansta

kıkırdak çatı kaldırılırken kulak lobülüde eş seanslı transpoze edildi. Bilinen trendin aksine kulak lobülünü eş zamanlı kaldırmak flep dolaşımında herhangi bir komplikasyona neden olmadı.

Sonuç: Otojenöz kostal kartilaj mikrotia onarımında hala altın standart tedavi olarak kullanılması rağmen ameliyat sayısı ve kulak lobünün ne zaman transpoze edileceğine dair kesin bir fikir birliği yoktur. Bu çalışma da, kulak lobülü kıkırdak çatı flebinin kaldırıldığı ikinci seansta kaldırılmıştır. Böylece operasyon sayısı, morbidite, hastanede kalış süresi ve hasta maliyeti azaltılmıştır. Tedavi iki seanslı ve kısa süreli olduğundan hastanın sosyal yaşantısına en kısa dönemde dönmesi sağlamıştır.Ayrıca kıkırdak çatı ile eş zamanlı kaldırılan kulak lobülünde komplikasyonların artmaması bu yöntemin diğer bir avantajıdır.

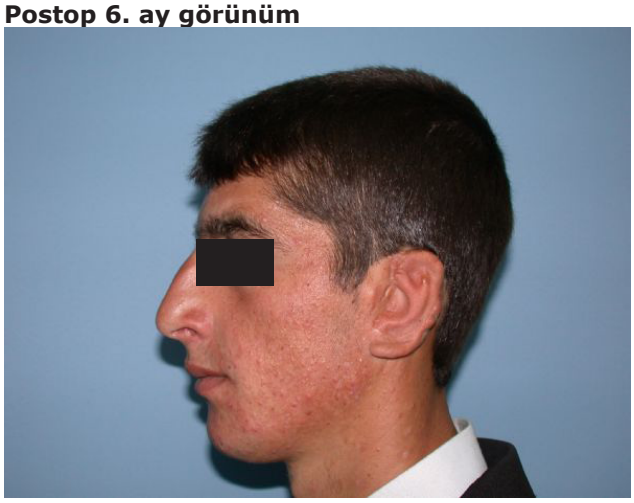
Ameliyat öncesi sol Mikrotia



Eş seanslı kıkırdak çatı flebi kaldırılması ve kulak lobülünün transpozisyonu



Postop 6. ay görünüm



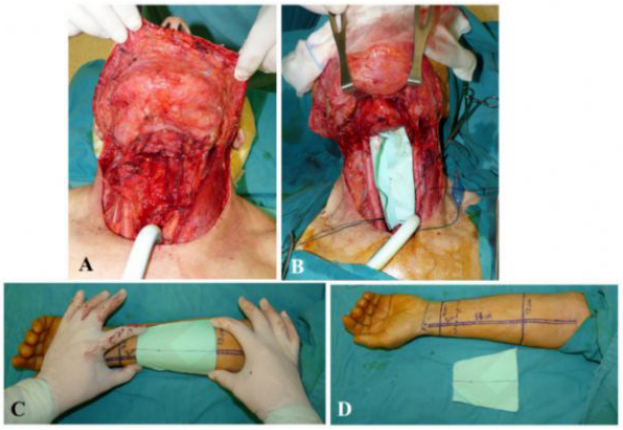
SS-104
Radial ön kol flebi ile özefagus rekonstrüksiyonu_Nasıl yapıyoruz?

Tekin Şimşek, Engin Yosma, Lütfi Eroğlu
Ondokuz Mayıs Ünivesitesi Tıp Fakültesi. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Özefagus özelleşmiş anatomik yapısından dolayı defektlerinin onarımda en fazla güçlük çekilen dokuların başında gelir. Servikal özefajektomi sonrası osefagusun kısmi yada sirkümfarensiyel defektlerinin rekonstrüksiyonunda lokal flep seçenekleri oldukça sınırlı olup pektoral ve deltopektoral gibi bölgesel pediküllü flepler değişen başarı oranları ile kullanılabilirken başta jejunum olmak üzere radial ön kol, lateral arm, ALT gibi serbest doku transferleri çoğunlukla başvurulan onarım seçeneklerindendir. Serbest jejunum transferi ideal onarım yöntemlerinin başında gelse de donör alan morbiditesi özellikle ileri yaştaki hastalarda sorun oluşturabilmekte bu durumda daha az morbid ve kolay uygulanabilen cilt flepleri birinci tercih olabilmektedir. Kolay disseke edilmesi, ince esnek yapısı ve uzun pedikül avantajı ile radial ön kol flebi bunların başında gelmektedir. Radial önkol flebi ile özefagus rekonstrüksiyonunda karşılaşılabilen fistül oluşumu, striktür ve flep monitörizasyon zorluğu gibi temel sorunları gidermek için literatürde tanımlanmış bazı manevralar çözüm sağlayabilmektedir. Bu çalışmada, radial ön kol flebi ile özefagus onarım tekniği sunularak karşılaşılan temel sorunları aşma yollarından bahsedilecektir. Yaşları 58 ile 75 yaş arasında değişen (ortalama 68) 10 hastada radial önkol flebi ile özefagus onarımı yaptık. 7 hastada sirkümfarensiyel (total) defekt vardı ve defekt boyu ortalama 11 cm idi. 3 hastada da posterior duvarın korunduğu semisirküler (parsiyel) defekt vardı. Operasyonun başında önce hastanın başı semiekstensiyona getirilerek hipofarinks ile ösefagus distal ucu arasındaki defektin gerçek uzunluğu belirlenir (Resim 1A,B). Sonra proksimal hipofaringeal ucun lümeni her iki yana gerdirilerek proksimal defekt çapı tespit edilmekte aynı işlem distal uca uygulanmaktadır. Elde edilen ölçüm verilerine uygun steril kağıttan yapılan bir trase hastanın dominant olmayan ve Allen testi (-) teyid edilen ön kolun volar yüzüne konulup flep çizilir (Resim 1C). Bu aşamada distal uca denk gelecek flep kutbunda monitörizasyon amaçlı 2 cm uzunlukta bir cilt adası çizime ilave edilir (Resim 1D). Flep

elevasyonla pasif boşaltılmış kola uygulanan turnike altında standart radial ön kol flebi disseksiyon tekniğine uygun olarak önkol distalinden proksimaline doğru kaldırılır. Disseksiyon esnasında karşılaşılan küçük musküler dalların koterizasyonundan ziyade titiz ligasyonu yada klipslenmesi sonradan boyun cildi altında gömülen flepten olası kanama ve ona bağlı hematom oluşması riskini en aza indirmek açısından önemlidir. Flep pedikülü brakial arterden ulnar arter ile dal ayrım noktasına kadar disseke edilir. Amaç radial artere eşlik eden komitant venlerin boyundaki alıcı ven(ler)le çap farkını en aza indirmek için sefalik venle birleşme yerine kadar venin de disseke edilmesi ve pedikülün geniş lümenli bir ven üzerinden kaldırılmasıdır. Flep pedikülü ayrılmadan önce mutlaka boyunda alıcı arter ve ven(ler) hazırlanmakta, özellikle yaşlı hastalarda alıcı arterin akımın gücü görülmeden flep yatağından ayrılmamalıdır. Boyunda alıcı damar olarak sıklıkla süperior tiroidal arter veya lingual arter kullanılırken ven olarak internal jugulerin dalları yada eksternal juguler venin distal ucu alıcı ven olarak kullanılabilmektedir. Flep kaldırılıp boyna taşındığında sütürleri lümende kalacak şekilde tüp haline getirilip proksimal ve distal anostomozları yapılır (Resim 2A). Distalde kalan monitörizasyon adası fleple birleşim yerinden insize edilerek ada haline getirilir ve bir kenara yatırılır (Resim 2B). Hem proksimalden hem de inferiordan eş zamanlı atılan sütürler ile tüp tamamlanır (Resim 2C). Sütür olarak 2/0 ve 3/0 kalınlıklarda eriyebilir poliflaman Poliglaktin sütür tercih etmekteyiz. Sütür tekniğimiz de en fazla 5-7 mm arayla atılan vertikal matress ve onların arasına bir ince kalınlıkta atılan tek interrupted sütürasyondur. Tüp anastomozlarının tamamlandığı aşamada geniş lümenli bir nazogastrik sonda burundan girilerek anastomozlardan geçirilip mideye yerleştirilir. Tüp oluşturmak için hem proksimalden hem de distalden aynı anda ilerleyerek benzer sütür teknikleri ile tüp tamamlanır. Onarım bittiğinde anastomozların ve tüpün onarım hatlarına destek olması ve olası fistülizasyonu önlemek için subfasyal plandan ayrı bir sütürasyon bu sefer dikişler yumuşak doku yüzünde kalacak şekilde tek tek interrupted tarzda atılır. Flep adaptasyonu tamamlandıktan sonra damar anastomozlarına geçilir. Flep yüzeyinde olabilecek sızıntılara dikkat edilerek titiz koterizasyon yapılır. Boyun flepleri altına yerleştirilen drenler yer değiştirme ve anostomoz hatlarını etkileme riskine karşı gevşek dikişlerle sabitlenir ve boyun flepleri örtülür. Ayırdığımız monitörizasyon flebi yeniden şekillendirilip üzerine gelen boyun flebi insize edilerek flep dışarı doğurtulur ve boyun flepleri arasına uygun açıda adapte edilir (Resim 2D). Erken postoperatif süreçte hastanın başının nötral pozisyonda orta hatta tutulması önemlidir. Postop 24. saate nazogastrik sondadan besleme başlatılmakta, oral alıma 10. günde su başta olmak üzere sıvı gıda ile başlanılmakta, 1. aydan sonra katı gıda alımına izin verilmektedir. Bu yöntemi izleyerek opere ettiğimiz hastalarımızdan birinde anostomozlarla ilişkili sorunlar nedeni ile flebi kaybettik. Bu hastada onarım için pektoral flep kullanıldı. Hiç bir hastada fistülizasyon gözlemlemedik. Postoperatif 3. ay civarında endoskopik olarak cilt anastomoz hatlarını gözlediğimiz 5 hastada striktür bulgusu yoktu ve hiç bir hastamız disfajiden yakınmıyordu. 8 hasta postoperatif radyoterapi almasına rağmen rekonstrükte özefagus ile ilişkili bir problemle karşılaşılmadı. Radial ön kol flebi özefagus rekonstrüksiyonu gereken ileri yaştaki hastalarda titiz bir cerrahi teknik ile gerçekleştirildiğinde oldukça güvenilir ve başarılı bir onarım yöntemidir.

Resim 1



A. Boyun flebi kaldırılmış boyunda özefagus defektinin görünümü. B. Steril bir kâğıt trase ile defektin en ve boy dizaynı belirlenmekte. C. Kağıt trase ön kolda radial arterin aksı üzerine konularak flep çizilir. D. Ön kol üzerinde flep cilt adası ve distaline denk gelen monitörizasyon flebinin cilt adası çizilir.

Resim 2



A. Defekt uçları arasına yerleştirilen flebin boyunda proksimal ve distal cilt anostomozları yapılır. B. Monitörizasyon flebi dermal ve fasyal bağlantısı korunarak flepden ayrılmakta, distal cilt - mukoza anostomozu tamamlanmaktadır. C. Damar anostomozlarıda tamamlanıp üzeri kapatılmaya hazır hale gelen rekonstrükte özefagus görülmekte. D. Hastanın erken postoperatif süreçte boyun flepleri alt kenarına adapte edilmiş şekilde monitörizasyon cilt flebi adasının görünümü.

Resim 3



Hastaların geç dönem boyun flepleri ve monitörizasyon cilt flebi adalarının görünümü.

SS-105
Orbital egzenterasyon sonrası Vastus Lateralis ve Anterolateral Uyluk Kimerik Flebi ile Onarım

Tekin Şimşek, Kamil Yıldırım, Enes Agah Kodalak, Ahmet Demir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun.

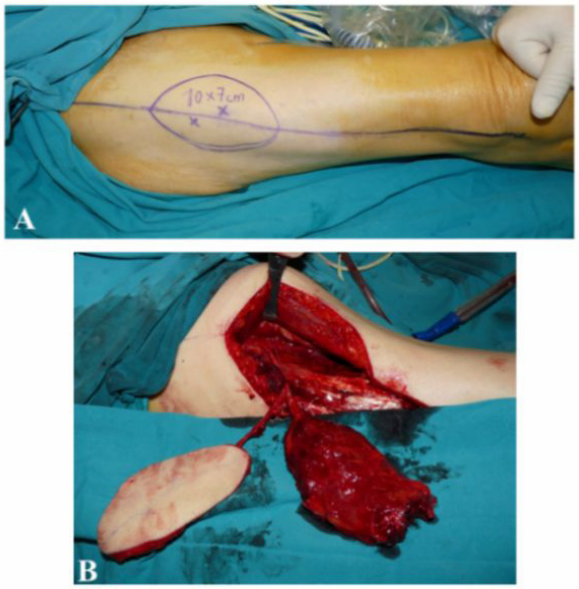
Orbita, konik bir kemik kafes içerisinde yerleşik bulbus okuli, ekstraoküler kaslar ve periorbital yumuşak dokuları ihtiva eden oldukça özelleşmiş bir yapıdır. Orbita çevresinde yerleşik malign yumuşak doku tümörleri erken ve yerinde müdahale edilmedikleri takdirde orbital kavite içerisine uzanımla ekstraoküler kaslara ve bulbusa invaze olabilirler. Bu durumda bulbus okulinin, ekstraoküler kasların ve periorbital yağ dokuları içerecek şekilde orbital içeriğin tümü ile çıkartıldığı orbital egzentarasyon işlemi gerekmekte, hatta orbitayı oluşturan kemik yapılardan rezeksiyonla çoğu zaman medialde nazal kavitenin, inferiorda maksiller sinüsün, posteriorda duranın ve onunla ilişkili kranyumun iştirak ettiği geniş orbital defektlerle karşılaşılabilmektedir. Başta temporoparietal fasya ve temporal kas olmak üzere lokal flep seçenekleri sınırlı büyüklükteki defektlerde onarım için kullanılsa da geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda da lokal ve bölgesel onarım seçenekleri yeterli gelmediğinde uzak flep seçeneklerine sıklıkla başvurulmaktadır. ALT cilt flebi bilindiği üzere lateral sirkümfleks femoral arterin (LSFA) inen dalının lateral kutanöz perforatöründen beslenen bir perforatör cilt flebidir. Hemen taban posteriorunda uzanan Vastus Lateralis kası da LSFA'in dallarından beslenen Tip I kasdır. Kas majör pedikülünü LSFA'in inen dalından alırken minör pediküllerini de aynı arterin transvers ve çıkan dallarından almaktadır. Bu durum vastus lateralis kas flebi ile ALT cilt flebinin LSFA'in farklı dalları üzerinden kimerik olarak hazırlanabilmesine olanak tanır. Orbitaya nafiz malign deri ve yumuşak doku tümörü nedeni ile egzentarasyon yaptığımız 3 hastada vastus lateralis (VL) kas flebi ile anterolateral uyluk flebi (ALT) kimerik olarak kullanıldı. Hastalara ait özellikler Tablo 1'de sunulmaktadır. Orbital egzenterasyon işlemi tüm orbital içeriği ve tümörle infiltre kemik dokularıda içerecek şekilde gerçekleştirilir ve boyundaki alıcı damarlar anostomoz için hazırlanır (Resim 1A,B). Flep aşamasında önce ön görülen cilt defektine uygun ALT cilt flebinin adası deri üzerinde işaretlenir ve flep standart ALT peroratör flebi olarak kaldırılır (Resim 2A). Sonra tabanda posteriorda vastus laterlis kası medial kenarı boyunca disseke edilerek ortaya konur ve kasa giden LSFA'in uygun perforatörü belirlenip kasın orbita defektini dolduracak büyüklükte bir segmenti bu pedikül üzerinde kaldırılır (Resim 2B). Hem ALT hem de kas segmenti nihai olarak LSFA bazlı olarak orbitaya transfer edilir (Resim 3A,B,C). Biz olgularımızda alıcı damar yatağı olarak fasyal arter ve ven üzerinden boynu tercih etmekteyiz. Ancak uygun çapa sahip olduğu ve ven açısından sıkıntı oluşturmayacağı ön görülürse süperfisyal temporal damarlarda alıcı damar olarak göz önünde bulundurulabilir. Bu yöntem de vastus lateralisin sadece bir segmenti kullanıldığından bacakta kasla ilişkili bir fonksiyonel kısıtlılıkla karşılaşmadık. Kas orbital kaviteyi doldurup orbital kavite ile ilişkili sinüs ve dura gibi yapıların izolasyonunda daha stabil örtüm sağlamakta, üzerinde ayrı bir daldan beslenen ALT cilt flebininde istenilen oryantasyonda adapte edilebilme avantajı cerraha kolaylık sağlamaktadır. Dikkat edilmesi gerek en önemli nokta ise flebin pedikül uzunluğunun LSFA üzerinden kaldırılması nedeni ile standart ALT flebinden kısa olacağı, bu nedenle fasyal arter ve ven uygun olmadığında boyna uzanımda zorluk oluşturacağıdır. Bu durumda sperfisyal temporal damar sistemi kullanılabilir.

Resim 1



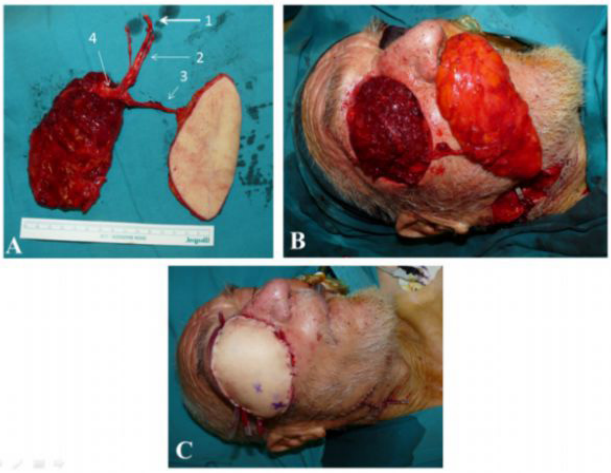
Resim 1: A. Orbitaya invaze cilt tümörü olan hastanın rezeksiyon cerrahi sınırlarının işaretlenmiş hali görülmekte. B. Orbital egzenterasyonla birlikte medial kemik duvarın rezeksiyona dahil edildiği hastada defektin görünümü.

Resim 2



Resim 2: A. ALT flebinin dizaynı. B. ALT flebi ile birlikte Vastus Lateralis kas flebinin ortak pedikül üzerinden kimerik flep olarak kaldırılmış hali.

Resim 3



Resim 3: A: LSFA üzerinden kaldırılan Vastus Lateralis ve ALT cilt kimerik flebi görülmekte. (1) LSFA, (2) LSFA'in inen dalı, (3) İnen dalın kutanöz perforatörü, (4) İnen dalın kasa giden devamı. B. Vstus Lateralis kas flebinin orbital defekte adapte edilmiş hali görülmekte. C. ALT flebinin cilt adasının kas üzerine ve defekt bölgesine adapte edilmiş görünümü.

Hastalara ait veriler

Hasta no	1	2	3
Yaş	68	86	81
Cinsiyet	E	E	E
Patolojik Tanı	SCC	SCC	SCC
ALT flebinin ebadı (cm)	10x17	15x10	10x7
VL kas flebinin ebadı (cm)	6x7	5x7	8x7

SCC, Yassı epitel hücreli karsinom E, Erkek ALT, Anterolateral uyluk VL, Vastus lateralis

tablo 1

	alt dudak	üst dudak	
erkek	77	5	85%
kadın	8	7	15%
	88%	12%	
bcc	3	6	0.9%
scc	81	6	90%
diğer	1		

Tablo 1: tümör lokalizasyon, cinsiyet ve patolojik tip dağılımı

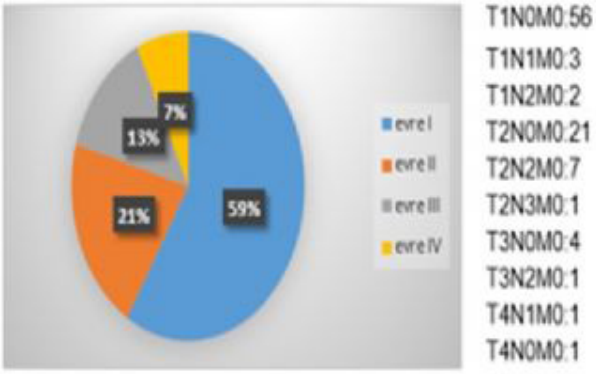
SS-106
Dudak Kanserleri Retrospektif Analizi

Ayşin Yeşilada Karasoy[1], Zeliha Gül[1],
Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ[1],
Hikmet İhsan Eren[1], Fevziye Kabukçuoğlu[2],
Deniz Tunçel[2], Memet Yazar[1],
Semra Hacıkerim Karşıdağ[1], Leyla Türkoğlu Kılınç[3]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği,İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Dudak kanserleri, oral kavitenin tamamını değerlendirmeyi gerektirir. Etyolojide sigara- alkol tüketimi, kronik travma, UV maruziyeti, genetik yatkınlık, enfeksiyöz hastalıklardan bahsedilebilir. SCC, BCC, malign melanom, verrüköz karsinom, adenokarsinom olarak karşımıza çıkabilir. Nonmelanom cilt kanserleri daha sık görülür. Yapılan geniş epidemiolojik çalışmalarda dudak kanserlerinin %96 sının scc olduğu görülmüştür. Hastaların %97 si erkek olup, alt dudakta görülme oranı %81 dir. Üst dudak tutulumu kadın hastalrın %20sinde görülürken, erkeklerde %4 oranında görülür. Göz önünde bulunan bir alan olduğundan sıklıkla erken teşhis edilir. Cerrahi, radyoterapi, kriyoterapi gibi yöntemlerle %100 e yakın kür sağlanabilir. Nodal tutulumun bulunması 5 yıllık suviyi %50 ye kadar düşürebilir.

2005-2014 yılları arasında kliniğimizde 181 hasta dudak kanseri sebebiyle opere edildi. Bu hastalardan ilk başvurusunu kliniğimize yapmış olan 97 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. 97 hastanın 82 si erkek, 15 i kadındır. Yaş ortalaması 59,4(22-87) tür. Ortalama takip süresi 68 ay(12-129 ay)dır.Hastaların dudakta mevcut kitleyi fark ettiklerinden itibaren başvuru süreleri ortalama 12.9 ay (2-240 ay)dır. Hasta profili, lokalizasyon ve tümör tipine göre dağılıma bakıldığında; erkeklerde dudak kanseri %85, kadınlarda %15 olarak bulundu. Bu çalışmada başvuru dağılımı geniş olan merkezimizde, dudak tümörlerinin cinsiyet, yaş, lokalizasyon, patolojik tip, cerrahi yaklaşım, nüks ve survi oranlarını paylaştık ve literatürü gözden geçirdik.

tablo 2



Tablo 2: evrelerine göre hasta dağılımı

SS-107
Submandibuler bez nöroendokrin karsinomu: akciğer tümörünün ilk bulgusu

Göktekin Tenekeci[1], Onur İsmi[2], Tuğçe Pütürgeli[2],
Yavuz Başterzi[1], Duran Çekiç[1], Ali Cem Oktay[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana bilim Dalı, Mersin

Giriş: Baş-boyun bölgesinde yerleşik şişlikler ve/veya tümörler benign veya malign lezyonlar olabilirler. Boyun bölgesinde yerleşik kitle ile başvuran erişkin hastalarda kitlenin yerleşimi, komşu yapılarla olan ilişkisi, içeriği, ve hastanın yaşı, tanı ve tedavi açısından göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörlerdir. Burada ultrason raporunda lenf nodu olarak raporlanan ancak ameliyat sonrasında boyundaki kitlenin akciğer tümörü metastazı olduğu anlaşılan hastanın boynundaki kitlesi akciğer tümörünün verdiği ilk klinik bulgu olarak karşımıza çıktı. Literatürde akciğer nöroendokrin tümörünün ilk bulgusu olarak submandibuler bez metastazı bugüne dek bildiğimiz kadarıyla raporlanmamıştır. Yöntem-Gereçler: 46 yaşında erkek hasta 4 ay önce sol submandibuler bölgede oluşan ve giderek büyüyen ağrılı

şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın genel durumu iyi ve ek başka bir şikayeti yoktu. Kitleye yönelik yapılan ultrasonunda 4x4 cm'lik, düzgün sınırlı, ve korteksi belirgin kalınlaşmış lenf nodunu düşündüren heterojen, hipoekoik lezyon olarak raporlandı. Bunun üzerine hasta opere edildi ve tümörün lezyonun submandibuler bezin kendisi olduğu gözlendi ve tüm submandibuler gland eksize edildi.

Bulgular: Patoloji raporu yüksek dereceli nöroendokrin karsinom olarak raporlandı ve lezyonun akciğer kaynaklı bir karsinomun metastazı olabileceği belirtildi. Yapılan örnekleme sonrası hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi. Yapılan tetkikler sonucunda Sol akciğerden başlayıp inferiora paramediastinal olarak uzanım gösteren ve mediastendeki anatomik yapılardan sınırları ayırt edilemeyen perikarda invaze görünümde heterojen hipermetabolik dev kitle olarak rapor edildi. Sol servikal bölgede konglomere lenfadenopatiler, dalakta metastatik hipermetabolik lezyon, femur proksimalinde, sakrum iliak kemikler ve vertebralarda kemik metastazları, pararektal alında metastatik lenfadenopatiler ve beyin metastazları saptanmıştır. Hastanın takip ve tedavisi onkoloji bölümünde devam etmektedir.

Sonuç: Burada sunduğumuz bu olgudaki submandibuler bez tümörüne bağlı oluşan şişlik akciğer tümörünün ilk klinik bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Akciğer tümörünün ilk klinik bulgusu olarak raporlanan bu olgu bu açıdan bakıldığında literatürde bilebildiğimiz kadarıyla bir ilktir. Tartışma: Mobil, düzgün sınırlı kitleler genellikle benign olarak değerlendirilir. Bu hastada bulunan kitle düzgün sınırlı ve sıkıca etrafa yapışıktı. Kitle hızlı bir büyüme seyri göstermekteydi. Çok çeşitli etiyolojik sebep olması nedeniyle, boyunda yerleşik kitlelerin preoperatif tanısının konulması güçtür. Ancak yine de infraklaviküler alandaki primerlerden submandibuler alana metastaz çok nadirdir. Gulati ve ark. tarafından tanısından 9 yıl sonra submandibuler glanda metastaz yapan bir pulmoner nöroendokrin tümör raporlandı. Yine Shaikh ve ark. tarafından submandibuler glanda metastaz yapan küçük hücreli karsinom rapor edilmiştir.

SS-108
İleri evre baş boyun tümörlerinde tedavi yaklaşımı

Serhat Şibar[1], Kemal Fındıkçıoğlu[1],
Seyhan Çenetoğlu[1], Selahattin Özmen[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]VKV Amerikan Hastanesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Cilt kanserlerinin %90'dan fazlası baş boyun bölgesinde görülmektedir. En önemli etyolojik faktörler arasında güneş maruziyeti, beyaz ten ve ileri yaş yer almaktadır. Ülkemizde özellikle kırsal kesimlerde gecikmiş başvuru nedeniyle ileri evre tümörlere daha sık rastlanılmakla birlikte bu hastaların rekonstrüksiyonu çoğu zaman sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmanın amacı bu hasta popülasyonunda rekonstrüktif tedavi seçeneklerini incelemek ve bir tedavi planı oluşturmaktır.

Materyal-Metod: 2006-2015 yılları arasında kliniğimizde malign cilt tümörü tanısı konulan 796 hastanın (SCC, BCC, Melanom) 24 tanesi ileri evre (TNM evre 3 veya üzeri) olması nedeniyle çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar demografik özellikleri, tümör tipi, tümörün evresi, yerleşimi, rekonstrüksiyon tipi, adjuvan tedavi ve lokal nüks açısından değerlendirildi.

Sonuçlar: 24 hastadan 17 hasta erkek 7 hasta kadındı. Ortalama hasta yaşı 60.3 olup 4 hastanın kseroderma pigmentosumu bulunmaktaydı. Hastaların deri tipleri Fitzpatrick I-III arasıydı. Lezyonların ortalama boyutu 7.8 (2.5-20.7)cm olarak saptandı. Tümör tipi 18 hastada SCC, 5 hastada BCC, 1 hastada malign melanomdu. 5 hastaya orbital ekzenterasyon, 5 hastaya maksillektomi, 2 hastaya marjinal mandibulektomi, 3 hastaya temporal kemik rezeksiyonu, 2 hastaya yüzeyel parotidektomi, 1 hastaya total parotidektomi, 6 hastaya supraomohyoid lenf nodu disseksiyonu, 4 hastaya modifiye radikal boyun disseksiyonu, 1 hastaya radikal boyun disseksiyonu gerçekleştirildi. Rekonstrüksiyon seçeneği olarak 11 hastada radiyal ön kol flebi, 4 hastada anterolateral uyluk flebi, 2 hastada latissimus dorsi kas-deri flebi, 1 hastada tensor fasya lata flebi, 1 hastada gracilis kas flebi, 1 hastada DİEP flebi, 1 hastada VRAM flebi, 1 hastada skalp rotasyon flebi, 1 hastada trapezius kas-deri flebi, 1 hastada alın flebi tercih edildi. 15 hasta adjuvan tedavi (Kemoterapi, radyoterapi, interferon) almış olup 6 hastada lokal nüks saptandı

Tartışma: Bu grupta yer alan hastaların tedavisi genellikle multidisipliner yaklaşım gerektirir. Çoğu hastanın ileri yaşta olması ve ek komorbit faktörlerin varlığı tedavi planını daha karmaşık hale getirmektedir. Bu hastalarda yapılacak cerrahi rezeksiyon yüz bölgesindeki vital yapılarda ve estetik ünitelerde büyük bozulmalara yol açabilmesi nedeniyle çoğu zaman cerrahi açıdan sorun teşkil edebilmektedir. Özellikle periorbital ve maksiller bölgedeki birden fazla boşluğu ilgilendiren rezeksiyon olgularında üç boyutlu kompleks rekonstrüksiyonlar devreye girebilmektedir. Bu hastalarda çoğu zaman lokal ve sistemik yayılım nedeniyle tümör eradikasyonu mümkün olmayıp rezeksiyon yaşam kalitesini arttırmak ve tümör yükünü azaltmak amacıyla yapılmaktadır. Literatürde özellikle inatçı nüks olgularında intralezyoner kemoterapödik uygulamaları hastalığın lokal progresyonu açısından fayda sağlayabilmektedir. Cerrahi genellikle radikal olup ek hasta ve aile motivasyonu gerektirmektedir.

Şekil 1



58 yaşında erkek hasta yüzün sol yarısını kaplayan SCC

Şekil 2



71 yaşında erkek hasta sağ orbital yerleşimli SCC

Şekil 3



50 yaşında erkek hasta boyunda metastatik SCC

SS-109
Sinir Koaptasyonsuz, Kısmi Latissimus Dorsi Serbest Kas Flebi ile Fonksiyonel Alt Dudak Rekonstrusiyonu

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

Amaç: Alt dudağın geniş defektlerinin onarımı hem fonksiyonel hem de kozmetik gereksinimleri nedeniyle oldukça zorlu bir işlemdir. Fonksiyonel rekonstrüksiyonlar için literatürde bazı serbest kas flepleri tanımlanmıştır. Bu çalışmada 6 hastada serbest kısmi latissimus dorsi kas flebi ile herhangi bir sinir koaptasyonu yapılmadan fonksiyonel dudak onarımı bildirilmiştir.

Yöntem ve Gereçler: Aralık 2013 ile haziran 2015 tarihleri arasında yaşları 21-61(ortalama 46,5) arasında olan 5 erkek, 1 kadın toplam 6 hastaya alt dudakta subtotal ve total doku eksikliği nedeniyle serbest kısmi latissimus dorsi kas flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. Etyoloji 4 hastada yassı hücreli karsinom, 1 hastada malign melanom, 1 hastada ateşli silah yaralanmasıydı.

Bulgular: Hastaların takip süresi 2 ile 21 ay (ortalama 7,5 ay) arasındaydı. Ameliyat sonrası takiplerde hiçbir cerrahi komplikasyon görülmemiştir. Fonksiyonel sonuçlar fizik muayene, elektromyografi, Semmes Weinstein testleri ile değerlendirilmiştir. Postoperatif 6. ayını dolduran 3 hastada yapılan EMG de reinnervasyon saptanmıştır ve sensitif testlerle duyu varlığı saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak alt dudak rekonstrüksiyonunda serbest kısmi latissimus dorsi kas flebi sinir koaptasyonu yapılmadan tatmin edici fonksiyonel ve estetik sonuç sağlaması sebebiyle önemli bir seçenektir.

SS-110
Kliniğimizde Ardışık Son On Yılda Opere Edilen Dudak Damak Yarığı Hastalarının Retrospektif Analizi Ve Ek Anomali Birlikteliğinin İncelenmesi

Ahmet Dilber, Özay Özkaya Mutlu, İlker Üşçetin, Turgut Kayadibi
Okmeydanı Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Dudak ve damak yarıkları sık görülen konjental malformasyonlardandır. Dudak veya damak yarıkları izole olarak görülebileceği gibi birlikte de görülme olasılığı yüksektir. Etkilenen hastaların önemli bir bölümünde ek anomali bulunmazken bazen eşlik eden konjenital malformasyonlar olabilir. Çalışmamızda amaç kliniğimizde 2005-2014 yılları arasında opere edilen dudak ve damak yarığı olgularının retrospektif analizini ve ek anomaliler açısından değerlendirmesini yapmaktır.

Gereç-Yöntem: 2005-2014 yılları arasında dudak veya damak yarığından dolayı opere edilen 110 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu yıllar arasında hastanemizde yaklaşık olarak 30000 doğum gerçekleşti. Hastalar operasyon yaşı, cinsiyet, ek hastalık veya anomali, aile öyküsü ve kullanılan onarım tekniği açısından değerlendirildi. Dudak yarıkları sağ, sol, bilateral olarak ve komplet, inkomplet, mikroform olarak, damak yarıkları komplet, sekonder komplet ve sekonder inkomplet olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 110 hastanın 49'unda izole dudak yarığı, 41'inde izole damak yarığı ve 20 tanesinde hem dudak hem damak yarığı mevcuttu. Dudak yarığı onarımı için başvuran hastalar ortalama 4.ayda opere edildi. Operasyon için bebeklik döneminde başvurmayan hastalardan 17, 18, 22, 23 ve 40 yaşında opere edilen hastalarımız da mevcuttu. Damak yarığı onarımı için başvuran hastalar ortalama 10. ayda opere oldu. Benzer şekilde tedavi için geç başvuran hastalardan 2, 3, 8 yaşında opere edilen hastalarımız mevcuttu. Dudak yarığı onarımı için bütün hastalarda Millard rotasyon ilerletme flebi tercih edildi. Damak yarığı onarımı için 24 hastada v-y pushback yöntemi, 12 hastada Von Langenback yöntemi, 3 hastada two flep palatoplasti ve 2 hastada Furlow yöntemi kullanıldı. Ek hastalık veya anomali olarak bir hastada Faktör 9 eksikliği, bir hastada sol aksillada cafe au lait lekesi, bir hastada konjental katarakt, iki hastada hipospadias, iki hastada biküspid aorta, iki hastada vsd, bir hastada asd, iki hastada down sendromu, bir hastada Pierre Robin sekansı, bir hastada Dubin-Johnnson sendromu, iki hastada inguinal herni, bir hastada inmemiş testis, 2 hastada hipertelorizm, bir hastada sindaktili mevcuttu.

Sonuç: Dudak damak yarıkları baş boyun bölgesinin en sık görülen konjental anomalilerindendir. Bu anomaliye sahip hastaların genetik açıdan ve diğer anomaliler açısından araştırılması gerekir. Bu anomalilerle ilgili dönemsel retrospektif çalışmaların hastalığın sıklığındaki değişimi göstermesi açısından hastaların takibi ve geleceğe ışık tutması açısından önemli olduğunu düşünüyoruz.

SS-111
Dudak damak yarıklı hastaların bir buçuk yıllık verilerinin analizi

Ali Mübin Aral[1], Figen Özgür[2]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Giriş: Dudak ve damak yarıklarına bağlı oluşan yüz deformiteleri karmaşık sağlık problemleridir. Tedavilerinde beslenme, gelişim, konuşma ve kulakla ilgili sorunları da kapsayacak çok disiplinli yaklaşım idealdir. Dudak ve damak yarıkları izole görülebileceği gibi bazı sendromlara da eşlik edebilir. Bu çalışmada son bir buçuk yıl içinde başvuran hastaların analizi yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2014-Temmuz 2015 tarihleri arasında başvuran 1015 damak-dudak yarığı hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosya kayıtları,demografik özellikler, izole-kombine yarık varlığı, yarık tarafı ve eşlik eden sendrom-anomaliler açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplamda 570 erkek, 445 kız (yaş aralığı; 10 gün-34 yaş) vardı. Hastaların 193'ünde izole dudak (%19), 335'ünde izole damak (%33), 487'sinde damak-dudak yarığı (%48) saptandı. Hastalardan 4'ü ikizdi. İki ikiz çiftinde bebeklerin ikisinde de damak yarığı, başka bir ikizde ikizlerin ikisinde de bilateral dudak yarığı, sonuncu çiftte ikiz eşlerinden birinde izole sağ dudak yarığı diğerinde ise izole damak yarığı vardı. 1015 hastada unilateral: bilateral yarık oranı 1,26:1 bulundu. Tüm olgularda sol yarıklar, sağa göre 1,6:1 oranda baskınlık gösterdi. Damak-dudak yarığı 40 hastada sendromlara ve ek anomalilere (pierre robin,robert, down, goldenhar, wanderburg, cornelia de lange vb.) eşlik ediyordu.

Sonuç: Hastalarımızın veri analizi izole-kombine yarık, sağ sol baskınlık ve demografik dağılım açısından dünya epidemiyolojik verileri ile benzer bulunmuştur.

SS-112
Dudak yarığı onarımında iyi yara iyileşmesi ve az skar için hangi dikiş tercih edilmeli?

Ali Mübin Aral[1], Figen Özgür[2]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Giriş: Farklı stur materyallerinin, yüzey ve cilt uygulama etkinlikleri mevcut literatürde ele alınmış olmakla birlikte, bunları yarık dudak onarımı yapılan hastalarda skar oluşumu açısından değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı yarık dudak ameliyatı sırasında kullanılan poliglekapron ve poliglikolid dikişlerin yara iyileşmesi ve skar gelişimine etkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada tek taraflı veya iki taraflı yarık dudak ameliyatı olan 60 hasta (36 erkek, 24 kız) dahil edilmiştir. 30 hasta poliglekapron, 30 hasta ise poliglikolid dikiş kullanılarak ameliyat edildi. Hastalar yara yerindeki düzensizlikler, skar dokusundaki kızarıklık ve kabarıklık, ortaya çıkan ciltaltı dikişleri açısından postoperatif 2. haftada görsel analog ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Poliglikolid grubunda ameliyat sonrası ilk günlerinde dikiş kenarlarında ortaya çıkan, dikişlerin alınmasını takip eden 2. haftada geçen kızarıklık görüldü. Bu bulgular bazen dikiş absorbsiyon süresine bağlı olarak uzayabildiği gibi, bazı olgularda ciltaltı dikişlerinde mikro apseler geliştiği saptandı. Enfeksiyon gelişen olgularda, zeminde fibrozisin fazla olması nedeni ile sert ve kabarık iyileşme ile sonlandığı görüldü. Buna karşın yara yerinde kızarıklık ve skar dokusundaki genişlemenin poliglekapron dikiş grubunda daha az olduğu görüldü ($p<0.05$). Yara yerindeki düzensizlikler ve ortaya çıkan ciltaltı dikişler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı

Sonuç: Poliglekapron dikişin, dudak yarığı onarımında kullanımında erken dönemde daha az hiperemi ve dikiş apsesi, geç dönemde ise yara yeri iyileşmesini daha az skar gelişimi ile tamamlayabildiğinden ilk tercih olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

SS-113
Sıçanlarda Sinir Büyüme Faktörü ve Mikroakım Stimülasyonu ile Doku Rejenerasyonunun Gösterilmesi

Müge Sevindik[1], Adnan Menderes[1], Bekir Uğur Ergür[2], Ali Balcı[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,Histoloji Ana Bilim Dalı,İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Rejenerasyon; organizmaların doku ve hücrelerinin yenilenmesi yada kayıplarının eksiksiz olarak aynı doku ile yerine konulması, yenilenmesi sürecidir. Memeliler ve üst düzey omurgalılarda kapasitesinin azlığı ile bilinen epimorfik rejenerasyonun gerçekleşebilirliğinin gösterilmesi ekstremite amputasyonları, spinal kord yaralanmaları, retina, lens ve optik sinir hasarları gibi tıp bilimi için önemli olan sorunlara çözüm olanağı yaratacaktır. Bu çalışmada, doku rejenerasyonunun sinir büyüme faktörü (NGF) ve mikroakım stimülasyonunun doku rejenerasyonunda ki etkileri araştırıldı.

Çalışmada 24 adet 300 gr ve üzeri Sprague Dawley sıçanda kuyruk bölgesinde kaudal vertebrayı açıkta bırakacak şekilde amputasyon modeli oluşturuldu. Rejenerasyon gözlemlemek üzere her bir grupta altı adet sıçan yer alacak şekilde toplam dört çalışma grubu oluşturuldu. Grup-1' de ampute edilen kuyruk içinde serum fizyolojik olan makroçevreye yerleştirilip deney süresince izlendi. Grup-2' ye mikroakım stimülasyonu, Grup-3' e heparinle konjuge fibrin jel (HCFG) ile sinir büyüme faktörü (NGF), Grup-4 ' e ise mikroakım stimülasyonu ve HCFG ile NGF uygulandı. Sıçanlar uygun koşullarda kırkiki gün süre ile izlendi. Bu süre içinde mikroakım stimülasyonu uygulanan çalışma gruplarına 0,3, 6,12,18, 24, 35 ve 42. günlerde 15 dk süren seanslar ile 6 mikroamper elektrik akımı uygulandı. Sıçanların 0., 24. Ve 42. günlerde radyografileri çekildi. Çalışma süreci sonunda sıçanlar sakrifiye edilip histolojik ve yeni kemik oluşumu açısından histomorfometrik olarak incelendi. Yapılan değerlendirmelerin sonuçları her bir grup için istatiksel olarak karşılaştırıldı.Üst düzey vertebralılarda NGF ve mikroakım elektrik stimülasyonu beraber kullanıldığında rejenerasyonun sağlanabildiği görüldü.Yeni oluşan dokunun orjinal doku ile benzer histolojik özellikler gösterdiği görüldü. Sinir büyüme faktörü ve mikroakım stimülasyonu sinerjik etkisi doku rejenerasyonunda etkilidir.

SS-114
İnce barsak segmentinin periferik sinir rejenerasyonunda biyolojik tüp olarak kullanılması

Emre Atacan Koçman[1], Sürhan Mehmet Arda[2], Emre Özkara[3], Erdem Söztutar[4], Aydan Ayşe Köse[1], Cengiz Çetin[1]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi AD
[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD

Giriş: Defektive sinir yaralanmalarının reonstrüksiyonunda arter,ven, epimisium gibi çok otojen dokular otogen sinir greftleri yerine kullanılmaktadır. BU durum sinir donor alanlarında morbiditeyi azaltsa da,ideal bir sinir konduiti henüz tanımlanmamıştır.Bu çalışmanın amacı incebarsak dokusunun sinir rejenerasyonunda bir konduit olarak etkinliğini araştırmaktır.

Materyal-Metod: 21 dişi sıçan üç deney grubuna ayrılmıştır(n=7) Grup 1 sham,grup 2 otojen sinir grefti,grup 3 ise ince barsak conduiti olarak belirlenmiştir. Anesteziyi takiben 15 mmlik ileal segment sınırlı orta batın insizyonu ile rezeke edilmiş ve barsak anastomozu yapılmıştır.Sham grubunda sadece siatik sinir eksplorasyonu yapılmıştır. otolog sinir grefti (ONG) grubunda ise 10 mmlik sinir defekti ortotopik sinir grefti ile replase edildi. İnce barsak konduiti (İBK) grubunda ise sinir defekti group ileal segment ile hazırlanan tüp ile birleştirildi(Resim 1). Fonksiyonel iyileşme 3 ay boyunca aylık yürüme analizleri sonrası siyatik fonksiyonel indeksin(SFİ) hesaplanması ile değerlendirildi. 12. hafta sonunda hayvanlar sakrifiye edilerek histolojik ve immunohistolojik incelemeler yapıldı. rejenere olan sinirde axon sayıları ve çapları, myelin kalınlıkları hesaplandı.

Sonuçlar: 3 ay sonunda SFİ, İBK grubunda ONG ye göre daha az düzelme göstermiştir. Makroskopik olarak barsak segmentinin sinir proksimal ve distal uçlarına adapte olduğu saptanmıştır(Resim 2).Histolojik çalışmada ince barsak tüm katmanları içinde zayıf rejenere olan sinir dokusu ayırt mevcuttur(Resim 3). ONG grubunda akson sayısı,akson çapları ve myelin kalınlığı İBK ye göre anlamlı olarak yüksek bulundu [$P<0.05$]. İmmünohistokimyasal çalışmada İBK›da S-100 ve NF ekspresyonunun izlendiği ancak bunun İBK grubuna göre daha az organize olduğu gözlendi.

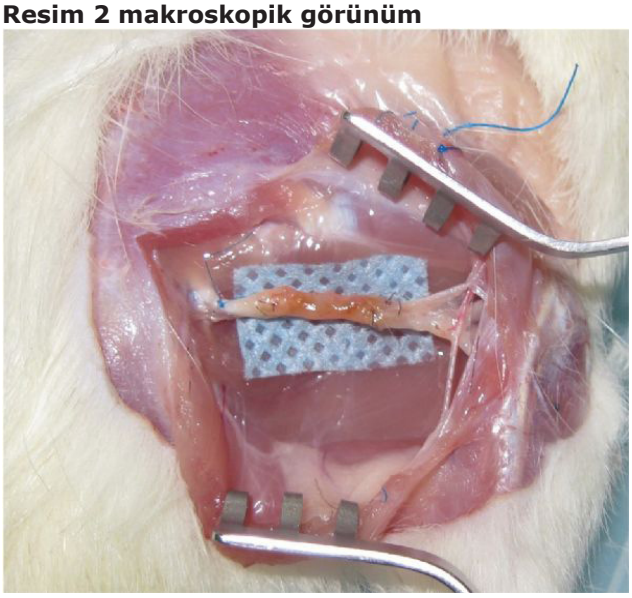
Sonuç: Bu çalışmada ince barsak literatürde ilk kez sinir konduiti olarak kullanılmıştır. Her ne kadar ince barsak segmenti içinde sinir rejenerasyonu görülse de mevcut formuyla İBK otolog sinir greftlerine ve diğer mevcut biyolojik konduitlere alternatif olarak önerilemez. Yinede klinik uygulamada endoskopik olarak elde edilme imkanı olan appendix gibi fonksiyonel olmayan barsak segmenti sinir donor alanı morbiditesini azaltmak için kullanılabilir.

Resim 1cerrahi teknik



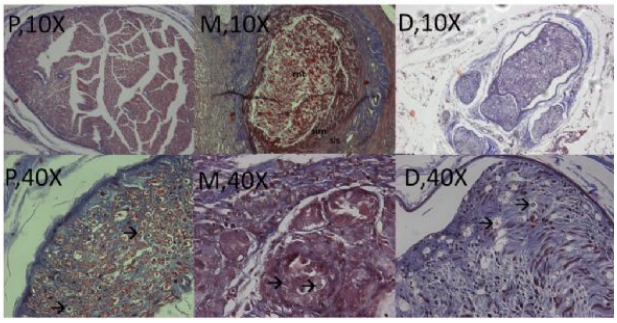
Sinir konduiti olarak kullanılacak ince barsak segmentinin alınışı ve sinir defektinin arasına tüp şeklinde yerleştirilmesi

Resim 2 makroskopik görünüm



12 hafta sonunda makroskopik görünüm

Resim 3 Massons trichrom sections



Barsak içinde sinir rejenerasyonunun gösterilmesi.Oklar rejenere olan sinir fibrillerini işaret etmektedir.rnt,rejenere sinir dokusu;sim,ince barsak mukosası;sis,ince barsak submukosası(Masson Trichrom,10x ve 40x büyütme)

SS-115
Ratlarda Arka Bacak Modelinde Pycnogenol'ün İskemi-reperfüzyon Hasarını Önlemedeki Etkisi

Şükrü İşler[1], Yavuz Demir[2], Türker Üstün[1]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif veEstetik Cerrahi Ana Bilim Dalı Mersin

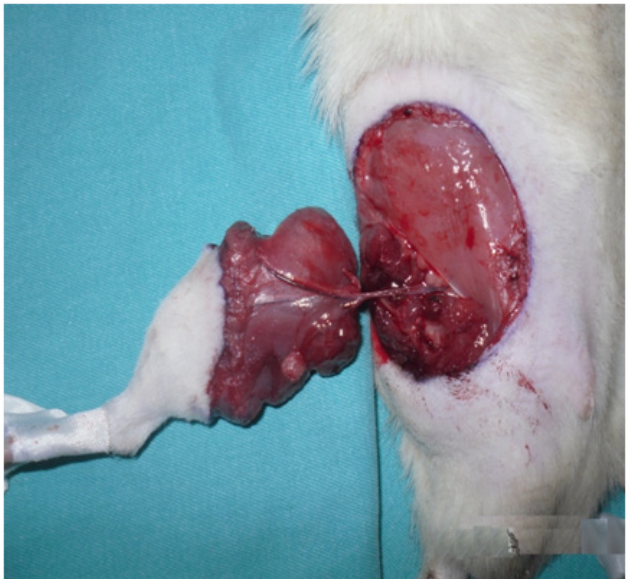
Giriş: Rekonstrüktif cerrahide flep sağkalımını belirleyen en önemli etkenlerden birisi iskemi-reperfüzyon hasarıdır. İskeminin süresi ve şiddeti özellikle mikrovasküler cerrahide çok daha fazla önem kazanmaktadır. Plastik cerrahi alanında son yıllarda pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, reperfüzyon hasarının patofizyolojisi halen tümüyle anlaşılabilmiş değildir.

Bu çalışmada antioksidan özelliği olan Pycnogenolün, iskemi-reperfüzyon hasarını azaltmada etkin olup olmayacağının test edilmesi planlandı. Genel Bilgiler: Pycnogenol, Pinus pinaster olarak bilinen bir ağacın kabuğundan elde edilen flavonoid/polifenol yapısında komplekstir. Pycnogenol yapılan bilimsel çalışmalar ve klinik sonuçları ile Amerikan Botanik Kurulu'nca patentli(Horphag Research, Cenova, İsviçre) ve tescilli Fransız çam tozu ekstresidir. Potansiyel olarak antiinflamatuar ve antioksidan özelliktedir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda 250-300 gr ağırlığında 40 adet erkek rat kullanıldı. Hayvanlar her grupta 10 hayvan olacak şekilde, randomize 4 gruba ayrıldı. Tüm ratlarda arka bacak kompozit ada flebi hazırlandı Kontrol grubunda (n:10) ratlarda arka bacakta femoral damarlara klemp uygulanıp hemen açıldı ve iskemi oluşturulmadı. Grup 2 de (n:10) femoral artere 4 saat iskemi uygulandı ve iskemi sonrası 24 saat arka bacak reperfüze edildi. Grup 3 de (n:10) 4 saat iskemi sonrası klempler açıldı, ratlara parenteral olarak serum fizyolojik verildi ve 24 saat boyunca reperfüze edildi. Grup 4 de (n:10) 4 saatlik iskemi sonrası ratlara parenteral olarak pycnogenol verildi ve 24 saat reperfüzyon yapıldı. Tüm ratlar 24 saatlik reperfüzyon sonrası sakrifiye edildi ve biyokimyasal inceleme yapıldı. Biyokimyasal inceleme için kan örneği ve transplante edilen arka bacaktan kas dokusu örneği alındı. Homogenizasyon sonrası kanda ve dokularda MPO, Glutatyon, MDA, TNF-alfa, IL-2 ve IL-10 düzeyleri test edildi ve reperfüzyon hasarı değerlendirildi.

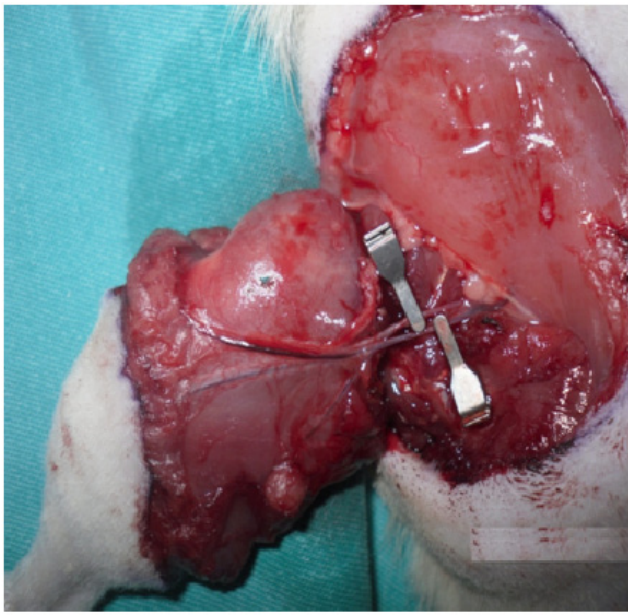
Sonuç: Çalışma sonunda, iskemi sonrası reperfüzyon esnasında pycnogenol eklenen grupta MPO(serum), MDA(serum), IL2 (doku), TNF(doku) değerlerinde iskemi sonrası reperfüzyon grubuna göre anlamlı farklar elde edildi. Çalışmamızda, pycnogenol kullanımının iskemi-reperfüzyon hasarını önlemede olumlu etkisinin olduğu bulundu.

Resim 1



Femur osteotomisi sonrası rat arka bacak kompozit ada flebinin oluşturulması

Resim 2



Femoral arter ve venin klemplenmesi ve iskemi oluşturulması

Resim 3



Arka bacak kompozit ada flebinin yerine sütüre edilmesi

SS-116
Küçük Çaplı Damarlarda Yeni Bir Uç Uca Anastomoz Yöntemi: Zigana Yöntemi

Emrah Kağan Yaşar[1], Murat Şahin Alagöz[2]
[1]TC Sağlık Bakanlığı Gebze Fatih Devlet Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Rekonstrüktif cerrahinin vazgeçilmez parçası olan mikrovasküler cerrahide sık tercih edilen uç uca anastomoz yönteminin dezavantajlarını (anastomoz hattında daralma, aşırı sütür kullanımı, arka duvar yaralanma riski ve rotasyon riski) ortadan kaldırabilecek ve küçük çaplı damarlarda da kullanımı uygun olabilecek yeni bir uç uca vasküler anastomoz tekniğinin geleneksel yöntemle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

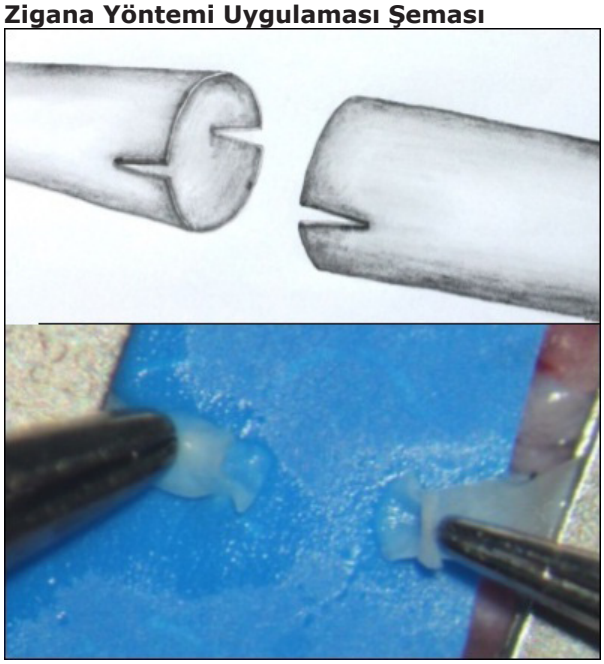
Gereç-Yöntem: Çalışmada toplam ağırlıkları 235-275 g arasında olan, 15 adet dişi Wistar Albino sıçan kullanıldı. Her sıçanın her iki femoral arterinde uç uca damar anastomzları çalışıldı ve sıçanların sağ femoral arterinde tanımlanan deney anastomozu (Zigana Tekniği), sol femoral arterinde ise geleneksel anastomoz tekniği uygulandı. Klinik değerlendirmede ameliyat süresi, kullanılan dikiş sayısı, geçirgenlik oranı ve kanama zamanı, histopatolojik değerlendirmede endotelizasyon, inflamasyon, fibrozis, yabancı cisim reaksiyon, intimal hiperplazi, intimal hasarlanma, nekroz, trombüs ve nekroz analiz edildi.

Bulgular: Çalışma sonucunda klinik değerlendirmede Zigana Tekniği`nin ameliyat süresinin uzun olduğu, dikiş sayısının az olduğu, geçirgenlik oranlarının aynı olduğu ve kanama zamanının kısa olduğu tespit edildi. Histopatolojik

değerlendirmede ise her iki grupta benzer sayıda trombüs, stenoz, inflamasyon, fibrozis, yabancı cisim reaksiyonu oranları izlendi. Zigana Tekniği uygulanan grupta intimal hiperplazi oranları daha az görüldü ve her iki grupta da nekroz ile karşılaşılmadı.

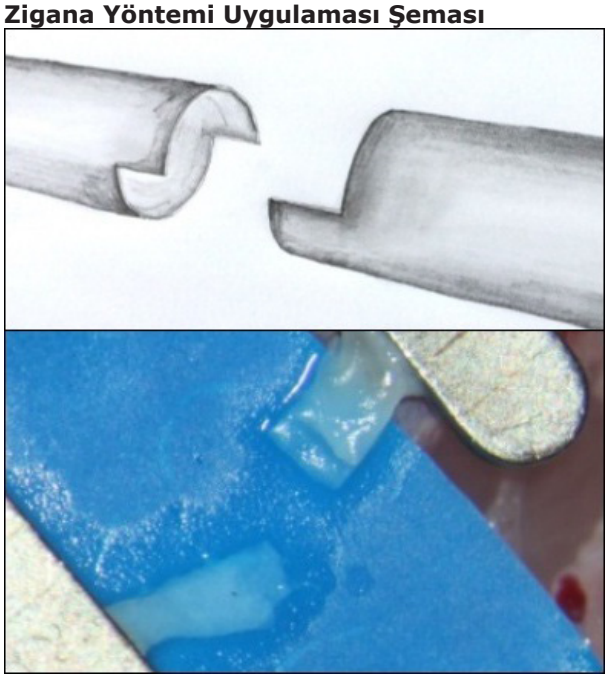
Tartışma: Çalışmada Zigana Tekniği`nin dikiş kullanımı ve kanama zamanı açısından istatistiksel anlamlılık göstermeyen iyi değerlere sahip olduğu tespit edildi. Özellikle 1mm`nin altındaki damar çapının varlığında dahi olumlu sonuçların elde edilebildiği Zigana Tekniği`nin deneysel ve klinik çalışmalarda mikrovasküler anastomozlarda kullanılabilecek bir teknik olduğu düşünülmektedir.

Zigana Yöntemi Uygulaması Şeması



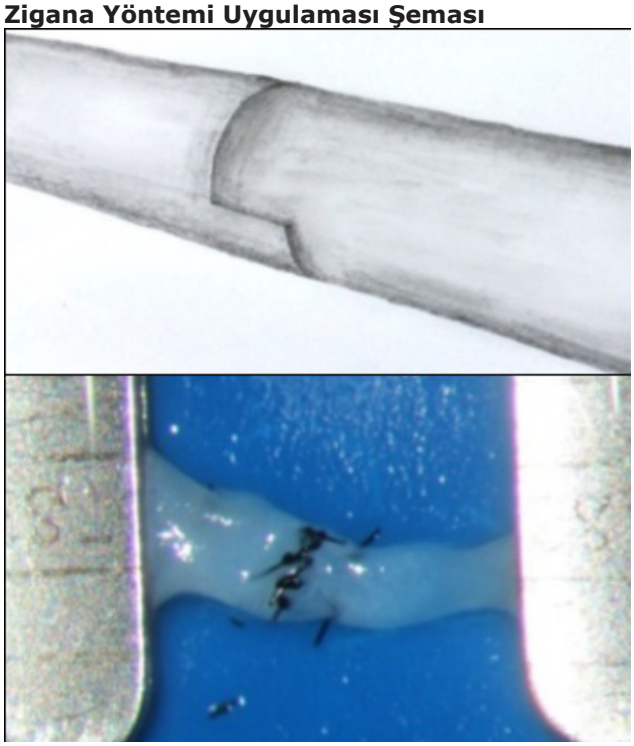
Balık ağzı insizyonları sonrası damar uçlarının görünümü

Zigana Yöntemi Uygulaması Şeması



Damar uçlarında karşılıklı çapraz fleplerin uzaklaştırılması sonrası görünüm

Zigana Yöntemi Uygulaması Şeması



Fleplerin karşılıklı oturmasıyla anastomozun tamamlanması

Deney ve Kontrol Grupları

	Uygulanan Teknik	Kullanılan Arter	n
Deney grubu	Zigana Tekniği	Sağ femoral arter	15
Kontrol grubu	Geleneksel Teknik	Sol femoral arter	15

Toplam 15 sıçanda sağ ve sol femoral arterlerde çalışılarak toplam 30 anastomoz gerçekleştirildi.

Değerlendirme Sonuçları

	Zigana T.	Geleneksel T.
Geçirgenlik 3-5-15. Dakika (yüzde)	93- 93- 93	93- 93- 93
Cerrahi Süre (Dk)	36,33 ± 3,01	34,06 ± 3,32
Dikiş Sayısı	8,46 ± 0,83	8,86 ± 0,91
Kanama Zamanı(Dk)	1,86 ± 0,58	2,36 ± 1,36
Geçiergenlik 15.gün (yüzde)	93	93

Değerlendirilen parametrelerde istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi

SS-117
Sıçan Kompozit Greft Modelinde Apokinin'in Greft Sağkalımı Üzerine Etkileri

İhsan Türkmen, Sinem Çiloğlu, Teoman Eraslan
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Kompozit greftler en az iki farklı doku içerecek (deri-kartilaj, deri-yağ, mukoza kartilaj, deri-kartilaj ve yağ vb) şekilde vasküler yatağından tamamen ayrılarak donör alana taşınan dokulardır. En güvenilir yaşayabilirlik oranının 1 cm çapına kadar olan kompozit greftlerde olduğu bilinmektedir (1). Kompozit greftin vaskülarizasyonu zayıf ve greftin kenarlarındaki sınırlı alana bağlıdır (2). Kanlanma yara kenarlarındaki dermal ve subdermal pleksus ile olur. Kompozit greftlerin kullanılmasını etkileyen önemli bir faktör ameliyat sonrası erken ve geç dönemde greft kayıp oranlarının yüksek olmasıdır (3,4). Bu nedenle günümüze kadar kompozit greftlerin kullanım alanları ve yaşayabilirliğini artırmaya yönelik pek çok deneysel ve klinik çalışma yapılmıştır. Bu çalışma, bir NADPH oksidaz(NOX) inhibitörü olan apokininin sıçan kompozit greft modelinde greft sağkalımına etkilerini incelemek amacıyla planlandı.

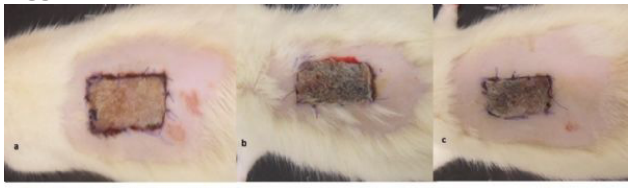
Yöntem: Çalışmada 200-350gr arasında değişen 21 adet Sprague Dawley cinsi dişi sıçan kullanıldı. Sıçanların sırt bölgesinden panniculus carnosus kası ve cilt ile birlikte 3X2 cm boyutlarında, dikdörtgen şeklinde kompozit greft alındı. Greft, kendi ekseni etrafında 180 derece rotasyon yapılarak tekrar aynı bölgeye 4/0 vikril sütür kullanılarak adapte edildi. Sıçanlar Apokinin+ Dmso grubu, Dmso grubu ve kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. 1 saat sonra kontrol grubuna 0,3 ml serum fizyolojik, 2. Gruba 0,015 ml DMSO+ 0,285 serum fizyolojik 3. Gruba 20 mg/kg apokinin+0,015 ml DMSO+ 0,285 serum fizyolojik intraperitoneal olarak uygulandı. İlaç uygulaması 12 gün boyunca tekrarlanadı. Çalışmanın 1, 3, 6, 9, 12. günlerinde tüm hayvanların greft bölgesinin dijital fotoğrafları çekildi ve daha sonra Image-J software programı ile görüntülerde yaşayan alanların toplam greft yüzdesine oranları hesaplandı. Yine 1, 3, 6, 9, 12. günlerde laser doppler flowmetry cihazı ile en az 1 dakika stabil sinyal kaydedilerek greftlerdeki kan akımı değerlendirildi. Veriler kaydedilerek her üç grup için karşılaştırıldı.Verilerin değerlendirilmesinde 'İndependent t-test' ve 'Ki-kare' testi kullanıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Doppler kan akımları günler içerisinde değişkenlik gösterdi, ve cerrahi sonrası tüm gruplarda progresif olarak kan akımının arttığı gözlendi. 6.güne kadar gruplar arasında ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. 6, 9, ve 12. günde Apokinin+ Dmso grubunda, kontrol grubuna göre kan akımlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı. (sırasıyla p=0,000, p=0,000, p=0,000, p<0,05) Yine 6, 9, ve 12. günde Apokinin+ Dmso grubunda, Dmso grubuna göre kan akımlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı. (sırasıyla p=0,001, p=0,006, p=0,000; p<0,05) Dmso grubunda tüm günlerde kontrol grubuna göre kan akımında istatistiksel olarak anlamlı artış olmadığı tespit edildi. (6., 9. ve 12. günler sırasıyla p=0,131, p=0,068, p=0,058; p>0,05) (Şekil 1.) 12. günün sonunda çekilen dijital fotoğraflar bilgisayar ortamına aktarıldı. Image-J Software programı ile kompozit greftler üzerindeki canlı kalan alanların, tüm alana yüzdesi hesaplandı. Apokinin+ Dmso grubunda canlı kalan alanların tüm alana oranının ortalaması % 74 +-15, Dmso grubunda % 42 +- 5, kontrol grubunda % 25 +- 15 olarak saptandı. Apokinin+ Dmso grubunda, canlı kalan alanların oranının, kontrol grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p=0,002, p<0,05). Dmso grubu ile kontrol grubu arasında ise istatiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı görüldü (p=0,56, p>0,05). Apokinin+ Dmso grubunda, canlı kalan alanların oranının, Dmso grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. (p=0,002, p<0,05) (Şekil 2.)

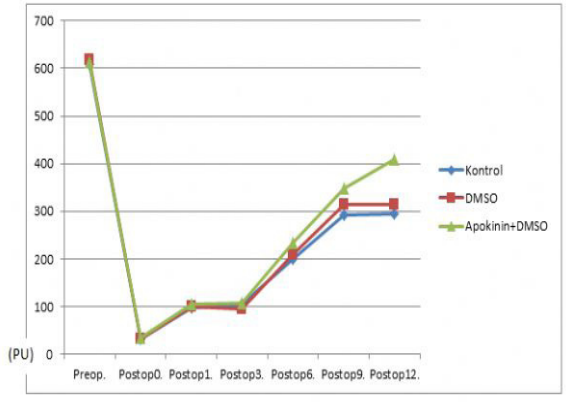
Sonuç: Apokinin'in kompozit greft sağkalımı üzerine etkisi ilk kez değerlendirilmiştir. Apokinin'in NADPH oksidaz enzim inhibitörü olarak nötrofillerden salınan serbest oksijen radikallerinin oluşumunu inhibe etmesi ve inflamasyonu baskılaması ayrıca serbest oksijen radikali çöpçüsü olarak görev yapmasından dolayı (5) sıçan kompozit greft modelinde nekrozu azalttığı düşünülmektedir.

Kaynaklar: 1. Converse JM. Full-thickness loss of nasal tissue. In: Converse JM, editor. Reconstructive plastic surgery: principles and procedures in correction, reconstruction, and transplantation. 2nd ed. Vol 2. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1977. pp. 1220-5.
2. Konig F. The transfer of free composite grafts of skin and fat: a clinical study. Plast Reconstr Surg 1960; 25: 556- 64
3. Rounds MF, Cheney ML. Bone, cartilage and alloplastic implants. In: Cheney ML, ed. Facial Surgery: Plastic and Reconstructive, 1st ed. Baltimore: Williams Wilkins,1997; pp 101-19.
4. Walter C. Survey of the use of composite grafts in the head and neck region. Otolaryngol Clin North Am 1972; 5: 571-602
5. Petrônio, M. S., Zeraik, M. L., Fonseca, L. M. D., & Ximenes, V. F. (2013). Apocynin: chemical and biophysical properties of a NADPH oxidase inhibitor. Molecules, 18(3), 2821-2839

Resim 1

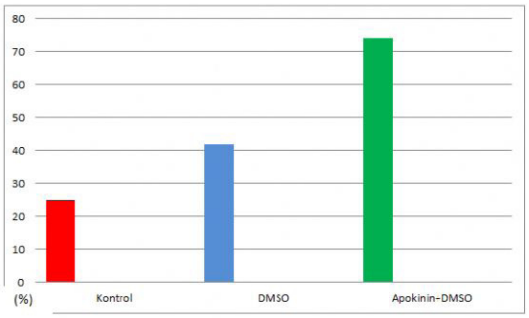


Şekil 1



Şekil 1. Lazer doppler flowmetry ile yapılan kan akımı ölçümleri. Doppler kan akımları günler içerisinde değişkenlik gösterdi, ve cerrahi sonrası tüm gruplarda progresif olarak kan akımının arttığı gözlendi. En yüksek artışın, 6. 9. Ve 12. günlerde Apokinin+DMSO grubunda olduğu görüldü. (sırasıyla p:0,000, p:0,000, p:0,000, p<0,05)

Şekil 2



Şekil 2. Kompozit greftlerde canlı kalan alanların, tüm alana oranı (%). Apokinin+DMSO grubunda canlı kalan alanların oranı, DMSO ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. [sırasıyla p:0,002. p:0,002 (p<0,05)]

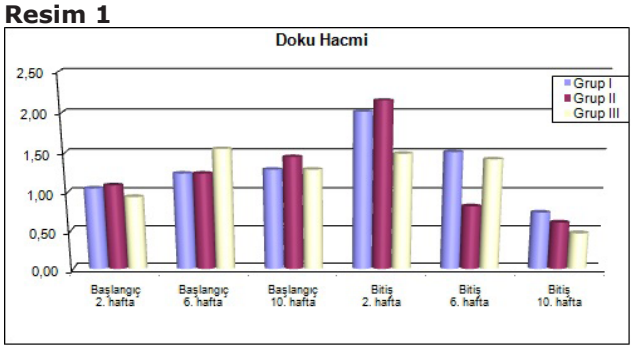
SS-118
Aynı Boyuttaki Fragmente Edilmiş Ve Edilmemiş Dermal Yağ Greftlerinin Yaşayabilirliğinin Sıçan Modelinde Karşılaştırılması

Ebru Şen Mercan[1], Ahmet Cemal Aygıt[2], Karaca Başaran[3], Ümit Seza Tetikkurt[4], Suat Hayri Küçük[5], Duygu Sultan Çelik[6]

[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD, Kars
[2]Özel Tababet, İstanbul
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[4]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul
[5]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biokimya Kliniği, İstanbul
[6]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, BADABEM, İstanbul

Yumuşak doku ogmentasyonunda otolog yağ dokusu estetik ve rekonstrüktif cerrahide uzun zamandır kullanılan, fizyolojik yapıya katkı sağlayan dolgu maddelerindendir. Yağ greftleri, yağ enjeksiyonu, blok yağ transferi ve dermis yağ transferi şekillerinde kullanılabilir. Yağ greftlerinin ilk kullanımı 19. yy'ın sonlarına dayanmaktadır. Yirminci yy'ın son çeyreğinde ise liposakşının gündeme gelmesiyle vakumla alınmış yağ grefti kullanımı da hız kazanmıştır. Yağ greftleri uzun dönemde verilen hacmi koruyamıyor olsa da, otolog olması, zengin kaynağa sahip olması, kolay uygulanması, güvenli olması ve aynı alana tekrar uygulanabilir olması nedeniyle tartışmasız en iyi dolgu maddelerindendir. Çalışmada 21 adet Spraque Dawley erkek sıçan kullanıldı. Tüm sıçanların her iki kasık bölgesinden dermal yağ greftleri alındı ve 3 eşit parçaya ayrıldı. Parçalardan birisi bütün bırakılırken diğerleri 4 eşit parçaya ayrıldı. Dermal yağ greftleri, farklı boyutların yaşayabilirliği kıyaslayabilmek için sıçanın sırtında sağda oluşturulan 3 ayrı cebe grup 1 bütün olarak, grup 2 birbiriyle teması engellenecek şekilde, grup 3 birbiriyle temas edecek şekilde transfer edildi. Kontrol grubu olarak sıçanların tamamında sırt sol tarafta oluşturulan cepler serum fizyolojik ile dolduruldu. Yirmibir sıçanın 7 tanesi 2. hafta, 7 tanesi 6. hafta, 7 tanesi ise 10. hafta sakrifiye edilerek greftte zamanla meydana gelen değişim karşılaştırıldı. Transplante edilen greftlerin başlangıç ve bitiş ağırlıkları kaydedilerek hacim değerlendirmeleri yapıldı. Histopatolojik olarak yağ nekrozu, yağ ve inklüzyon kistleri, multinükleer dev hücre, inflamasyon ve fibrozis oranları değerlendirildi. Biyokimyasal olarak da tüm gruplarda yaşayan yağ varlığını göstermek için greftlerde var olan hormona duyarlı lipaz miktarlarına bakıldı. Tüm gruplarda ilk haftalarda inflamasyon ve ödem nedeniyle greftte hacim artışı görülürken, son haftada greftlerin başlangıç hacminin altına düştüğü saptandı. Histopatolojik olarak yapılan değerlendirmede tüm gruplarda yaşayan yağ kalınlığı istatistiksel olarak benzer bulundu. Fibrozisin tüm gruplarda zamanla arttığı, inflamasyonun azaldığı görülürken, yağ ve inklüzyon kistleri, yağ nekrozu ve multinükleer dev hücre oranları arasında fark görülmedi. Biyokimyasal olarak yapılan değerlendirmede tüm haftalarda ve tüm gruplarda hormona duyarlı lipaz seviyelerinin benzer olduğu görüldü. Kontrol gruplarında yağ ve bağ doku görüldü fakat histopatolojik ve biyokimyasal olarak greftte meydana gelen değişiklikler görülmedi. Bütün dermal yağ greftinin yaşayabilirliğinin fragmente edilen greftlerden hacimsel olarak daha iyi olduğu gözlendi (Resim 1). Histopatolojik ve biyokimyasal olarak fark saptanmadı. Mikrocerrahi yöntemlerin gelişmesi nedeniyle günümüzde, dermal yağ greftlerinin kullanımı nispeten azalmış olsa da mikrocerrahi uygulanamayacak durumlarda (hastanın yandaş hastalıkları olması, uzun ameliyat süresi, teknik yetersizlikler, hastanın tercihi), halen değerli bir seçenektir. Yaşayabilirlik açısından en iyi sonucun elde edilmesinde tek parca greft konulması avantajlıdır. Fragmente edildiginde her ne kadar istatistik olarak farklı sonuç bulunamasa da yine de yaşayabilirliğin azaldığı akılda bulundurulmalıdır. Bu nedenle mümkün olabildigi tüm koşullarda dermal yağ greftinin bütün tek parça ve minimal işleme tabi tutulduktan sonra yerleştirilmesi hacim korunması, histolojik yapı ve biyokimyasal veriler açısından avantajlıdır. Buna karşın, dermal yağ greftlerinin fragmente olarak konulması gereken durumlarda ise ek fiksasyon yapmanın greft sağ kalımına pozitif etkisi de akılda bulundurulmalıdır.

Resim 1



Uygulanan dermal yağ greftlerinin hacimlerinin zamanla ve birbirleriyle kıyaslanması

SS-119
Ekspoze Edilmiş Yüksek Dansiteli Poröz Polietilenin Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Deneysel Çalışma

Afşin Uysal[1], Oğuz Kayıran[2], Önder Karaaslan[3], Mustafa Gürhan Ulusoy[4], Uğur Koçer[5], Fatma Öz Atalay[6], Hüseyin Üstün[6]
[1]TOBB ETU Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
[2]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
[4]Özel Muayenehane, Ankara
[5]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
[6]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

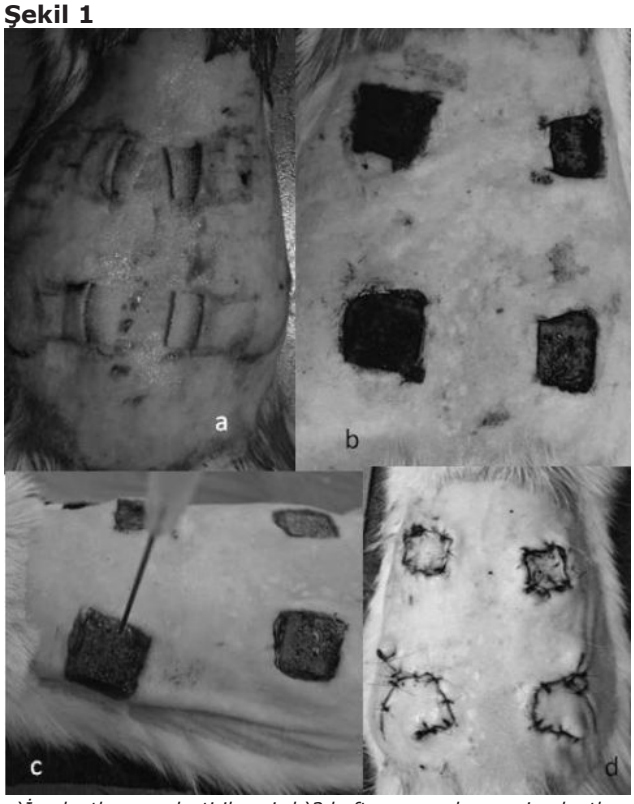
Sayısız otojen ve alloplastik materyaller yüzün kontur deformitelerinin restorasyonu için kullanılmaktadır. Alloplastik materyaller, otojen kemik greftlerinin, donör saha morbiditeleri, rezorbsiyonu ve şekil vermede zorlukları gibi nedenlerle tercih edilmektedir. Yüksek yoğunluklu poröz polietilen (Medpor®), nonantijenik, nonalerjik, kanserojen olmayan, emilemeyen, yüksek kararlılıkta, esneyebilir ve şekil verilebilir yapıda ticari bir üründür. 125-250 mikrometre büyüklüğünde gözeneklere sahiptir ve bu sayede implantın içine doku büyümesini sağlanabilmekte ve çevre dokulara entegrasyon olabilmektedir.

Bu çalışmada ekspoze edilmiş YYPPE implantlarının kaderini ve bu sorunu yönetmek için ne yapılabileceğini değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmada yirmi rat kullanıldı ve sırası ile implantasyon, ekspozisyon ve implantların kapatılması olarak 3 fazda gerçekleştirildi. Birinci fazda ratların sırtlarında lateral planlarda 1er cm.lik kesiler yapılarak her hayvan için 4 adet 3x15x18 mm.lik implantlar yerleştirildi ve insizyonlar dikildi. 3 hafta sonra 2. fazda implantların üzerlerindeki cilt adaları debride edildi; implantların tabana tam olarak yapıştığı izlendi. Üçüncü fazda implantların kapatılması iki grup oluşturularak incelendi. Grup 1: Ekspozisyondan 1 gün sonra erken kapama, grup 2: Ekspozisyondan 7 gün sonra geç kapama. Her rat için (Grup 1 ve 2) mevcut olan 4 implantın sol taraftakileri 20G iğne ile delindi, sağ taraftakiler perfore edilmedi. Yine, rat sırtındaki 4 ekspoze implantın üstteki ikisi inguinal lojdan alınan tam kalınlıkta deri grefti ile, alt ikisi ise lokal transpozisyon flepleriyle kapatıldı. Üç hafta sonra, implantlar değerlendirildi ve histopatolojik analiz için eksize edildi. Tablo 1'de hayvanların sınıflandırılması görülmektedir.

Çalışma sırasında ve sonrasında hiçbir ciddi komplikasyon görülmedi.

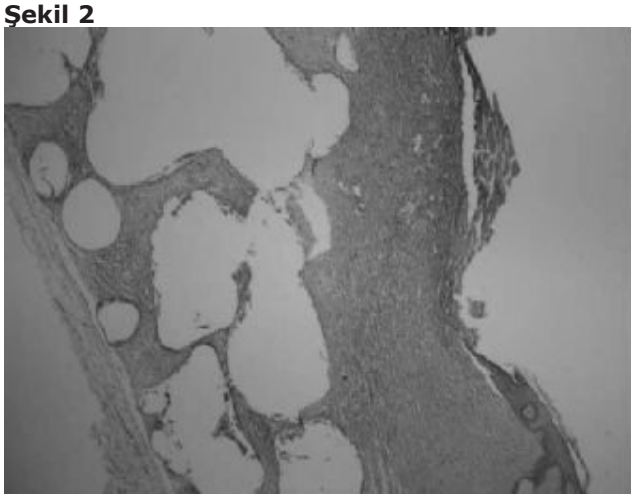
Sonuçlar tablo 2'de görülmektedir. Perfore edilmiş ekspoze implantlar mevcut çalışmaların aksine kolay kapatılamamaktadır; kapamada ise greft yerine flep daha başarılıdır. Erken dönemde sağlanan kapama beklenerek yapılan geç döneme göre daha başarılıdır. Burada fibröz dokuların mevcudiyeti etkili olmaktadır. Bu bulgular histopatolojik olarak da değerlendirilmiştir ve erken dönemde lokal fleple kapatılmış perfore edilen implantın (grup 1a) gözeneklerine normal doku büyümesinin sağlandığı görülmüş (şekil 2); diğer gruplarda bu fibröz olgunluğun zayıf olduğu ve hatta greftlenen ekspoze implantlarda ise ekpozisyonun devam ettiği izlenmiştir. Greftlemenin ekspoze implantın kapatılmasında etkili olmadığını, perfore edilen implantın ise edilmeyen implanta göre daha kolay kapatılabileceğini düşünüyoruz.

Şekil 1



a)İmplantların yerleştirilmesi; b)3 hafta sonra ekspoze implantların görüntüsü; c)İmplant perfore edilirken görüntüsü; d)Ekspoze implantların kapama sonrası görüntüsü

Şekil 2



Erken dönemde lokal fleple kapatılmış perfore edilen implantın (grup 1a) gözeneklerine normal doku büyümesinin sağlandığı izlenmektedir; beyaz boşluklar implantı göstermektedir.

Tablo 1

Grup 1 (1 gün sonra erken kapama)	Grup 2 (7 gün sonra geç kapama)
1a: Lokal fleple kapatılmış perfore implantlar	2a: Lokal fleple kapatılmış perfore implantlar
1b: Lokal fleple kapatılmış perfore edilmemiş implantlar	2b: Lokal fleple kapatılmış perfore edilmemiş implantlar
1c: Greft ile kapatılmış perfore implantlar	2b: Lokal fleple kapatılmış perfore edilmemiş implantlar
1d: Greft ile kapatılmış perfore edilmemiş implantlar	2d: Greft ile kapatılmış perfore edilmemiş implantlar

Grupların sınıflandırılması

Tablo 2

	Tam kapama sağlanmış ratlar	Kısmi ekspozisyon	Tam ekspozisyon
Grup 1a	9	1	0
Grup 1b	7	3	0
Grup 1c	4	0	6
Grup 1d	0	1	9
Grup 2a	2	6	2
Grup 2b	0	6	4
Grup 2c	0	0	10
Grup 2d	0	0	10

Ekspozisyon sonuçları.

SS-120
Sıçan femoral kemiği içinde sinir dokusu prefabrikasyonu

Emre Atacan Koçman[1], Orhan Özatik[2], Emre Özkara[3], Erdem Söztutar[4], Aydan Ayşe Köse[1], Yakup Karabağlı[1], Cengiz Çetin[1]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Ahi Evren Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi AD
[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD

Giriş: Periferik sinir yaralanmalarında otolog sinir greftleri altın standart tedavi metodu olarak kabul edilmelerine rağmen vücutta sinir grefti kaynaklarının sınırlı olması nedeni ile alternatif sinir rejenerasyonu yöntemleri araştırılmaktadır(1). Lümenli biyolojik ve yapay konduitler axonal rejenerasyonu sağlasalar da, uygun mikroçevre ve destek hücresi sağlayamadıklarından sinir rejenerasyonu istenilen düzeyde olmamaktadır. Sinir konduitlerinin içine kültüre edilmiş Schwann hücreleriveya kemik iliği kaynaklı kök hücre(KİKH) transplantasyonu ile sinir rejenerasyonunun sağlandığı çalışmalar mevcuttur(2). Ancak pek çok konduit sözü edilen hücreler için uygun mikroçevre sağlayamamaktadır. Ayrıca mikroçevrenin ve destek hücrelerinin bir arada olduğu bir doğal konduit henüz tanımlanmamıştır. Bu deneysel çalışma içinde doğal olarak KİKH barındıran uzun kemikler içinde sinir dokusu rejenerasyonunun mümkün olup olmayacağını gsötermek amacıyla planlanmıştır.

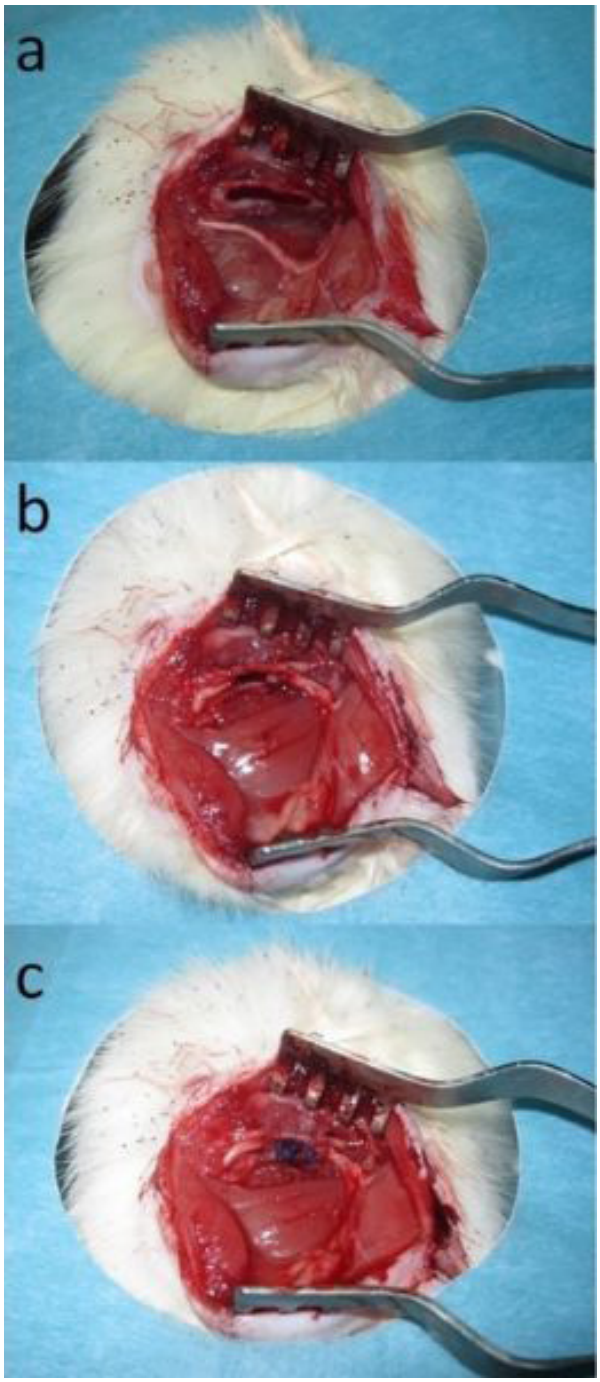
Materyal-Metod: 17 adet dişi 3 aylık sprague -Dawley sıçan iki gruba ayrılmıştır. 14 hayvanda femoral kemik içinde sinir rejeneasyonuna bakılmı, 3 hayvanda onarım yapılmadan sinir kesisi yapılmıştır (negatif kontrol). Diğer bacaklardaki sağlam sinir dokusu pozitif kontrol olarak belirlenmiştir. Pozitif ve negatif kontroller immun boyamaların uygunluluğunu blirlemek için kullanılmışlardır. Genel anesteziyi takiben femoral kemik ve siatik sinir orta uyluk insizyonu ile ortaya konulmuş,siyatik sinir mevcut uznluğunu tam ortasından kesilmiştir. femoral kemik üzerinde siatik sinirebakan yüzü motorlu drill ile oyularak 10 mm›lik bir kanal oluşturulmuştur. Kesilen sinirin proksimal ve distal uçları tünelin her iki ucuna silikon bir tabakanın kapatılması sonrası 8/0 prolenle tespit edilmiştir(Resim 1).Sinirin her iki ucu arasındaki nihai defekt 7 mm olmasına dikkat edilmiştir. Daha sonra kesi yerleri kapatılarak hayvanlar 3 ay boyunca bekletilmişlerdir. Bu süre esnasında aylık yürüme analizleri ile siatik fonkisyonel indeks (SFİ) ölçümleri yapılmıştır.Bekleme süresi sonunda yaşamı sonlandırılan hayvanların dokularında histolojik,immunohistolojik (S100 ve NF) ve elektron mikroskopik incelemeler yapılmıştır. Sonuçlar: 0. gün, 4.,8. ve 12. haftalarda yapılan SFİ ölçümlerinde devamlı bir artış görülmesine rağmen, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Oluşturulan sinir kemik bileşik yapısının üzerindeki silikon tabakanın uzaklaştırılması ile yapılan makroskopik incelemelerde kemik içinde her iki sinir ucunu birleştiren bir yeni dokunun varlığı tespit edilmiştir(Resim 2).Yapılan histolojik, immunohistolojikve elektron mikroskopik çalışmalarda ise fibrotik dokunun içinde yeni rejenere olmuş sinir elemanlarının (akson ve Schwann hücreleri) varlığı tespit edilmiştir(Resim 3). Tartışma: Kemik ideal bir sinir konduiti olarak kabul edilmese de içindeki kemik iliği sayesinde uygun bir mikroçevre sağlar. Kemik iliğinde mevcut olan KİKH›nın indüksiyonla sinir hücrelerine dönüşebilme potansiyeli olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada ise sıçan femoral kemiği mikroçevresi ve içindeki KİKH ile bileşik bir conduit olarak kullanılmıştır. Ancak kemik içinde açılan tünel bir sinir tüpü görevi görmesine rağmen; KİKH›nin üstlendiği rol net olarak araştırılmamıştır. Yine de sınırlı da kemik içinde sinir rejenerasyonu olduğu gösterilmiştir. Bu deneysel çalışmanın klinikte uygulama alanları sınırlı olsa da nadir klinik endikasyonlarda kullanılabilir. Bunlardan biri uzun kemiklere paralel defektif sinir yaralanmalarında uzun kemikte açılacak bir tünel ile sinir rejenerasyonu otolog sinir grefti kullanımını önleyebilir. İkinci endikasyon olarak mandibula rekonstrüksiyonunda kemik içinden geçen sinir dokusu hazırlanmasında kullanılabilir. Bunun yanında bu çalışma tübüler kemik içinin iyi bir in vivo hücre kültürü olduğunu göstermesi açısından yararlı gözükmektedir.Sinir dokusu gibi diğer dokular da kemik, içinde in vitro hücre kültürlerinde olduğu gibi üretilebilir. Literatürde kemiğin sinir dokusu ile entegre edildiği çalışmalar da mevcuttur(3,4). Ancak bu yöntem klinik olarak uygulanmadan önce deneysel olarak daha ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

Kaynakça

1. IJkema-Paassen J, Jansen K, Gramsbergen A, Meek MF.Transection of peripheral nerves, bridging strategies and effect evaluation.Biomaterials. 2004 Apr;25(9):1583-92.
2.Chen, C.J., Ou, Y.C., Liao, S.L., Chen, W.Y., Chen, S.Y., Wu, C.W., Wang, C.C., Wang, W.Y., Huang, Y.S., Hsu, S.H. Transplantation of bone marrow stromal cells for peripheral nerve repair. Exp. Neurol.2007; 204, 443–453.
3.Kamburoğlu HO, Safak T, Ersoy US, Öcal E,

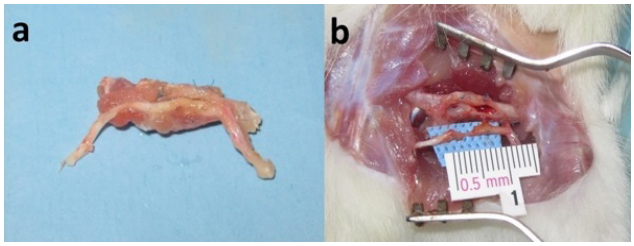
Evrenos MK, Sönmez E, Peksoy I, Atilla P, Nur Çakar A.A new flap design: prefabricated neuro-osseous flap. Ann Plast Surg. 2013 Mar;70(3):317-23
4. Fan J, Bi L, Jin D, Wei K, Chen B, Zhang Z, Pei G.Microsurgical techniques used to construct the vascularized and neurotized tissue engineered bone. Biomed Res Int. 2014;2014:281872.

Resim 1 Sinir kemik bileşik yapısının hazırlanması



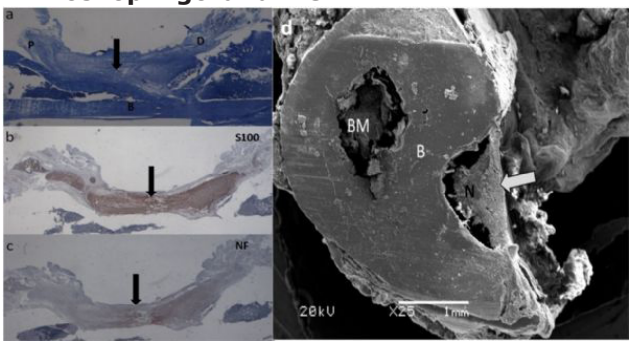
Resim 1Sinir kemik bileşik yapısının hazırlanması. a) Siyatik sinir ve femoral kemiğin ortaya konulması,kemik üzerinde kanal oluşturulması. b)Siyatik sinirin ortadan kesilerek proksimal ve distal uçlarınının kemik üzerindeki kanala adaptasyonu.c)kemik tübülün silikon tabaka ile kapatılması.

Resim 2 Kemik içinde rejenere olan sinir dokusu



Resim 2 Kemik içinde rejenere olan sinir dokusu. a) blok içinde kompozit doku. b) kemik içinde rejenere olmuş sinir dokusunun disseke edilmiş hali.

Resim 3 Kemik içinde sinir rejenerasyonu mikroskopik görünümler



Resim 3 Kemik içinde sinir rejenerasyonunun longitudinal olarak gösterilmesi. a) Toluidine mavisi,X40. b) S100 immunohistokimyasal boyama,X40 c) NF immunohistokimyasal boyama,X40 d) Elektron mikroskopisinde kompozit sinir kemik dokusunun üçboyutlu resmi. P,proksimal; D,Distal;B,kemik; BM,kemik iliği;N,sinir. Siyah ok(a,b,c) yeni rejenere olan sinir dokusunu;beyaz ok is sinir(N) üzerinde oluşan fibröz kapsülü işaret etmektedir.

SS-121
Kore Kırmızı Ginsengin Random Paternli Sıçan Deri Fleplerinin Canlılığı Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Hakan Tekin[1], Gönül Tekin[2], Gülay Bulut[3], Mustafa Fevzi Sargon[4], Dağhan Işık[5]
[1]Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Van
[3]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Van
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Ana Bilim Dalı, Ankara
[5]Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Rekonstrüksiyon cerrahisinde kullanılan fleplerde meydana gelen tam ve kısmi nekrozlar ameliyat başarısını ve maliyetini ciddi olarak etkilemektedir. Flep nekroz oranlarının azaltılması için son yıllarda çok sayıda farmakolojik ve kimyasal ajan denenmiştir. Bu deneysel çalışmada random fleplerde meydana gelen kayıpların azaltılmasında Kore Kırmızı Ginseng (KKG) ekstresinin etkinliği araştırılmıştır.

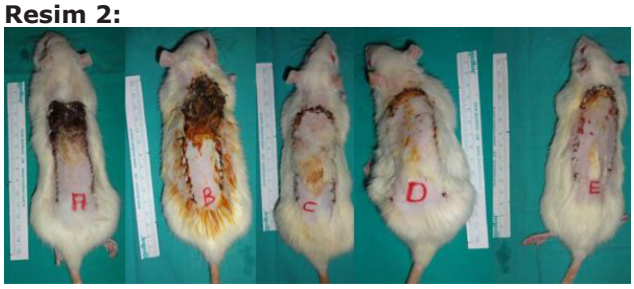
Yöntem: 50 adet Wistar Albino cinsi rat A) kontrol grubu, B) intraperitoneal serum fizyolojik (SF) grubu, C) oral KKG grubu, D) intraperitoneal KKG grubu ve E) oral KKG + intraperitoneal SF grubu olacak şekilde rastgele dağıtılarak 5 gruba ayrıldı. Tüm gruplarda ratların sırtından kaudal pediküllü 9x3 cm'lik modifiye McFarlane flebi kaldırıldı. KKG on gün boyunca C, D ve E gruplarına standart dozlarda uygulandı. 10 gün sonunda tüm gruplardaki flepler alınarak makroskobik, histopatolojik, histokimyasal ve biyokimyasal olarak incelendi. Sonuçlar gruplar arasında karşılaştırılarak istatiksel analiz yapıldı. Bulgular: KKG kullanılan C, D ve E gruplarındaki flep nekroz oranları belirgin olarak KKG kullanılmayan A ve B gruplarındaki oranlardan düşük izlendi ($p < 0,05$). D ve E gruplarında antioksidan aktivite A ve B gruplarından anlamlı olarak yüksek bulunurken ($p < 0,05$) HIF 1-α düzeyleri C, D ve E gruplarında diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$). HIF 1-α ile flep nekroz oranları arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r = - 0,631$ ve $p<0,01$). Sonuç: KKG random paternli deri fleplerinin canlılığını arttırarak distal nekroz oranlarını azaltmaktadır. KKG antioksidan aktiviteye sahip olup neovaskülarizasyonu arttırmaktadır.

Resim 1:



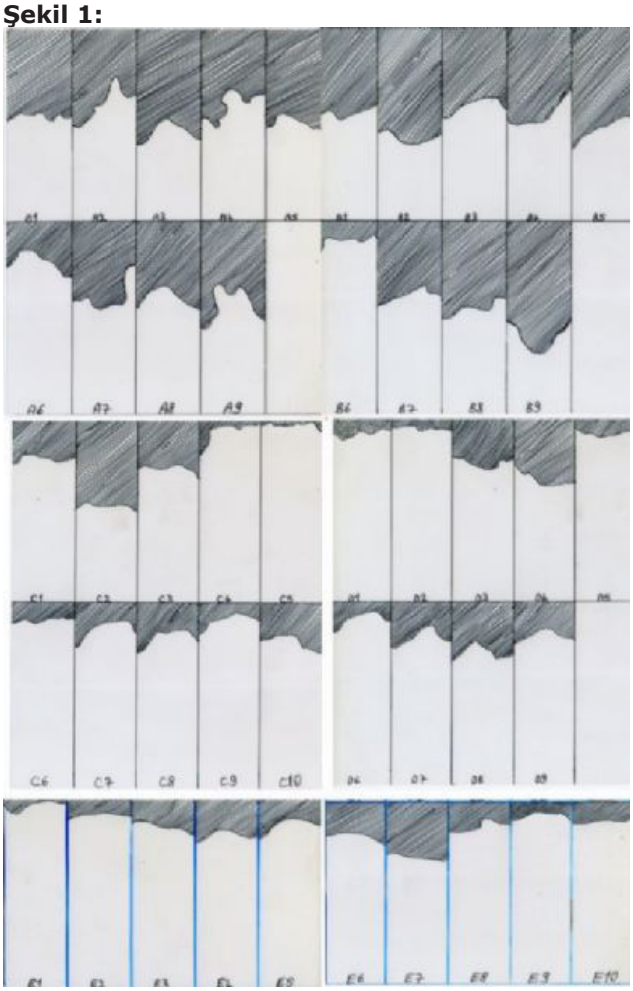
Ginseng bitkisinin kökü

Resim 2:



Tüm gruplardan flep nekroz örnekleri

Şekil 1:



Tüm gruplardaki flep nekrozlarının şeffaf asetata kopyalanması

SS-122
Sıçanlarda iskemi reperfüzyon hasarına uğratılmış kas flebi modelinde apokinin'in flep nekrozunu engelleyici etkisi

Teoman Eraslan, Nesibe Sinem Çiloğlu, İhsan Türkmen, Hasan Büyükdoğan
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Doku rekonstrüksiyonu Plastik Cerrahi'nin önemli konularından biridir. Travma, tümör eksizyonu, konjenital anomaliler gibi durumlarda doku defektleri oluşur. Rekonstrüktif merdivene sadık kalarak bu defektlerin onarımı hem kozmetik hem de fonksiyonel olarak gereklidir. Kas flepleri rekonstrüktif merdivenin önemli bir basamağıdır. Uygulandıkları bölgeye sağladıkları kan akımı ve volüm sebebiyle uygun endikasyonlarda kullanılmaktadırlar. Plastik cerrahide flep sağ kalımı; hasta özellikleri, cerrahi teknik ve iskemi süresi ile doğrudan ilişkilidir. İskemi özellikle serbest doku aktarımlarında ileri derecede önem kazanmaktadır. Serbest doku aktarımları sonrasında iskemiden kaynaklanan yıkımın patofizyolojisinde reperfüzyon hasarı ve oluşan serbest radikallerin önemli

bir pay sahibi olduğu bilinmektedir. İskemi sonrası reperfüzyon hasarı iskemi tarafından indüklenir ancak reperfüzyon tarafından tetiklenen özel bazı süreçler ile ortaya çıkar. Reperfüzyon; mekanik, hücre dışı ve hücre içi süreçlere bağlı karmaşık bir hasar oluşturur. Bu nedenle Plastik Cerrahi' de reperfüzyon hasarını azaltmaya yönelik bir çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmamda Apokinin' in iskemi reperfüzyon hasarına uğramış fleplerde sağ kalıma etkisini araştırması planlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Ağırlıkları 200-350gr arasında değişen 24 adet Wistar Albino cinsi erkek sıçan kullanıldı. Sıçanlardan gastroknemius kas flebi kaldırılmasını takiben, popliteal arter klemplenerek 120 dakika süreyle iskemi uygulandı. Sıçanlar Apokinin+ DMSO grubu, DMSO grubu ve kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Sıçanlara 1 hafta boyunca günde 1 kere, kontrol grubuna intraperitoneal serum fizyolojik; apokinin+DMSO grubuna 0,015 ml DMSO solüsyonu ve 20 mg/kg apokinin; DMSO grubuna ve 0,015 ml DMSO içeren 0,3 ml solüsyon intraperitoneal uygulandı. Bir haftanın sonunda her sıçanın inferior vena cavasından 2 mililitre kan ve sağ gastroknemius kası alındı. Plazmada TNF-α ve IL-1β beta düzeyleri ölçüldü. Alınan biyopsiler Hematoksilen Eozin metodu ile boyanarak nekroz derecesi, dejenerasyon derecesi, lenfosit sayısı, anjiyogenez aktivitesi ve fibroblast aktivitesi ölçüldü.

Tartışma Ve Sonuç : Elde edilen verilere göre, Apokinin+ DMSO grubunda hem DMSO grubuna hem de kontrol grubuna oranla,TNF-α ve IL-1β beta düzeylerinde; hücresel nekroz derecesi ve lenfosit sayısında istatistiksel olarak anlamlı azalma, anjiyogenez aktivitesinde ve fibroblast aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Hücresel dejenerasyon derecesinde istatistiksel olarak anlamlı değişiklik tespit edilememiştir. Plastik cerrahide yüzyıllardır flepler kullanılmakla birlikte, flep temel fizyolojisine ait çözüm bekleyen birçok soru bulunmaktadır. Anatomi, fizyoloji ve cerrahi teknik üzerindeki çalışmalarla artan bilgi birikimine rağmen; flep nekrozu rekonstrüktif cerrahide önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Aksiyel paternli fleplerde oluşabilecek geçici hipoksi durumu, serbest oksijen radikalleri gibi reperfüzyon ürünlerinin oluşmasına neden olur.Kas dokusunda oksidatif stres esnasında ortaya çıkan serbest oksijen radikalleri; kas fibrillerinin kasılma ve organizasyonunun bozulmasına, dejenerasyonuna, nekrozuna; vasküler endotel hücre şişmesine ve mikrovasküler geçirgenliğin artmasına yol açarak, hücresel proteinlerin salınımı ve bu proteinlerin damar dışına kaçışına neden olmaktadır. Bu etkileri engellemek amacıyla antioksidan maddeler ile yapılan çalışmalarda iskelet kası iskemi reperfüzyon hasarı modeli çalışmalarında enfarkt alanı, süper oksit üretimi, mitokondrial ve metabolik disfonksiyon, histolojik hasar, myeloperoksidaz ve proinflamatuar sitokin seviyelerinde azalma olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre geçici pedikül basısına mazur kalmış kas fleplerinde ve iskemi süresi uzamış serbest fleplerde Apokinin'in kullanımının flep sağ kalımını artıracağı ve flep kaybını azaltabileceği düşünmekteyiz.

Gastroknemius kas flebi kaldırılması



Gastroknemius kasının sakrifiye edilmesi



Popliteal arter klemplenmesi



SS-123
Adipoz doku kaynaklı kök hücre ekilmiş biyoaktif cam ile kritik boyutta kemik defekti onarımı

Bülent Saçak[1], Furkan Certel[2], Zeynep D Akdeniz[1], Betül Karademir[3], Feriha Ercan[4], Naziye Öz[4], İhsan N Akpınar[5], Özhan Çelebiler[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı
[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

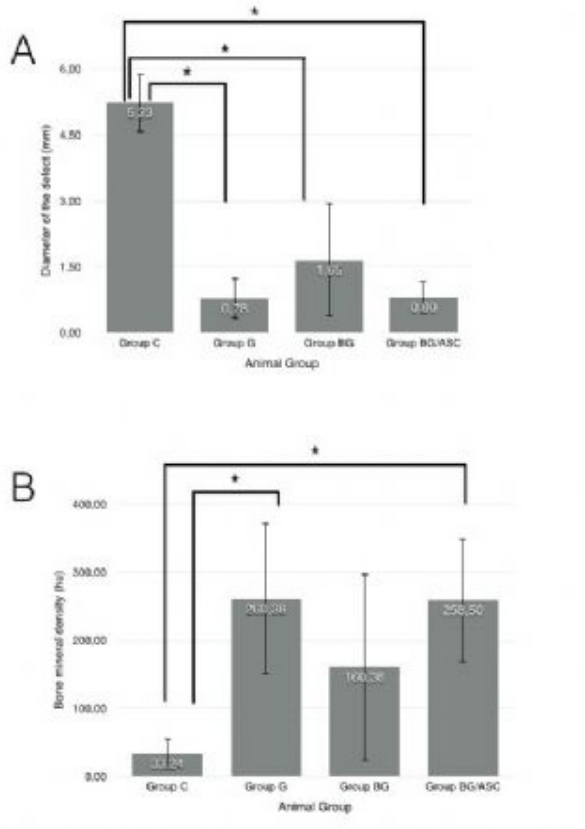
Giriş: Biyoaktif cam, kemik defektlerin onarılmasında kullanılan etkisi gösterilmiş biyo-uyumlu bir sentetik materyaldir. Ancak materyalin geç rezorpsiyonuna bağlı olarak kemik iyileşmesi uzayabilir. Adipoz doku kaynaklı kök hücrelerin (ADKH) osteojenik potansiyeli olup kemik hücrelerine dönüşebildiği bilinmektedir. Bu çalışmada amaç ADKH ekilmiş biyoaktif camın kemik rejenerasyonunu arttırıp arttırmayacağını test etmektir.

Metod: 32 Wistar sıçanda kalvaryal kritik defekt oluşturulduktan sonra hayvanlar rastgele dört gruba ayrıldı: Grup C (kontrol): Defekte herhangi bir uygulama yapılmadı; Grup G: Defekt otolog kemik grefti ile onarıldı; Grup BG: Defekt biyoaktif cam ile dolduruldu; Grup BG/ADKH: Defekt, ADKH ekilmiş biyoaktif cam ile dolduruldu. Kemik iyileşmesi histolojik skorlama ve radyolojik olarak defekt boyutu ve kemik yoğunluğu ölçülerek karşılaştırıldı.

Bulgular: Defekt C Grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede büyüktü. Kemik yoğunluğu C Grubunda, G ve BG/ADKH gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede düşüktü. Kemik rejenerasyon skoru C grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktü. BG/ADKH grubunda lameller kemik ve havers kanal oluşumu gözlendi.

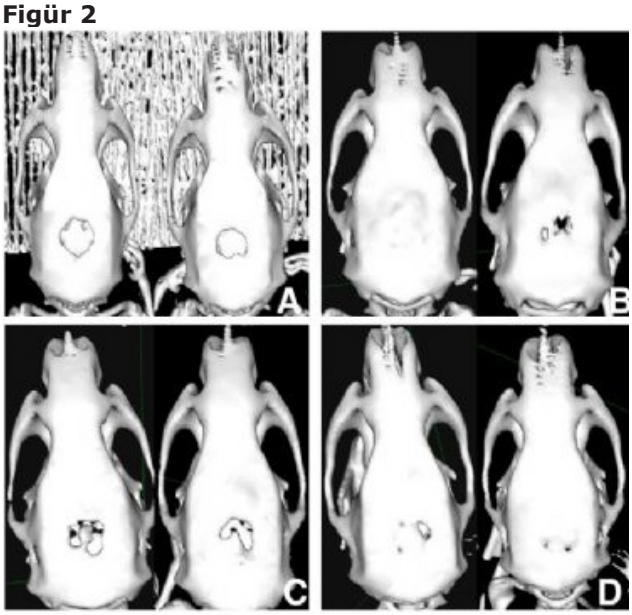
Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, ADKH ekilmiş biyoaktif camın biyo-uyumlu bir iskelet olduğunu, radyolojik ve histolojik olarak kemik rejenerasyonun otolog kemik greftine benzediğini göstermektedir.

Defekt büyüklüğü ve Kemik Yoğunluğu



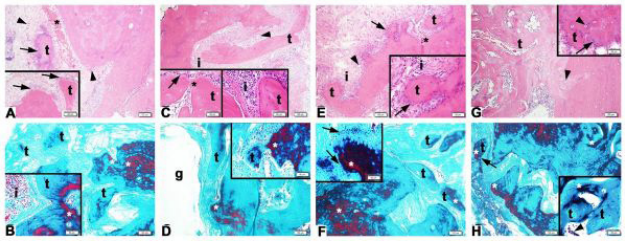
*A: Kemik defektlerinin büyüklüğünün karşılaştırılması B: Kemik yoğunluklarının karşılaştırılması. Anlamlı farklar * ile işaretledir*

Figür 2



Postop 12. haftada kraniyal defektlerin görünümü (A) Grup C; (B) Grup G; (C) Grup BG; (D) Grup BG/ADKH

Figür 3



*Her grup için temsili histolopatolojik görüntüler. Grup C (A,B), Grup G (C,D), Grup BG (E,F), Grup BG/ADKH (G,H). Yeni trabeküler kemik oluşumu (t), osteoblastik aktivite (ok), konjesyon (siyah *), yeni damar oluşumu (ok başı), enflamasyon (i), kalsifikasyon (beyaz *). A,C,E ve G H&E boyası; B,D,F ve H GOST boyası*

SS-124
Sıçan kapalı femur kırık modelinde, kırığa eşlik eden damarsal hasarın akut ve subakut dönemlerdeki histopatolojik ve radyolojik analizi

Karaca Başaran[1], Funda Aköz Saydam[1], Özgür Pilancı[1], Salih Onur Basat[1], Mehmet Sağır[2], Esra Bilgi[3], Mehmet Sar[4], Halil İbrahim Balcı[5]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği İstanbul
[2]Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği İstanbul
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü İstanbul
[4]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü İstanbul
[5]İstanbul Ünv. İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD İstanbul

Giris: Literatürde, birçok travmatik etkinin vasküler yapılar üzerindeki etkisini inceleyen calişmalar olsa da, kapalı kırıklara eşlik eden vasküler hasarlar irdelenmemistir. Deneysel sıçan kapalı femur kırık modelindeki bu çalismada, travma sonrası damarlarda, akut ve subakut donemlerde gelişen değişiklikleri, histolopatolojik ve radyolojik olarak dökümante etmeyi hedefledik.

Materyal metodlar: 16 adet Sprague-Dowley tipi sıcan sol femur kemiginde, 100 cm yükseklikten bırakılan cekicli giyotin düzeneği yardımıyla kırık oluşturuldu. İlk gruptaki 8 sıçan, 3. gün; ikinci gruptaki 8 sıçan ise 21. gün tekrar anestetize edildi ve travmatik olan sol inguinal arter ve venler için Dopper USG ile ölçümler alındı. Kontrol grubu olarak ise sağ taraf sağlam taraf vasküler kullanıldı. Histolojik değerlendirme amacıyla, inguinal ligamandan, popliteal bölgeye kadarki arter ve ven proksimal ve distalleri 10-0 naylon ile işaretlenerek eksize edildi.

Sonuçlar: Her iki grupta yapılan sağma testinde, tüm arter ve venler patent bulundu. Arter Grup 1 (3. gün) akım değerleri ortalama 20.53±9.31 cm/s iken Arter Grup 2 (21. gün) değerleri (14.49±5.79 cm/s) saptandı (p: 0.142). Grup 1 de hasarlı arter uzunluğu ortalamaları 9±2.39mm, Grup 2 de ise, 6.75 ±2.61mm bulunmuştur (p:0.093). Ven Grup 1 akım degerleri ortalama 5.59±1.01 iken Ven Grup 2 degerleri 6.86±3.21 olarak saptandı (p: 0.301). Grup 1 hasarlı ven uzunluğu, 7.75±2.92 mm, Grup 2 hasarlı ven uzunluğu ise 6.5±2.07 mm bulundu (p=0.34). Histolojik olarak, Grup 1 arterial endotel hasarı dağılımı, Grup 2'den anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.006). Grup 2 arterial endotelizasyon dağılımı grup 1 den anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.006). Ven örneklerinde ise grup 1 ve grup 2 arasında hiç bir parametre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p<0.05).

Tartısma: Kapalı kırık travması sonrası oluşumuş olan damarlardaki hasar, her ne kadar parametre bazında bazı anlamlı farklılıklar gösterse de, toplamda 3. gün ve 21. günler arasında, radyolojik, histolojik parametreler ve hasarlı damar uzunluğu açısından anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Bu nedenle acil şartlarda ciddi kırıkla başvuran ve beraber damar lezyonları olup, elektif rekonstrüktif mikrocerrahi onarım gerektiren durumlarda, 3. haftaya kadar bir dezavantaj yaratmadan beklenebilecegi düşünülebilir. Buna karşın mikro düzeyde gözlemlenen bazı farklılıkların; kemik iyileşmesi, doku rejenerasyonu ve ekstremite kanlanması gibi parametreleri nasıl etkilediğini anlamak için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-125
Periferik sinir defekti onarımı için halka şeklinde sinir grefti prefabrikasyonu

Sinan Öksüz[1], Fikret Eren[2], Ceyhun Cesur[2], Merve Açıkel Elmas[3], Mustafa Tansel Kendirli[4], Serap Şirvancı[5]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[3]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Bilim Dalı, İstanbul
[4]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Nöroloji Servisi, İstanbul
[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Geniş yumuşak doku hasarı bulunan ağır yaralanmalarda erken dönemde periferik sinir onarımı yapılamayabilir ve sinir defektlerinin onarımı geciktirilir. Geç dönemde yapılan otolog sinir grefti onarımı veya uzamış onarım zamanı, sinir greftlerini ve aksonal rejenerasyonu olumsuz etkiler. Bu çalışmada, gecikmiş sinir onarımı endikasyonu olan doku kayıplarında, erken dönem (immediate) sinir grefti onarımı yapılmasına imkan verecek ve aksonal rejenerasyon süresindeki gecikmeyi engelleyecek bir yöntem olarak, uç uca ve uç yan koaptasyonlarla hazırlanan halka şeklindeki sinir grefti uygulamasının sinir iyileşmesi üzerine olan etkisi araştırılmıştır.

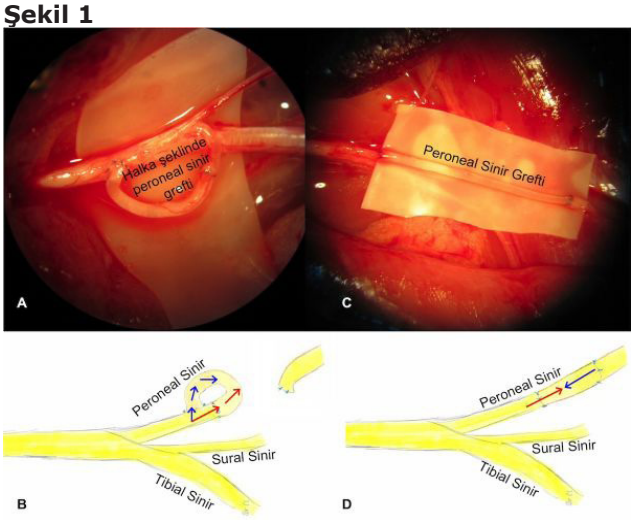
Gereç-Yöntem: Yirmi dört sıçan üç eşit gruba ayrıldı. Sıçanların peroneal sinirlerinden 1,5 cm uzunluğunda bir segment eksize edildi. Bu segment ters çevrilerek otolog sinir grefti olarak kullanıldı. Konvansiyonel interpozisyonel sinir grefti grubunda (grup 1) sinir defektleri tek seansta otolog sinir greftleri kullanılarak onarıldı. Halka sinir grefti prefabrikasyonu grubunda (grup 2) ilk seansta otolog sinir grefti peroneal sinirin proksimal güdüğüne uç uca sütüre edildi. Sinir greftinin distal ucu ise peroneal sinir güdüğünün uç uca onarım bölgesinin 5 mm proksimaline, uç yan sütüre edildi (Şekil 1). İkinci seansta halka şeklinde prefabrike edilen sinir greftlerinin distal uçları uç yan koaptasyon noktasından ayrılarak peroneal sinirin distal güdüğüne sütüre edildi. Aşamalı konvansiyonel interpozisyonel sinir grefti grubunda (grup 3), ilk seansta

sinir greftleri peroneal sinirin proksimal güdüğüne uç uca sütüre edildi. Sinir greftlerinin distal uçları ve peroneal sinirin distal güdüğü ise ikinci seansta yapılacak nihai onarıma kadar, onarım yapılmadan kas dokularına tespit edildi. Grup 2 ve grup 3'te her bir seans için takip süresi 4 haftaydı. Toplam 8 haftalık sürenin sonunda tüm gruplarda peroneal fonksiyon indeksi (PFI), elektromiyografi ve histoloji değerlendirmeleri yapıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: PFI sonuçları açısından Grup 1 (-22,75 ± 5,76) ve grup 2 (-22,08 ± 6) arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Grup 3 (-33,64 ± 6,4) ve diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Grup 1 (16,19 ± 2,15 mV / 1,16 ± 0,21 ms) ve grup 2'nin (15,95 ± 2,82 mV / 1,17 ± 0,16 ms) elektromiyografi sonuçları arasında istatistiksel bir fark saptanmazken ($p>0,05$), group 3 (10,44 ± 1,96 mV / 1,51 ± 0,15 ms) ile grup 1 ve 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Akson sayıları açısından grup 1 (2227 ± 260,4) ve grup 3 (2194 ± 201,1) arasında istatistiksel bir fark saptanmazken ($p>0,05$), her iki grubun grup 2 (2531 ± 91,18) ile kıyaslandığında belirgin biçimde daha az aksona sahip olduğu görüldü ($p<0,05$).

Sonuç: Halka şeklinde prefabrike edilen sinir grefti, gecikmiş onarım endikasyonu olan sinir yaralanmalarında gecikmeyi önleyerek uzamış rejenerasyon süresini kısaltabilir, aksonal rejenerasyonu iyileştirebilir. Diğer gruplara kıyasla halka sinir greftinde saptanan daha yüksek akson sayısı bu onarım yönteminin erken sinir onarımlarında da kullanılabileceğini işaret etmektedir. Elde edilen bulgular daha büyük hayvan çalışmalarının planlanması için destekleyici niteliktedir.

Şekil 1



Uç uca ve uç yan koaptasyon ile halka şeklinde sinir prefabrikasyonunun ilk seansı (A). Halka şeklinde sinir prefabrikasyonunun ilk seansı, şematik gösterim. Mavi oklar sinir greftinin distal ucuna doğru ilerleyen uç yan aksonal tomurcuklanmayı göstermektedir. Kırmızı oklar sinir greftinin proksimal ucuna doğru ilerleyen uç uca aksonal tomurcuklanmayı temsil etmektedir (B). İkinci seansta uç yan koaptasyon ayrılır ve sinir greftinin distal ucu distal sinir güdüğüne sütüre edilir (C). Halka şeklinde sinir grefti prefabrikasyonunun şematik olarak gösterilmesi, ikinci seans. Kırmızı oklar aksonal rejenerasyonunun doğal yönünü göstermektedir. Mavi oklar uç uca koaptasyon noktasından ilerleyerek sinir greftinin distal ucunu taze tutan aksonal tomurcuklanmayı göstermektedir. Sinir greftinin distal ucunda oluşan ters yönlü aksonal tomurcuklanma sinir greftlerinin onarım için ters çevrilmesi ile uyumludur (D).

SS-126
Ön ve Ard Koşullamanın Birlikte Farklı Kombinasyonlarda Uygulanmasının Flep Sağkalımındaki Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Kemalettin Yıldız[1], Neslihan Taşlı[2], Arzu Akçal[3], Nebil Yeşiloğlu[4], Abdurrahim Kocaaslan[5], Fikrettin Şahin[2], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Yeditepe Üniversitesi, Genetik ve Biyomühendislik AD
[3]Akdeniz Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[4]Lütfi Kırdar Kartal EAH, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[5]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya AD

Amaç: Rekonstrüktif cerrahide flep sağkalım oranları artan mikrocerrahi teknik ve tecrübe ile birlikte yükselmiştir. Geniş boyutlu doku aktarımları, allotransplantasyonlar ve çoklu perforatör veya pediküllü fleplerin klinik uygulamaları da artmaktadır. Bununla birlikte tam veya kısmi flep kaybı halen devam eden klinik sorunlardan biridir. Bu çalışmada ön ve ard koşullamanin birlikte farklı kombinasyonda kullanımı ve bunun flep sağkalımı üzerindeki etkisi araştırılacaktır.

Gereç-Yöntem: Ağırlıkları 250-300gr arasındaki 24 adet erkek Sprague Dawley sıçan kullanıldı. Çalışmada sağ önkoşullama + sağ ard koşullama (grup 1,n:8), sol önkoşullama + sağ ard koşullama (grup 2, n:8) ve kontrol grubu (grup 3, n:8) bulunacaktır. Tüm gruplara, klinikte serbest flep aktarımında ve/veya doku naklini taklit etmesi amacıyla 4 saat global iskemi uygulandı. Bilateral inferior epigastrik arter pedikulu üzerinden karin bölgesinde 6x6 cm lik flepler kaldırıldı. Önkoşullama işlemi seçilen pediküllere (sağ/sol) 10 dakika klempleme-10 dakika reperfüzyon olacak şekilde 20 dakikalık 3 tane siklus olarak 1 saatte uygulandı. Sonrasında sol pedikül bağlandı ve flepler sağ pedikül ile perfüze olması sağlandı. Global flep iskemisi 4 saat olarak flepte kalan tek pedikül (sağ) üzerinde klemp uygulanarak gerçekleştirildi. Ard koşullama işlemi, sağ pediküle 15sn klempleme 15sn reperfüzyon şeklinde 6 siklus ile toplam 3dk boyunca uygulandı. Kontrol grubunda, flep bipedikül üzerinde kaldırılıp 1 saat süreyle perfüze edilecek, sonrasında sol pedikül bağlandı. Global iskemi, çalışma gruplarındaki gibi sağ pediküle 4 saat süreyle klemp uygulanarak gerçekleştirildi. Cerrahi öncesi-sonrası, ve 7 gün sonra lazer doppler flowmetre ile kan akımı ve yüzey alanı ölçümleri yapıldı. 7. gün alınan biopsi örnekleri ile inflamasyon, apoptozis ve angiogenezis (CD31), kan örnekleri ile DNA hasarı ve oksidatif stres işaretlerine bakıldı. İstatistiksel değerlendirmede tek yönlü ANOVA varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma yöntemleri kullanılacaktır.

Bulgular: Yüzde nekroz değerlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). En az yüzde nekroz sol ön koşullama + sağ ard koşullama grubundaydı. Çalışmamızda 3 grup arasında kanda bakılan DNA hasarı parametresinde anlamlı fark mevcuttu. DNA hasarı açısından grup 1&2 arasında($p:0.011$) ve grup 1&3($p:0.001$) arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bununla birlikte Grup 2&3 arasında anlamlı fark($p:0.031$) saptanmamıştır. Buna göre DNA hasarının en fazla grup 1'de olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir. Doku perfüzyonu, kan oksidatif stres parametrelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p >0.05$). Doku düzeyinde inflamasyon, angiogenezis

ve apoptozis parametrelerinin karşılaştırılmasında ise anlamlı düzeyde fark saptandı (p>0,05).

Sonuç: Ön ve ard koşullamanın flep sağkalımına olumlu etkileri bildirilmiştir. Klinik uygulamada serbest doku aktarımlarında, çoklu pedikül/perforatör içeren fleplerde flep sağkalımını pediküle ve flep dokusuna zarar vermeden arttırmak için ön ve ard koşullamanın birlikte uygulanabilinen kombinasyonu gösterdik. Buna göre bipediküllü flepte son olarak salim bırakılan pediküle göre en uygun kombinasyonun kontralateral ön koşullama + ipsilateral ard koşullama olduğu gözükmektedir.

SS-127
Myokutanöz Fleplerde Etanercept Tedavisiyle İskemi-Reperfüzyon Hasarının Önlenmesi: Sıçan TRAM Flep Modelinde Deneysel Bir Çalışma

Burak Ersoy[1], Tayfun Aköz[1], Özge Çevik[2], Özlem Tuğçe Çilingir[3]
[1]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Istanbul
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Biokimya AD, Sivas
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji AD, İstanbul

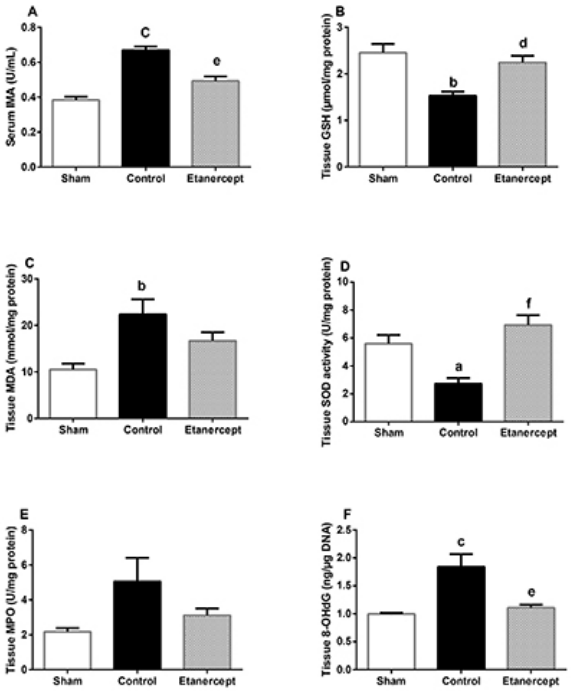
Giriş: Serbest doku naklinin kaçınılmaz bir bileşeni olan iskemi reperfüzyon hasarının zaman zaman karşılaşılan flep kayıplarında rol oynadığı düşünülmektedir. Primer olarak makrofajlar tarafından ortama salınan TNF-α, önemli bir pro-enflamatuvar sitokin ve İ/R hasarının önde gelen mediyatörlerinden bir tanesi olarak kabul edilmektedir. İ/R hasarı gelişimi sırasında TNF-α sunumundaki artış, apoptoz ve nötrofillere bağımlı enflamasyon hasarının tetiklenmesi sonucunda hücre hasarı gelişimiyle sonuçlanır. Çözünür yapıda TNF-α bağlayıcı bir protein olan etanercept kullanılarak yapılmış olan yakın tarihli hayvan modeli çalışmalarında, böbrek ve myokard dokusunda gelişen iskemi reperfüzyon hasarına karşı etanercept tedavisinin anti-enflamatuvar ve anti-apoptotik etkiler gösterdiği ortaya konulmuştur. Bu deneysel çalışmada, etanerceptin myokutanöz iskemi-reperfüzyon hasarı üzerindeki etkilerinin sıçanda transvers rektus abdominis myokutanöz flep modeli üzerinde incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: Toplam otuz adet Sprague-Dawley sıçan üç gruba ayrıldı: 1. Grupta (Sham) TRAM flebi eleve edildikten sonra herhangi bir ek işlem yapılmaksızın tekrar sütüre edildi. 2. Grupta (Kontrol), TRAM flebinin elevasyonunu takiben iskemi-reperfüzyon protokolü uygulandı. 3. Grupta iskemi-reperfüzyon protokolüne ek olarak reperfüzyondan 10 dakika önce etanercept (10 mg/kg, iv.) tedavisi uygulandı. Reperfüzyon periyodunun bitiminde serum ve doku örnekleri üzerinde biyokimyasal ve histopatolojik incelemeler gerçekleştirildi.

Bulgular: Kontrol grubuyla kıyaslandığında, etanercept grubunda IMA ve 8-OHdG düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu (P=0.005 ve P=0.004), GSH ve SOD düzeylerinin ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi (P=0.01 ve P<0.001). MDA ve MPO düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi. Örneklerin histopatolojik incelemesi sonucunda sham grubunda normal kas dokusu izlenirken kontrol grubunda kas liflerinde belirgin dejenerasyon gözlemlendi. Kontrol grubuna kıyasla etanercept grubunda daha düşük oranda hyalinizasyon ve nükleer değişim izlendi.

Sonuç: Gerçekleştirilen bu deneysel çalışmada elde edilen sonuçlar etanercept tedavisinin çizgili kas hücrelerine İ/R hasarına karşı koruma sağladığını ve TRAM flebinin canlılığına olumlu katkıda bulunduğunu göstermektedir. Etanerceptin iskemik toleransı arttırmaya yönelik bu özelliği, sözkonusu ajanın serbest flep ameliyatlarında kullanıma uygun bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Resim 1



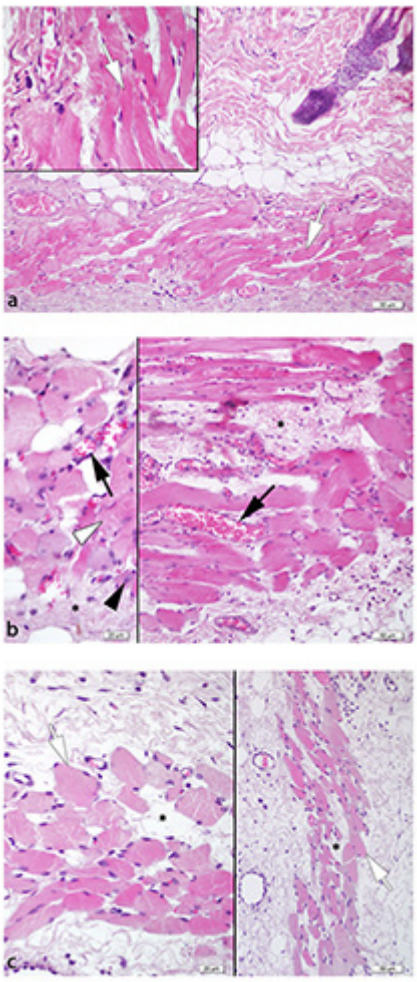
(A-F) Sırasıyla sham, kontrol ve etanercept gruplarında iskemi modifiye albumin (IMA), glutatiyon (GSH), malondialdehid (MDA), süperoksit dismutaz (SOD), miyeloperoksidaz (MPO), 8-hidroksideoksiguanozin (8-OHdG) düzeyleri. Değerler her biri sekiz sıçandan oluşan gruplar için ortalama ± SS olarak belirtilmiştir. (a, P<0.05; b, P<0.01; c, P<0.001 (sham grubuna kıyasla); d, P<0.05; e, P<0.01; f, P<0.001 (kontrol grubuna kıyasla))

Gruplara göre biyokimyasal verilerin dağılımı

	IMA düzeyleri (ortalama ± SS)	GSH düzeyleri (ortalama ± SS)	SOD düzeyleri (ortalama ± SS)	MDA düzeyleri (ortalama ± SS)	MPO düzeyleri (ortalama ± SS)	8-OHdG düzeyleri (ortalama ± SS)
Grup 1 (Sham)	0.40 ± 0.07	2.45 ± 0.47	5.60 ± 1.53	10.52 ± 3.11	2.17 ± 0.53	0.99 ± 0.07
Grup 2 (Kontrol)	0.64 ± 0.04	1.53 ± 0.21	2.73 ± 1.00	22.39 ± 7.76	5.05 ± 3.32	1.81 ± 0.60
Grup 3 (Etanercept)	0.48 ± 0.10	2.24 ± 0.36	6.93 ± 1.72	16.68 ± 4.49	3.12 ± 0.97	1.11 ± 0.18
Anlamlılık (p)	< 0.001	0.001	< 0.001	0.007	0.149	<0.001

IMA, iskemi modifiye albümin; GSH, glutatiyon; SOD, süperoksit dismutaz; MDA, malondialdehid; MPO, myeloperoksidaz; 8-OHdG, 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin

Resim 2



H-E boyaması yapılan kas tabakalarına ait mikroskopik kesitler. (A) sham grubu; (B) kontrol grubu; (C) etanercept grubu. (Siyah ok: damar; beyaz ok: düzenli yapılanma sergileyen kas dokusu; beyaz ok ucu: dejenere kas lifleri; siyah ok ucu: merkeze migrasyon gösteren kas hücresi çekirdeği; yıldız: bağ dokusu)

SS-128
Farklı Cerrahi Flep Geciktirme Yöntemlerinin Flep Sağ Kalımına Etkilerinin Karşılaştırılması

Kemalettin Yıldız[1], Osman Kelahmetoğlu[1], Ülkan Kılıç[2], Nebil Yeşiloğlu[3], Ömer Sağır[4], Ethem Güneren[1]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Medipol Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji AD
[3]Lütfi Kırdar Kartal EAH, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[4]Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Rekonstrüktif cerrahide pediküllü ve random paternli fleplerin sağkalım oranlarını arttırmaya yönelik pekçok çalışma yapılmaktadır. Kısmi flep kaybımı önlemek veya daha geniş boyutlu flep hazırlamak gerektiği durumlarında cerrahi yöntemle flep geciktirme uygulamasının etkili olduğu gösterilmiştir.. Fakat literatürde altın standart bir flep geciktirme yöntemi mevcut değildir. Çalışmamızda uygun yöntemi tespit etmek için ratlar üzerinde farklı cerrahi flep geciktirme yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada her grupta 8 adet olmak üzere toplam 32 adet Sprague-Dawley cinsi 280-370gr ağırlığında erkek sıçanlar kullanıldı. Sıçanlar dört gruba n=8 olarak ayrıldı. Tüm deneklerde 10 x 3 cm boyutlarında kaudal tabanlı McFarlane flebi model olarak kullanıldı. 1. grupta sıçan sırtında 10 cm lik birbirine paralel 2 longitidunal insizyon yapılarak bipediküllü flep haline getirmek suretiyle geciktirme uygulandı. 2. grupta sıçan sırtına 1. gruptaki insizyonları takiben bipediküllü flep zeminden de kaldırıldı ve flep altına silikon tabaka yerleştirildi. 3. grupta sıçan dorsumunda kaudal bazlı 10×3 cm boyutlarında McFarlane flebine uygun insizyonlar yapıldı, fakat flep zeminden kaldırılmadı. 4. grupta (kontrol) 10x3 cm boyutlarında kaudal bazlı McFarlane flebi kaldırıldı ve yeniden yerine adapte edildi. İlk 3 grupta (çalışma grupları) uygulanan geciktirme yöntemini takiben 1 hafta sonra tarif edilen kaudal bazlı McFarlane flepleri kaldırıldı. Fleplerin kaldırılmasından 7 gün sonra yüzey alan ölçümleri, 2 farklı bölgeden biyopsi alınması gerçekleştirildi. Flep geciktirme işlemi sonrası, flep kaldırılması ve biyopsiler alınmadan önce lazer doppler flowmetre ile doku perfüzyonu değerlendirildi. Alınan biyopsilerden angiogenezi inflamasyon, apoptozis belirteçleri tetkik edildi. İstatistiksel değerlendirmede tek yönlü ANOVA varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: Yüzde nekroz miktarı verilerinin karşılaştırılmasında kontrol grubu (4. Grup) ile 1. Grup (p=0,006), kontrol grubu ile 2. Grup arasında (p=0,002) anlamlı fark saptandı. Kontrol grubu ile 3. Grup (flep kaldırılmadan sadece 3 kenarına insizyon

uygulanması) arasında ise anlamlı fark mevcut değildi. Doku perfüzyon verileri karşılaştırıldığında ise çalışma grupları arasında fark bulunmaz iken kontrol grubu ile tüm çalışma grupları arasında anlamlı fark tespit edildi. Doku düzeyinde ik farklı bölgedeki apoptozisin değerlendirilmesinde elde edilen TUNEL verilerine göre kontrol grubu ile 3. Grup arasında anlamlı fark saptandı (p=0,003 ve p=0,004).

Sonuç: Cerrahi flep geciktirme yöntemleri arasındaki fark, oluşturdukları iskemi derecesi ve buna bağlı gelişen tolerans ile ilişkili olduğundan flep sağkalımı açısından önem arz etmektedir.

SS-129
Random paternli McFarlane flebinde plateletten zengin plazma ile transkütanöz elektriksel stimulasyon yöntemlerinin ve additif etkilerinin kontrollü deneysel karşılaştırılması

Yasin Öztürk[1], Yüksel Kankaya[1], Kadri Özer[2], Oğuz Atan[1], Uğur Koçer[1], Gökhan Koca[3], Serap Gözel[4], Meliha Korkmaz[3], Semra Hücümenoğlu[4]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği
[4]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Amaç: Random paternli cilt flepleri plastik cerrahinin her alanında yüzyıllardan beri sıklıkla kullanılmaktadır. Cilt fleplerinin yaşayabilirliği mekanizmaları üzerine olan araştırmalar son 50 yılda yapılmış olmasına rağmen halen çok az ilerleme göstermiştir.Bilindiği üzere flep cerrahisindeki en önemli komplikasyonlardan biri flepin geçirdiği iskemi durumudur ki sıklıkla nekroz ile sonuçlanmaktadır.Nekroz olasılığını azaltmak, nekrozu önlemek ve iskemik durumları minimalize etmek için birçok ilaç, yöntem veya durumlar tanımlanmış olmasına rağmen, daha az invazif ve daha az komplike yöntemlere olan ilgi her geçen gün daha da artmaktadır.Çalışmamızın amacı, bu iskemik durumu ve nekroz ihtimalini azaltacağı düşünülen transkütanöz elektriksel stimulasyon(TES) yöntemini, 2009'dan sonra plastik cerrahide popülarite kazanan büyüme faktörlerinden zengin plateletten zengin plazmayı(PZP) ve bunların additif etkilerini, elektriksel stimülasyonunun platelet aktivasyonunda hem in vitro, hem de in vivo uygulanmasını sağlayarak bunların in vivo etkilerini kontrollü bir çalışmada flep yaşayabilirliğine olan etkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 52 adet 120 günlük ortalama ağırlığı 200-250 g olan Sprague-Dawley tipi sıçanlar dahil edilmiştir.Randomize olarak her grupta 7 sıçan olacak şekilde 6 grup oluşturulmuştur.Geriye kalan 10 sıçan ise PZP hazırlanmasında kullanılmak üzere sakrifiye edilmiştir, bu deneklerin her birinden ortalama 6-8 ml tam kan intrakardiyak olarak elde edilmiştir. 42 sıçanın sırtlarında, anestezi altında tıraşlama yapıldıktan sonra kaudal bazlı olacak şekilde dorsal random paternli 9x3 cm boyutlarında McFarlane flebi kaldırılmıştır. Flepler, deneklerin sırtlarında, sınırlarını skapula alt kenarları ve pelvis superior kemiklerinin oluşturduğu superfisyal fasya, panniculus carnosus, sübkütan doku ve cildin oluşturduğu yapılar şeklinde planlanmıştır.Flep elevasyonundan sonra aynı boyutlardaki bir plastik bariyer yerleştirilerek flepin zeminden beslenmesi engellenmiştir.Sonrasında flepler 4-0 naylon dikişlerle tekrar yerine adapte edilmiştir. Bu operasyondan sonra, gruplar şu şekilde planlanmıştır:
ώ Sham grubu:Herhangi bir işlem yapılmamıştır.
ώ Kontrol grubu:Flep, 3x9 cm.lik bölgesi dokuz bölgeye ayrılmış, postoperatif 0.günde her bölgeye 0.05 ml fizyolojik salin solusyonu enjekte edilmiş, 0.1.2. günlerde 1 saat boyunca TES elektrotları bağlanarak herhangi bir akım verilmemiştir.
ώ G1 grubu(Sadece PZP grubu):Flep, 3x9 cm.lik bölgesi dokuz bölgeye ayrılarak postoperatif 0.günde her bölgeye 0.05 ml PZP solüsyonu enjekte edilmiştir.PZP aktivasyonu için kalsiyum eklenmiş ve enjeksiyonlar aktivasyon sağlanarak yapılmıştır.
ώ G2 grubu(Sadece TES grubu):Flep bazal bölgesine ve distal kısmına gelecek şekilde iki elektrot yerleştirilerek yüksek yoğunlukta(15mA) ve yüksek frekansta(80 Hz) 1 saat boyunca TES verilmiştir.Bu uyarım 0.1.2. günlerde aynı şekilde tekrarlanmıştır.
ώ G3 grubu: Flep, 3x9 cm.lik bölgesi dokuz bölgeye ayrılarak postoperatif 0.günde her bölgeye 0.05 ml PZP solüsyonu (aktivasyon için kalsiyum eklenmeksizin) enjekte edilmiştir. Enjeksiyon ile birlikte flep bazal ve distal bölgesine iki elektrot yerleştirilerek yüksek yoğunlukta(15mA) ve yüksek frekansta(80 Hz) 1 saat boyunca TES verilmiştir (Fig.1). Bu uyarım 0.1.2. günlerde aynı şekilde tekrarlanmıştır.
ώ G4 grubu:Hazırlanan PZP solüsyonuna (aktivasyon için kalsiyum eklenmeksizin) eksternal olarak TES yerleştirilerek (Fig.2) yüksek yoğunlukta(15mA) ve yüksek frekansta(80 Hz) 1 saat boyunca uyarım verilmiştir. Sonrasında bu şekilde hazırlanan PZP solüsyonu 3x9 cm.lik flep bölgesi dokuz bölgeye ayrılarak postoperatif 0.günde her bölgeye 0.05 ml olacak şekilde enjekte edilmiştir.
ώ PZP hazırlanması:10 adet sıçanın intrakardiyak olarak tüm kanı alınarak (ort. 8-10 ml/sıçan) 0.6 ml asit sitrat dekstroz içeren 6 ml.lik tüplere konularak (Asit sitrat dekstroz/tam kan oranı 1/9 olacak şekilde) 3000 devirde 5 dk santrifüj edilip buffy coat bölgesi alınarak tekrar 3000 devirde 5 dk santrifüjleme yapılıp PZP eldesi sağlanmıştır.
Tüm sıçanlar postoperatif 7.günde dijital fotoğraflama yapıldıktan sonra sintigrafik inceleme yapılıp sakrifiye edilmiştir.

• Topografik inceleme için ise postoperatif 7.günde 30 cm uzaklıktan dijital fotoğraflama yapılmıştır. Flepin renk değişikliği (diskolorizasyon) ve kuru eskar oluşumu, nekroz kriteri olarak kabul edilerek nekroz-viabil doku hattı çizilmiş ve Digimizer® imaj programı yardımı ile oranlamalar yapılmıştır.
• Sintigrafik inceleme postoperatif 7.günde sütüre edilen fleplerin dikişleri alınıp flep altına kurşun bir tabaka yerleştirilip sadece flep vjiabilitesini değerlendirmek için sıçan kuyruk venine 1mCi (37 MBq) teknesyum-99m perteknetat 0.1 ml izotonik salin solusyonu içinde enjekte edilmiştir. Gama kamera yardımı ile kolimatör ile enjeksiyondan 5 dakika sonra, 5 dakika boyunca görüntü alınmış, vizualizasyon tamamlandıktan sonra hiperemik bulunan bölgenin pikselleri ile total flep alanı pikselleri oranlanarak yaşayan flep alanı bulunmuştur.
• Histopatolojik inceleme postoperatif 7. günde dijital fotograflama ve radyonuklid görüntülemeleri ile nekrotik alan hesaplamalarından sonra, tüm flepler bazal seviyelerinden total olarak ayrılarak %10 formalin içine konulmuş, inceleme için, parafine gömmeden sonra üç bölgeden örnekler alınmıştır.Flep bazalinden 2 ve 4 cm uzaklıklarda ve flep demarkasyon hattı bölgesinden olacak şekilde horizontal midline seviyeden alınmıştır.Hematoksilen-Eozin boyama sonrasında, neovaskülarizasyon miktarı ve doğası tespit edilerek, papiller dermal tabakada bulunan vasküler yapıların sayısı hesaplanmıştır(Fig.3).

Sonuç Ve Tartışma: Literatürdeki çok sayıdaki çalışma anjioyogenezi indükleyerek fleplerin iskemi sonrasında

yaşayabilir alanlarının iyileştirilebileceğini göstermiştir. Plateletten zengin plazmanın flep yaşayabilirliğine etkisi 2012 yılında çalışmacıların flepi eleve edip sonrasında yaptıkları tek doz PZP enjeksiyonu ile raporlanmıştır. Yazarlar, PZP enjeksiyonunun kapiller proliferasyon ve choke damar dilatasyonu sağlayarak neovaskülarizasyon yolu ile bir flebin yaşayabilirlik alanını arttırdığını belirtmiştir. Bilindiği üzere anjiyozom konseptine göre, choke damar genişlemesi ve mevcut damarların proliferasyonu, pedikülün farklı anatomik yolaklarına sebebi ile flep yaşayabilirliğinde önemli bir yer tutmaktadır.PZP, kollaterallerin farklı fonksiyonel proliferasyonu ile sonuçlanan arteriyojenik etkiler yaratmaktadır.Çalışmamızda, daha önceki flep çalışmalarında olduğu gibi abzorpsiyonu arttırmak için PZP enjekte edilmiştir. Klinik pratikte cerrahların sık olarak kullandığı şekilde aktive plateletler haline getirilmiştir. Transkütanöz elektriksel uyarımı ise son yıllarda artan oranlarda yara iyileşmesinde kullanılmaya başlanmıştır.2013 yılında, Asadi ve ark, elektriksel uyarımın anjiyojenik faktörlerin serbestlenmesi ve inflamasyon fazının süresini azaltma üzerinde etkileri olduğunu raporlamıştır.2014 yılının sonlarında, Torres ve ark, platelet aktivasyonunda, elektriksel akımın klasik aktivasyon olan sığır trombini ve kalsiyum kloridden büyüme faktörlerini serbestlemede benzer veya daha etkin olduğunu raporlamıştır. Fakat bu çalışma, in vitro yapılmış ve sadece büyüme faktörleri açısından kantitatif değerlendirme yapılmıştır. Çalışmamız sonucunda, flep yaşayabilirliğindeki etkisi incelendiğinde damar sayımları en yüksek olarak G3 grubu olan PZP sonrasında endojen elektrik olarak bulunmuş olup bunu sırasıyla G2 grubu(sadece elektriksel uyarım), G1 grubu(sadece PZP), G4 grubu(ekzojen elektriksel uyarım ile aktivasyon sonrası PZP), sham ve kontrol grubu oluşturmuştur. Çalışmamız ile, son iki yıl içinde popülarite kazanan transkütanöz elektriksel akımın random paternli flep yaşayabilirliğine etkisini yine son zamanlarda plastik cerrahinin her alanında kullanılan plateletten zengin plazma ile karşılaştırdık.Ayrıca, çalışmamız ile elektriksel stimulasyonun plateletlerdeki aktivasyonun in vivo etkileri değerlendirilmiş, eksternal ve internal olarak farklı şekillerde verilen elektriksel stimulasyonun plateletten zengin plazmadaki in vivo etkileri karşılaştırıldı. Çalışmamız ile eksternal elektriksel PZP aktivasyonunun yerine PZP enjeksiyonları sonrasında verilecek elektriksel uyarımın sadece PZP ve sadece elektriksel uyarıma göre flep yaşayabilirliğindeki etkisinin daha etkili olduğunu raporlamış bulunuyoruz.

Fig.1

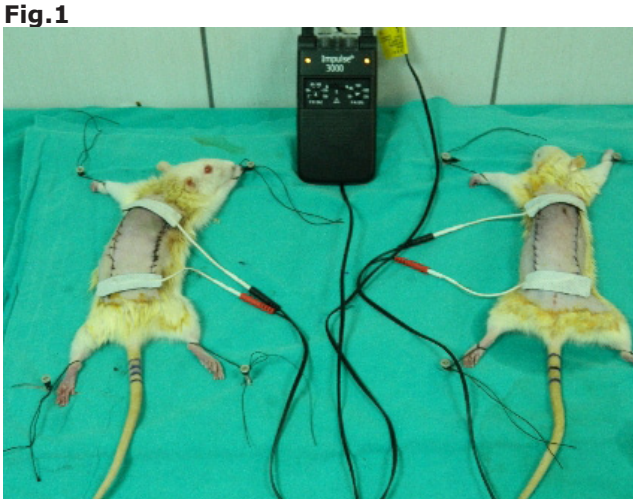
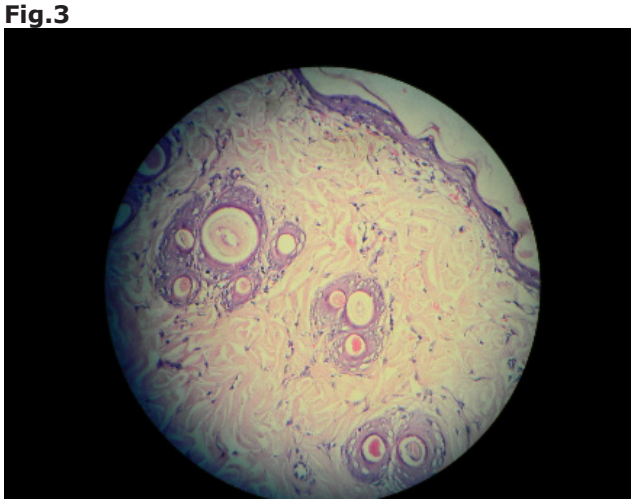


Fig.2



Fig.3



SS-130
Omeprazole'un Random Paternli Rat Dorsal Deri Flebi Yaşabilirliği Üzerine Etkisi

Hilmi Şen[1], Melike Oruç[2], Veysel Murat Işık[2], Murat Sadıç[3], Hamide Sayar[4], Rana Çitil[4], Meliha Korkmaz[3], Uğur Koçer[2]
[1]Adıyaman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adıyaman
[2]Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[3]Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara
[4]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji, Kahramanmaraş

Giriş-Amaç: Gerek flep cerrahisi gerekse diğer cerrahi işlemler sırasında analjezik ve antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) sıklıkla kullanılmakta olup, bu ilaçların yan etkisinden mideyi korumak amacıyla proton pompa inhibitörleri oldukça sık kullanılmaktadır. Literatürde proton pompa inhibitörlerinin (PPİ) mide asit salgısını güçlü bir şekilde inhibe ettiği ve rebound etkiyle gastrin salınınımını artırdığı ve gastrininde yapılan bir çok çalışmada anjiogenezi artırdığı bildirilmiştir. Bu fikirden hareketle bir proton pompa inhibitörü olan omeprazolün flep yaşayabilirliği üzerine olumlu yönde etkisi olabileceğini düşündük. Literatür taramamızda bununla ilgili çalışmaya rastlamadık ve bu çalışmamızda omeprazolün flep yaşayabilirliği üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

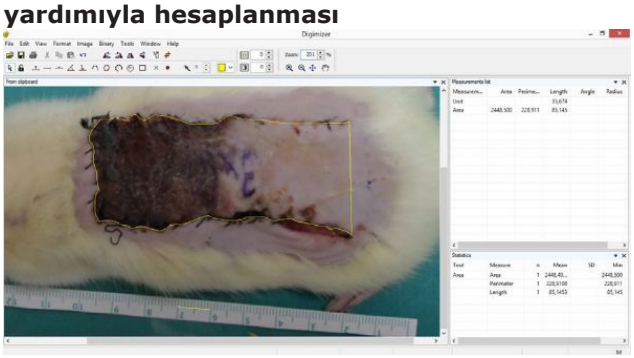
Gereç ve Yöntemler: Ortalama 18 haftalık, 161-210 g ağırlığında 35 adet Winstar-Albino tipi dişi sıçanlar rastgele olarak 5 gruba ayrıldı. Tüm grupların dorsal cilt bölgesi distal bazlı random paternli 3x9 cm boyutlarında McFarlane flep şeklinde 7. günde eleve edildi ve 14. günde tüm hayvanların sintigrafik tetkikleri yapıldıktan ve dorsal cilt fleplerinden histopatolojik çalışma için numune alındıktan sonra sakrifiye edildi. 1. grup kontrol grubu olarak belirlendi ve 14 gün boyunca intraperitoneal yolla sadece distile su verildi. 2. grup 1.çalışma grubu olarak belirlendi ve 14 gün boyunca 10 mg/kg/gün tek doz şeklinde intraperitoneal yolla Omeprazol verildi. 3. grup 2.çalışma grubu olarak belirlendi ve 14 gün boyunca 40 mg/kg/gün tek doz şeklinde intraperitoneal yolla Omeprazol verildi. 4. grup 3.çalışma grubu olarak, 5. grup 4. çalışma grubu olarak belirlendi ve preoperatif bu iki gruba ilk 7 gün boyunca intraperitoneal yolla sadece distile su verildi. 7.günden sonra (postoperatif 7 gün boyunca) 4. gruba 10 mg/kg/gün tek doz, 5. gruba 40 mg/kg/gün tek doz şeklinde intraperitoneal yolla Omeprazol verildi. Grup 2 den ve grup 3 ten birer hayvan çalışma tamamlanmadan bilinmeyen nedenlerle öldü. Yaşayan ratlarda yara yeri enfeksiyonu veya sistemik enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Deneyin on dördüncü gününde fleplerdeki canlı alan, fotoğraf üstünden yapılan bigisayar programı analiziyle ve sintigrafi yöntemleriyle değerlendirildi. Buna ek olarak fleplerden alınan biyopsilerde damar sayısı değerlendirildi.

Bulgular: Fotoğrafik inceleme ile yaptığımız yüzey alanı değerlendirmesinde deney grupları ve kontrol grubundaki toplam flep alanları karşılaştırıldı ve istatiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Nekroze flep alanlarınnın karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur (p<0,001). Grupların ikili karşılaştırmaları incelendiğinde kontrol grubu olan Grup 1'de nekroze flep alan yüzdesi % 51,4±5,7 (Ort±SD), Grup 4'te % 8,1±1,2 (Ort±SD), Grup 2'de % 8,3±3,7 (Ort±SD), Grup 3'te % 8,9±1,5 (Ort±SD) ve Grup 5'te % 9,8±1,6 olarak bulunmuştur. Grupların kontrol grubu ile olan ikili karşılaştırmalarında bu farkların istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001). Çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (p>0,05). Sintigrafik incelemede gruplar arasındaki nekroze flep alan yüzdeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Grupların ikili karşılaştırmalarında kontrol grubu olan Grup 1'de nekroze flep alan yüzdesi % 48,2±6,4 (Ort±SD), Grup 4'te % 6,7±1,3 (Ort±SD), Grup 3'te % 7,4±3,3 (Ort±SD), Grup 2'de % 7,6±3,3 (Ort±SD) ve Grup 5'te % 8,1±3,6 olarak bulunmuştur. Grupların kontrol grubu ile olan ikili karşılaştırmalarında bu farkların istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001). Çalışma grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı izlendi (p>0,05). Histopatolojik incelemede proksimal bölge olan 'a' bölgesinde ortalama damar sayımlarında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur (p<0,001). Grupların ikili karşılaştırmaları incelendiğinde proksimal üçte birlik bölge olan 'a' bölgesi, kontrol grubu olan Grup 1'de ortalama damar sayımı 3,9±0,6 (Ort±SD), Grup 2'de 7,5±2,7 (Ort±SD), Grup 3'te 6,8±1,0 (Ort±SD), Grup 4'te 6,9±1,6 (Ort±SD) ve Grup 5'te 7,1±1,3 (Ort±SD) olarak bulunmuştur. Her grup kontrol grubuna göre ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı izlenmiştir (p<0,05). Çalışma grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı izlendi (p>0,05). Orta üçte birlik bölge olan 'b' bölgesi incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır (p>0,05). Distal üçte birlik bölge olan 'c' bölgesi incelendiğinde ortalama damar sayımlarında gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur (p<0,001). Grupların ikili karşılaştırmaları incelendiğinde Grup 1'de ortalama damar sayımı 0,1±0,0 (Ort±SD) Grup 2'de 7,8±3,5 (Ort±SD), Grup 3'te 8,1±1,9 (Ort±SD), Grup 4'te 7,7±1,5 (Ort±SD) ve Grup 5'te 7,5±1,8 (Ort±SD) olarak bulunmuştur. Her grup kontrol grubuna göre ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı izlenmiştir (p<0,05). Çalışma grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı izlendi (p>0,05).

Sonuçlar: OMP'nin tüm çalışma gruplarında flep yaşayabilirliğini ileri düzeyde artırdığı görülmüş olup çalışma grupları arasında bir fark olmadığı görüldü. Bu çalışmada kullanılan farklı dozda ve farklı sürelerdeki OMP'nin flep yaşayabilirliği üzerine etkisinin çalışma grupları arasında farklı olmadığı görüldü. Klinikte, hem oral hemde parenteral yolla kullanılabilen, ucuz, kolay ulaşılabilen ve oldukça yaygın kullanılan OMP'nin, anjiyogenezi artırarak hem flep boyutlarının arttırılması hem de hastanede kalış süresinin kısaltılması ve de hastane masraflarının azaltılması amacı ile fleplerle doku defekterinin tedavisinde kullanılabilecek bir ilaç olduğu söylenebilir.

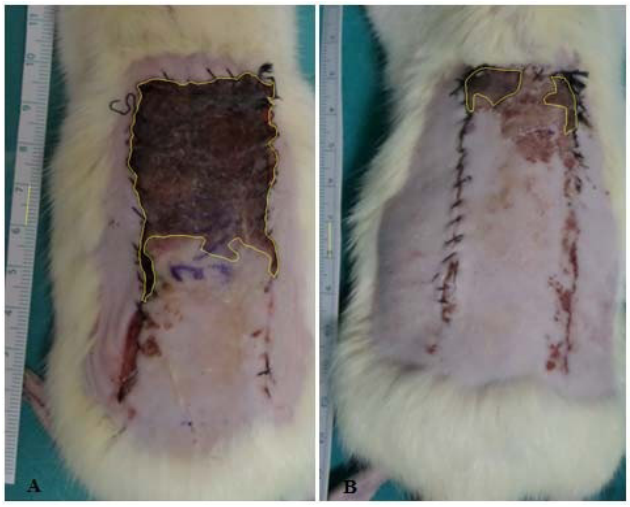
Grup 1(kontrol) den 4. hayvana ait flep toplam alanının bilgisayar programı (Digimizer®) yardımıyla hesaplanması



Grup 3 (çalışma) grubundan 7. hayvana ait flep toplam alanının bilgisayar programı (Digimizer®) yardımıyla hesaplanması



Nekroze flep alanlarının değerlendirilmesi.



A: Kontrol grubundan (grup no:1, rat no: 4) bir deneğe ait nekroz alanı, B: Çalışma grubundan (grup no:4, rat no:2) bir deneğe ait flep nekroz alanları.

SS-131
Uzun Sinir Defektlerinde Aksonal Rejenerasyon Üzerinde Aşamalı Sinir Grefti ile Onarımın Etkisi

Fikret Eren[1], Sinan Öksüz[1], Bilge Kağan Aysal[1], Zafer Küçükodacı[2], Mustafa Tansel Kendirli[3], Ersin Ülkür[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji kliniği, İstanbul
[3]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji kliniği, İstanbul

Giriş Ve Amaç: Periferik sinirlerde meydana gelen total sinir kesilerinde ilk tedavi yöntemi mümkünse kesilen sinirin primer onarımıdır. Ancak kesi sonrası sinir defekti oluşursa defektin onarımı için sinir greftlerinin kullanılması gerekmektedir. Uzun defektlerin uzun greftler kullanılarak onarılması ile genellikle istenen fonksiyonel sonuçlar elde edilememektedir. Aksonal rejenerasyon proksimal segmentin distale aksonal uzanım göstermesi ile olmaktadır. Sinir defektinin uzun olması halinde uzun tek parça sinir grefti, greftin distalinde meydana gelecek dejenerasyon ve endonöral kollojenizasyon nedeniyle ideal bir sinir rejenerasyonu konduiti vazifesi görememektedir. Bu çalışmada uzun sinir defetlerinin onarımında uzun tek bir sinir grefti kullanılması halinde sinir greftinin distalinde meydana gelecek kollojenizasyon ve fibrozisin, aksonal rejenerasyonun ilerlemesini engellemesinden kaçınmak için, iki aşamalı sinir grefti uygulaması yapılmıştır. Uzun tek bir sinir grefti kullanmak yerine iki ayrı seansta iki yeni sinir grefti kullanılmış ve tek parça sinir greftinin distalinde meydana gelen fizbrozisten kaçınılması, bunun yerine bu segmentte taze sinir grefti kullanarak aksonal rejenerasyonun arttırılması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmada 250 – 300 gr ağırlığında benzer özelliklerde 16 adet sıçan kullanıldı. Sıçanların sağ peroneal sinirleri cerrahi olarak ortaya konuldu. Tüm sıçanların peroneal sinirlerinde 2 cm uzunluğunda sinir segmenti çıkarılarak uzun sinir defekti oluşturuldu. Ardından sıçanlar iki eşit gruba arıldı. Tek aşamalı sinir grefti uygulanan kontrol grubundaki sinir defektleri 2 cm'lik sinir segmentinin transpoze edilerek tekrar defekt sahasına sütüre edilmesi ile tek seansta onarıldı (Şekil 1). Tek seansta yapılan onarım ardından bu gruptaki sıçanlara 6 hafta boyunca herhangi bir işlem uygulanmadı. İki aşamalı sinir grefti ile onarım uygulanacak deney grubunda ise, defekt oluşturmak için eksize edilen 2 cm'lik sinir segmentinin 1,2 cm'lik bölümü transpoze edilerek, oluşturulan sinir defektinin yarısını onarmak üzere defektin proksimalindeki peroneal sinir ucuna sütüre edildi. Bu ilk seanstan sonra 3 hafta boyunca sıçanlara herhangi bir işlem uygulanmadı. Üç haftanın sonunda ise 2 cm'lik sinir defektinin 1,2 cm'lik bölümü onarılmış olan sıçanlara ikinci seans onarım uygulandı. Bunun için sağ bacakta ilk senasta sinir grefti ile proksimal 1,2 cm'lik defekt bölgesi onarılan peroneal sinirin distal 0,2 cm'lik bölümü tazelendi. Geri kalan 1 cm'lik sinir defekti sol bacaktan alınarak transpoze edilen 1 cm'lik sinir grefti ile onarıldı (Şekil 2). Bu ikinci seanstan sonra üç hafta boyunca sıçanlara herhangi bir işlem uygulanmadı. Her iki grupta defektlerin oluşturulması ardından 6. haftada sıçanların peroneal sinirlerinde EMG ölçümleri yapılarak sıçanlar sakrifiye edildi. Sinir grefti ile 2 cm'lik sinir defekti onarılan peroneal sinir segmentlerinden, sinir biyopsileri alındı (Şekil 3). Alınan 2 cm'lik biyopsiler 1 cm'lik proksimal ve 1 cm'lik distal parçalar olmak üzere ikiye ayrılarak akson sayımı yapıldı. Elde edilen EMG ve akson sayımı sonuçları istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Tek seansta onarım uygulanan kontrol grubunun proksimal 1 cm'lik sinir biyopsi bölgesi ile iki seansta onarım uygulanan deney grubunun proksimal 1 cm'lik sinir biyopsi bölgesinin akson sayımları karşılaştırıldığında istatisitiksel olarak bir fark bulunmadı. Deney ve kontrol gruplarının proksimal 1 cm'lik sinir biyopsi bölgeleri ile distal 1 cm'lik sinir biyopsi bölgelerinin akson sayımları karşılaştırıldığında ise distal sinir biyopsilerinde istatisitiksel olarak anlamlı biçimde daha az sayıda akson bulunduğu saptandı. Tek seansta sinir defekti onarımı yapılan kontrol grubu ile iki seansta defekt onarımı yapılan deney grubunun distal 1 cm'lik sinir biyopsi bölgeleri karşılaştırıldığında ise iki seansta onarım uygulanan deney grubunun distal biyopsi bölgesinde istatisitiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla akson bulunduğu gözlendi. Tek seansta onarım uygulanan kontrol grubu ile iki senasta onarım uygulanan deney grubunun EMG sonuçları karşılaştırıldığında ise deney grubundaki latens değerlerinin kontrol grubuna kıyasla istatisitiksel olarak anlamlı biçimde kısa olduğu amplitüd değerlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 1).

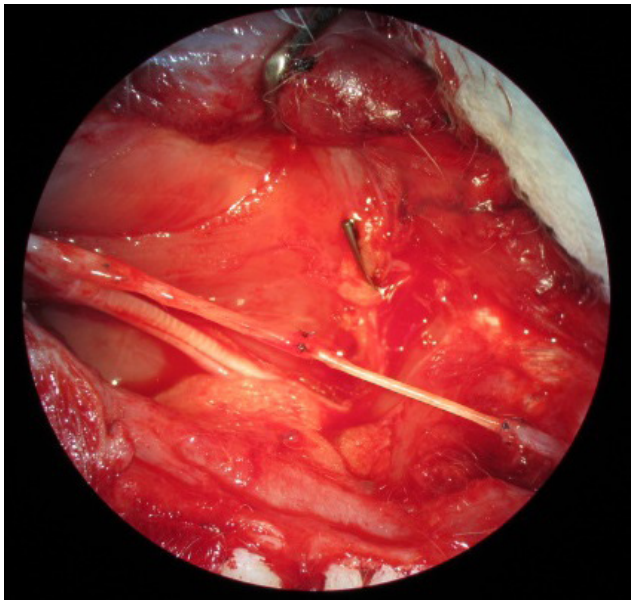
Tartışma Ve Sonuç: Sinir defektlerinin onarılabilmesi için günümüzde altın standart olarak sinir greftleri kullanılmaktadır. Sinir defektlerinin uzaması bu defektlerin onarılması için kullanılacak sinir greftlerinin distalinde gelişen kollojenizasyon nedeniyle sinir greftlerinin optimal sinir rejenerasyonu ortamı sağlamasına engel olmaktadır. Defekt uzadıkça ve iyileşme süresi arttıkça denerve Schwann hücrelerinin büyüme desteği bozulur ve nöronların rejeneratif kapasitesinde progresif bir gerileme olur3. Aşamalı sinir grefti uygulaması proksimalden ilerleyen aksonların iki ayrı onarım bölgesi geçmesi gibi önemli bir dezavantaj taşır. Fakat proksimalden ilerleyen aksonların uzun bir greftin distal bölümünde endonöral tüplerin kollojenizasyonu ile karşılaşarak bloke olmaması ve taze greft ile rejenerasyona imkan vermesi gibi çok önemli bir avantaj sağlar1,2. Bu çalışmada 2 cm'lik sinir defektinin onarımı için kullanılan aynı uzunluktaki sinir greftinin proksimal ve distal 1 cm'lik bölümleri arasında distale gidildikçe istatisitiksel olarak anlamlı biçimde akson sayısında azalma olduğu gözlendi. İki ayrı seansta birer cm'lik iki yeni sinir grefti ile defekt onarımı yapılan deney grubunda, distal 1 cm'lik sinir grefti bölümünde saptanan akson sayılarının, tek seansta tek sinir grefti ile onarım uygulanan kontrol grubuna göre, daha fazla olduğu gösterildi. EMG latens ve amplitüd sonuçlarının da iki seansta uzun sinir defekti onarımı yapılan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha iyi sonuçlar verdiği gösterildi. Akson sayımı ve EMG sonuçlarına göre uzun sinir defektlerinin onarımı için tek senasta uzun tek bir segment sinir grefti kullanılması yerine iki ayrı seansta iki yeni sinir grefti segmenti ile uzun sinir defektlerininin onarımının yapılmasının istatistiksel olarak anlamlı biçimde sinir iyileşmesi üzerine fayda sağladığı gösterilmiştir.

Kaynaklar: 1. Sunderland S, Bradley KC. Denervation atrophy of the distal stump of a severed nerve. J. Comp Neurol 1950:93:401-409.

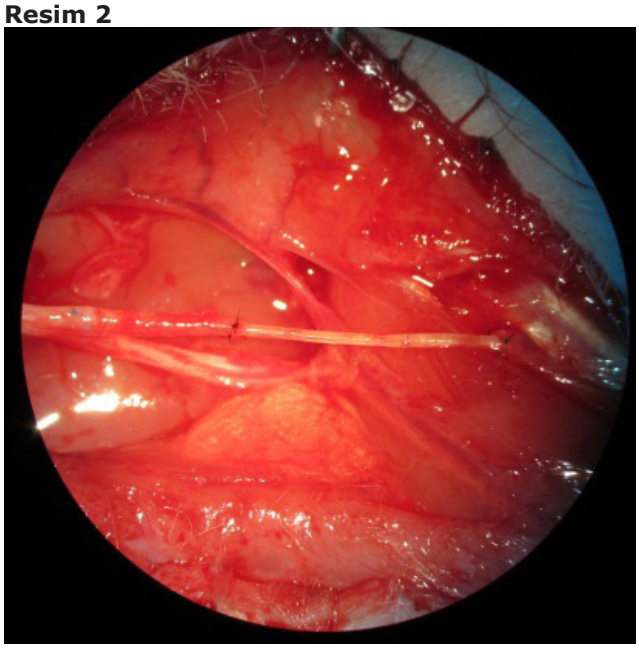
2. Sunderland S, Bradley KC. Endoneural tube syrinkage in the distal segment of a severed nerve. J. Comp Neurol 1950:93:411-420

3. Fu SY, Gordon T. Contributing factors to poor functional recovery after delayed nerve repair: Prolonged denervation. J Neurosci 1995:15:3886-3895.

Resim 1



Resim 2



SS-132
DMSO'nun Tavşan Kulağındaki Hipertrofik Skara Olan Yararlı Etkileri: Kontrollü, Randomize Deneysel Çalışma

Elif Sarı[1], Bülent Bakar[2], Güngör Çağdaş Dinçel[3], Azize Budak Yıldıran[4]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı,
[3]Gümüşhane Üniversitesi, Siran Mustafa Beyaz Meslek Okulu, Labaratuvar ve Veteriner Sağlık Programı
[4]Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Meslek Okulu, Medikal Servis ve Teknolojileri Anabilim Dalı

Amaç: Dimetilsülfoksit (DMSO) literatürdeki birçok çalışmada kullanılmış anti-enflamatuvar, anti-bakteriyel ve analjezik bir ilaçtır. Ayrıca kollajen depolanmasına olan negatif etkileri de belirtilmiştir. Bu çalışmamızda amacımız DMSO' nun hipertrofik skar iyileşmesi üzerindeki olası olumlu etkilerini araştırmaktır.

Yöntem ve gereçler: Toplam 24 Yeni Zelanda erkek albino tavşan kontrol, sham, DMSO ve steroid adı altında randomize olarak 4 gruba ayrılmıştır. Kontrol grubu haricindeki her grupta hayvanların kulağında panç biyopsi defektleri oluşturulmuştur. Yirmi sekiz gün sonra hipertrofik skar oluşumu saptanmış ve test gruplarına haftada bir toplam 4 hafta sırasıyla DMSO ve steroid intralezyonel olarak enjekte edilmiştir. Son enjeksiyondan bir hafta sonra örnekler histopatolojik, immünohistopatolojik ve gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyon analizleri için toplanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: DMSO grubundaki skarlar sham ve steroid grubuna göre kontrol grubuna daha yakın makroskobik özellikteydi. Vaskülarite düzeyi ve tip 1/ tip 3 kollajen oranları DMSO grubunda diğer gruplara nazaran daha düşük saptandı. Kollajen dizilimi DMSO grubunda daha düzenli, paralel ve doğaldı. Tip 1 kollajen mRNA ekspresyonu steroid ve DMSO gruplarında düşüktü. Tip 3 kollajen mRNA ekspresyonu ise DMSO grubunda azalmıştı.

Sonuç: İntralezyonel DMSO uygulaması hipertrofik skar tedavisinde etkin, güvenli ve pratik bir yöntem olabilir.

SS-133
Ratlarda hiperbarik oksijen tedavisi başlama zamanının sinir iyileşmesi üzerine etkilerinin incelenmesi

Bilsev İnce[1], Abdullah Arslan[2], Mehmet Dadacı[1], Pembe Oltulu[3], Fatma Bilgen[4]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hiperbarik ve Sualtı Hekimliği ABD, Konya
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Konya
[4] Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

Periferik sinirler, canlılarda duyu ve motor fonksiyonların sürdürülmesinde görev yapan en önemli yapılardan biridir. Sinir yaralanmalarında daha iyi sonuçlar alabilmek için birçok yenilik denenmektedir. Bunlardan biri olan hiperbarik oksijen (HBO) tedavisinin doku oksijenizasyonunu arttırmasından faydalanılmak istenmiştir. HBO'nun primer koaptasyonda sinir iyileşmesinde etkili olduğu gösterilse de tedavi başlangıç zamanının iyileşme üzerindeki etkisi belirlenmemiştir. Bu çalışmada amacımız; hiperbarik oksijen tedavi başlama zamanın sinir iyileşmesi üzerindeki etkilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 40 adet dişi Wistar albino rat kullanıldı. Ratların sağ siyatik sinir kesilerek sinir uçları standart mikrocerrahi tekniğiyle 9-0 nylon ile epinöral onarıldı. Ratlar 4 gruba ayrıldı. Gruplar şu şekilde tanımlandı.
1. Sinir kesildi, onarıldı ancak HBO tedavisi verilmedi.
2. Sinir kesildi, onarıldı, postoperatif 1. saat HBO tedavisi başlandı.
3. Sinir kesildi, onarıldı, postoperatif 1. hafta HBO tedavisi başlandı
4. Sinir kesildi, onarıldı, postoperatif 2. hafta HBO tedavisi başlandı.

Ratlara postoperatif 8. ve 16. haftada yürüyüş testi yapıldı, siyatik fonksiyon indeksi (SFİ) hesaplandı. Ratlar 16. haftada sakrifiye edildi. Histopatolojik olarak; yabancı cisim reaksiyonu, enflamasyon, granulasyon dokusu, perinöral kılıf ve myelin yapının düzeni, aksonal rejenerasyon değerlendirildi.

Bulgular: 16. haftada grup 2 ve 3'ün SFİ diğer gruplara göre istatistiksel olarak düşüktü ($p<0.05$). Ayrıca grup 2 SFİ'i grup 3'ten istatistiksel olarak düşüktü ($p<0.05$) ancak grup 1 ve 4 arasında anlamlı bir fark yoktu. En iyi myelinizasyon gösteren lifler grup 2 de tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada HBO tedavisinin sinir myelinizasyonunu artırdığını görüldü. Sinir onarımı sonrası HBO tedavisi ne kadar erken başlarsa etkisi o kadar fazla olmakta ancak 15.günden sonra etkinliği ortadan kalkmaktadır. İleri çalışmalar gerekmekle birlikte kontrendikasyon yoksa sinir onarımı sonrası erken postoperatif dönemde HBO tedavisi başlanması sinir iyileşmesine olumlu katkı sağlayabilir.

SS-134
Hyaluronik Asit Uygulamasının Perisilikon Kapsül Yapısına Etkisi

Sedat Tatar[1], Ainura Sarybaeva[1],
Kemal Findikçioğlu[1], Osman Latifoğlu[1],
Çiğdem Elmas[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2] Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Geçmiş: Silikon implantlar plastik cerrahi pratiğinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. İmplantlar etrafında biyouyumlulukları yüksek materyaller kullanılsa da kapsül formasyonu gelişmekte ve bu sürecin ilerleyici olması kapsül kontraktürü ile sonuçlanmaktadır. Çalışmanın amacı silikon blok etrafına hyaluronik asit enjekte ederek oluşacak kapsül yapısına etkilerini incelemek.

Methot: Çalışma için 20 adet wistar albino rat kullanıldı. Ratlar 2 ana (grup 1 ve grup 2) ve 2 alt gruba ayrıldı. 1. ana grup 4. haftada, 2. ana grup 8. haftada sakrifiye edildi. Ratların dorsumuna ciltaltı planda poş açıldı ve grup 1A ve 2A'ya sadece silikon blok yerleştirildi. Grup 1B ve grup 2B'de silikon blok etrafına 0,2 cc hyaluronik asit enjeksiyonu yapıldı. Ratlar sakrifiye edildi ve makroskobik değerlendirilmeyi takiben, histolojik olarak kapsül yapısı ve kalınlığı değerlendirildi. İmmunohistokimyasal olarak transforming growth faktör-β1(TGF-β1) ve ısı şok proteini-47 (HSP-47) yoğunluğu değerlendirildi ve istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Sonuç : Tüm gruplarda kapsül yapısı 3 tabakadan oluşmaktaydı. Orta tabakada daha yoğun kollajen yapısı gözlendi. Kapsül en ince grup 1A'da, en kalın grup 2B'de saptandı ve kapsül kalınlıkları arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. TGF-β1 kollajen miktarıyla korele olarak grup 2B'de en yoğundu. HSP-47 tutulumu kollajende daha fazla olmak üzere fibroblastlarda ve vasküler yapılarda gözlendi ve yoğunluğu grup 2A ve 2B'de daha düşük saptandı.

SS-135
Mukoperikondrial Flep Kaldırılmasının Septal L-Strut Kıkırdağı Üzerine Etkisinin Deneysel Tavşan Rinoplasti Modelindeki Biyomekanik ve Histolojik Analizi

Ibrahim Karaca Başaran[1], Salih Onur Basat[1],
Asuman Özel[1], Memet Yazar[2], Ergun Bozdağ[3],
Meral Tuna, Mehmet Sar[4], Özgür Pilanci[1]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Teknik Üniversitesi, Makine Mühendisliği, İstanbul
[4]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü İstanbul

Giriş: Rinoplasti ameliyatlarında, mukoperikondrial flep kaldırılması sonrasında septal greft alımı neredeyse rutin bir uygulama haline gelmiştir. Fakat bu işlem sonrası geride kalan septal kıkırdağın sağlamlığı konusunda elimizde herhangi bir veri yoktur. Deneysel tavşan rinoplasti modelinde gerçekleştirilen bu çalışmada, septal kıkırdak greft alınması sonrası geride kalan septumun biyomekanik ve histolojik olarak analizi yapılarak objektif değerler elde edilmesi hedeflendi.

Materyal ve metodlar: 40 adet, Yeni Zelanda cinsi tavşan her grupta 10 hayvan olacak şekilde 4 gruba ayrıldı. Grup 1; tek taraflı mukoperikondrial fleplerin kaldırılması sonrası greft alınan L-strut grubu; Grup 2 septumdan iki taraflı mukoperikondrial flep kaldırılması sonrası greft alınan L-strut grubu olarak belirlenirken, Grup 3 ve 4 ise, sırası ile sham ve kontrol grupları olarak belirlendi. Elde edilen kıkırdaklar, ışık mikroskopu altında, farklı parametreler açısından aynı patolog tarafından körlemesine analiz edildi. Biyomekanik deneyler, İstanbul Teknik Üniversitesi Makina Fakültesi Makina Mühendisliği Bölümü Biyomekanik Laboratuarlarında üniversal test makinası kullanılarak gerçekleştirildi.

Sonuçlar: Biyomekanik olarak Grup 1, Grup 2, Grup 3 ve Grup 4'ün Max Gerilme (Mpa) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlendi (p=0,008). Patolojik incelemede genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmese de, kondrosit miktarı grup 2'de Grup 1'e oranla azalmış olarak bulundu (p:0.099). Matriks kollajen miktarı (p: 0.184) ve fibrozis (p: 0.749) grup 2'de grup 1'e göre artmış olarak saptandı.

Tartışma: Mukoperikondrial bütünlüğün geride kalan septal kıkırdağın dayanıklılığına pozitif etkisi olduğu bu çalışmadan bir sonuç olarak çıkartılabilir. Fakat saptadığımız bu güç kaybını açıklayacak esas patogenezin, farklı deneysel modeller ve ileri histopatolojik analizlerle desteklenmesi gerekmektedir.

SS-136
Kalvarial Kemik Defektlerinin BMP-2 Transfeksiyonu Yapılmış Kemik Stromal Hücre ve Doku İskelesi ile Onarımı

Altuğhan Cahit Vural[1], Sedat Odabaş[2],
Murat Gürel[1], Atiye Seda Yar[3], Petek Korkusuz[4],
Tarık Çavuşoğlu[1], Erhan Pişkin[2], İbrahim Vargel[5]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Plastik Cerrahi ABD
[2] Hacettepe Ü. Biyomühendislik ABD
[3] Gazi Üniversitesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik ABD
[4] Hacettepe Histloji ve Emriyoloji
[5] Hacettepe Üniversitesi Plastik Cerrahi ABD

Özet: Bu çalışma doku uyumlu jelatin sponge üzerine, kemik stromal hücrelerin kemik morfolojik proteini olan BMP-2 sentezleyici plasmid ile transfekte edilerek, genetik olarak modifiye edilmesi ile hazırlanan doku iskelesine yerleştirilmesi ve oluşturulan allogreftin rat kalvariumunda yapılan kritik boyutlu kemik defekti üzerine konulması ile oluşacak etkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın histolojik, biyokimyasal, radyolojik incelemeleri için 39 adet ve gen ekspresyonu incelemesi için ise 24 adet olmak üzere toplam 63 adet dişi 250-300 g ağırlığında wistar albino rat kullanılmıştır. Toplam 5 gruptan sırasıyla otogreft grubunda 7 adet, BMP-2 transfekte grubunda 14 adet, boş skafold grubunda 6

adet, kemik stromal hücre grubunda 6 adet ve boş defekt grubunda da 6 adet rat çalışmaya dahil edildi. Ratlar 1. ve 4. aylarda sakrifiye edilmeden biyokimyal, sakrifiye edildikten sonrada histolojik ve radyolojik incelemelere tabi tutuldu. Ayrıca gen ekspresyonu için 7. ve 14. günlerde 12 şer rat sakrifiye edilerek 4 grupta gen analizi yapıldı.

Sonuç: Çalışmanın sonunda otogreft grubunun anlamlı derecede yüksek yeni kemikleşmeye sahip olduğu BMP-2 grubunun ise diğer gruplar içinde en fazla yeni kemikleşme gösterdiği görüldü. BMP-2 transfeksiyonunun otogreft grubuna alternatif olmak için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ancak otogreft için güçlü bir alternatif potansiyeli taşıdığı düşünüldü.

SS-137
Ekspande Edilen Derideki Radyoterapi Hasarı Üzerine Mezenşimal Kök Hücreler ve Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü Ekspresyonu Arttırılmış Mezenşimal Kök Hücreler ile Yapılan Subkutan Enjeksiyon Tedavilerinin Karşılaştırılması

Sinan Öksüz[1], Murat Şahin Alagöz[2], Hüseyin Karagöz[1], Zafer Küçükodacı[3], Erdal Karaöz[2], Gökhan Duruksu[4], Görkem Aksu[5]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli
[3]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul
[4]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kök Hücre ve Gen Tedavileri
[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Radyasyon Onk.

Giriş: Radyasyon hasarı dokuda kronik iskemiye neden olur. Ciddi vakalarda radyonekroz gözlenebilir. Mezenşimal kök hücrelerin (MKH) iskemi ile ilişkili lezyonlarda tedavi edici etkinliği vardır. Bu çalışmada kemik iliği kökenli MKH ve vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) geni ile transfeksiyon yapılmış MKH (VEGF-MKH) tedavilerinin radyasyon hasarı oluşturulan ekspande edilmiş deri üzerine olan etkileri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 24 Sprague Dawley sıçanın deri altına yerleştirilen silikon doku genişleticiler (50cc) haftalık olarak 60cc hacme kadar şişirildi. Ekspande edilen derinin 2x2 cm'lik bölgesine tek fraksiyon radyoterapi (30 Gy) uygulandı. Hücre içermeyen Dulbecco modified Eagle medium, MKH'ler, ve VEGF-MKH'ler radyasyon uygulanan ve ekspande edilen bölgelere subkutan yolla enjekte edildi. Deri örnekleri histomorfometrik ve immunohistokimyasal olarak incelendi. Örneklerin perfüzyon oranı sintigrafik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Radyasyon uygulanan ve ekspande edilen deri bölgelerinde, MKH ve VEGF-MKH tedavileri ardından epidermiste kalınlık artışı saptanırken dermis ve kapsül kalınlıklarında değişiklik gözlenmedi. Radyasyon hasarından sonra uygulanan MKH ve VEGF-MKH tedavileri, CD31 ve VEGF ekspresyon seviyelerinin ekspande edilmiş normal deri ile aynı seviyelerde kalmasını sağladı. VEGF-MKH tedavisi, radyasyon hasarı bölgesinde CD31 seviyesini belirgin biçimde arttırdı. Deri perfüzyon sonuçları CD31 ve VEGF ekspresyon seviyeleri ile uyumluydu. MKH ve VEGF-MKH tedavilerinin, radyasyon hasarı bölgelerinde çoğalan hücre nükleer antijenini (PCNA) arttırdığı gözlendi. VEGF-MKH tedavisinin hem ekspansiyon hem de radyasyona bağlı apoptozisi azalttığı saptandı.

Sonuçlar: Doku ekspansiyonu ve radyasyon hasarı nedeniyle gelişen vasküler bozulma ve dermal yetmezlik kolaylıkla onarılması güç bir yaraya neden olabilir. MKH ve VEGF-MKH neovaskülerizasyonu hızlandırabilir, radyasyon etkisini tersine çevirebilir ve doku genişletici/implant ile onarım için daha dayanıklı bir yumuşak doku sağlayabilir.

SS-139
Artrogripozis Multipleks Konjenitada Üst Ekstremite Rekonstrüksiyonu: Nadir Bir Sendromda Farklı Yöntemler

Ömer Berköz, Erol Kozanoğlu, Serhat Atalay Eviş, Türker Özkan, Safiye Özkan, Zeynep Hoşbay, Atakan Aydın
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

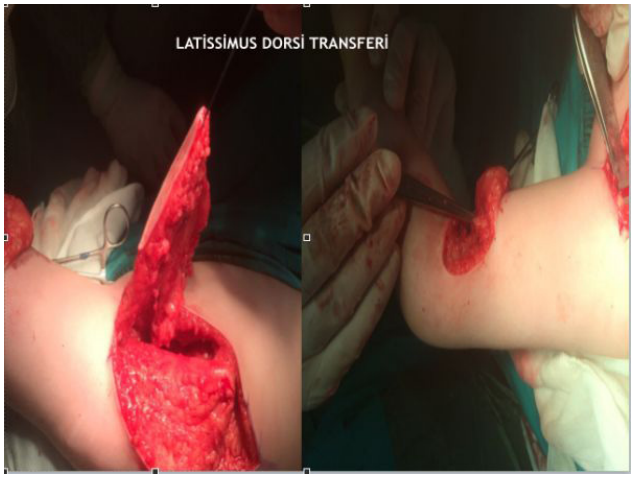
Giriş: Artrogripozis multiples konjenita, 3000 canlı doğumda 1 görülmektedir. Amiyotrofiya konjenita da denilen klasik artrogripoziste her iki omuz, dirsek, ön kol, el bileği ve parmaklar da etkilenir. Distal artrogripoziste ise el bileği ve parmaklar etkilenebilir. Tedavi, her hastada kişisel olmalıdır ve temel hedef, etkilenen eklemlerde aktif hareket açıklığını sağlamaktır. Böylece, iki eli içeren bir işlev sağlanabilir. Bu çalışmadaki hedefimiz, klasik ve distal tiplerdeki tedavi stratejilerimizi ortaya koymaktır.

Hastalar Ve YÖNtemler: Aralık 2010 ile Aralık 2014 arasında 10 hastay ameliyat ettik. Hastaların ortalama yaşı 9.7'ydi (3 ila 16 yaş). Hastaların altısı kız ve dördü erkekti. Tüm hastalarda her iki üst ekstremite de tutulmuştu ve her seansta sadece tek bir ekstremite ameliyat edildi. Beş hastada klasik tip artrogripozis vardı ve diğer beşinde ise distal tip görüldü. Klasik tip olan bir hastada el bileği ekstansiyonu wedge osteotomisi ile sağlandı ve dirsek fleksiyonu ise triseps kasının biseps kasına transferi ile sağlandı. Klasik tip olan iki hastada dirsek fleksiyonu triseps kasının bisepse transferi ile sağlandı. Klasik tip olan iki hastada dirsek fleksiyonu latissimus dorsi kasının bisepse transferi ile sağlandı. Distal tip olan üç hastada proksimal ve distal interfalangeal eklem kontraktürleri tam kalınlıkta deri greftleri ile açıldı. Distal tip olan iki hastada birinci web kontraktürleri miyotomi, bilobe deri flepleri ve tendon transferleri ile açıldı. Hastalar ameliyat sonrası dört hafta boyunca atel ile takip edildiler ve tüm hastalara bireysel fizik tedavi protokolü başlandı. Tüm hastalar aynı cerrahi ve fizyoterapi ekipleri tarafından değerlendirildi. Hastalar ve aileler, ameliyat sonrası işlevsel durum ve pasif ve aktif eklem hareket açıklıkları açısından sorgulandı. Hastaların eklem açıklıkları nesnel olarak ölçüldü.

Verilerin Sonuçları: Bir hasta dışında tüm hastalar ve aileler sonuçtan memnun kaldı ve günlük işlevlerde iyileşme belirttiler. Kontraktür, distal tip olan ve Z plasti ile ameliyat edilmiş olan tek bir hastada, altı yıl içinde nüks etti ve bu hastanın dört parmak kontraktürü tam kalınlıkta deri greftleri ile açıldı. Her bir eklemin (dirsek, ön kol, el bileği, parmaklar) pasif ve aktif hareket açıklıkları en az yüzde on ve en fazla yüzde üç yüz arttı.

Sonuç: Eğer atelleme ve fizik tedavi ile yapılan konservatif yaklaşım başarısız olursa hastaları ameliyat etmekteyiz. Bu ameliyatların türü kontraktürlerin şiddetine ve artrogripozisin tipine göre değişmektedir. Klasik tipte, proksimal eklemler de tutulmuşsa omuz, dirsek ve el bileğine yönelik tendon transferleri yapmaktayız. Ayrıca, tendon uzatma ve radius wedge osteotomileri ile de şiddetli kontraktürleri serbestlemekteyiz. Öte yandan, distal tip olan hastalarda kontraktürleri, tam kalınlıkta deri greftleri, Z plastiler, bilobe flepler ve tendon transferleri ile serbestlemekteyiz. Tedavi, her hastanın ihtiyacına göre kişiselleştirilmelidir ve el cerrahları ve fizyoterapistleri kapsayan bir takım yaklaşımının benimsenmesi bu tedavinin temelidir.

Latissimus dorsi tendon transferi



Artrogripozis multipleks konjenitada dirsek fleksiyonunu sağlamak için ilk seçenek latissimus dorsi tendonudur.

Tricepsten bicepse tendon transferi



Latissimus dorsi tendonunun kullanılamadığı durumlarda dirsek fleksiyonu triceps tendonunun parsiyel olarak biceps tendonuna transferi ile sağlanır.

SS-140
Parmak ucu amputasyonlarında replantasyon ve repozisyon flebi kullanımının uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması

Emin Sır[1], Alper Aksoy[2], Murat Kaan Sözer[3]
[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir*
[2]*Acıbadem Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir*
[3]*Serbest Hekim, Bursa*

Giriş: Travmatik parmak ucu amputasyonları sık görülen bir durumdur. Tedavisi basit debridman ve sekonder iyileşme ile kompleks bir işlem olan replantasyon arasında değişebilirHangi işlem uygulanırsa uygulansın amaç fonksiyonel ve estetik olarak kabul edilebilir bir parmak elde etmektir (1). Günümüzde altın standart replantasyondur (2). Replantasyon; mikrocerrahi deneyim gerektirmesi, pahalı ve zor olması, işlem için özel cerrahi ekipmanların bulundurulması zorunluluğu nedeniyle her zaman uygulanabilir bir yöntem olamayabilir. Repozisyon flebi mikrocerrahi yöntemlerinin uygulanamadığı olgularda parmak uzunluğunu, tırnak kompleksini ve parmak ucu duyusunu korumak amacıyla yapılan, tırnak-kemik kompleksinin serbest greft olarak kullanılması ve flep ile örtülmesi esasına dayanan bir yöntemdir (3). Çalışmamızda parmak ucu amputasyonlarında yapılan replantasyonlar ile repozisyon flebi uygulanan hastalarının uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2010-2013 yılları arasında parmak ucu amputasyonu sonrası replantasyon yapılan 35 hasta ile replantasyonun yapılamadığı durumda uygulanan 2.-3. ve 4. parmağa repozisyon flebi yapılmış 28 hasta dahil edildi. Hastalar ortalama 19 ay (12-31 ay) takip edildi. Hastalar tek kişi tarafından kavrama gücü, yeni pulpanın görünümü, parmak ucu duyusu, tırnak yapısı, nöroma gelişimi ve parmak uzunlukları açısından değerlendirildi. İki grup arasında parmak uzunluğu açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. Parmak ucu duyusu weber statik ve iki nokta diskriminasyon testi ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzerdi. Her iki grubun hastalarının büyük çoğunluğunda soğuk intoleransı gözlendi. Replantasyon yapılan hastaların hiçbirinde DIP ve PIP eklemerlinde problem izlenmezken, repoizsyon flebi yapılan hastaların 3 tanesinde PIP ekleminde geç dönemde fleksiyon kontraktürü izlendi. Bunların flep donör sahasına uygulanan greftten kaynaklandığı görüldü.

Tartışma: Parmak ucu amputasyonlarında, ampute parça iyi durumda ve taşınma sırasında iyi korunduysa mükemmel bir estetik ve fonksiyonel sonuç için replantasyon altın standarttır (4). Replantasyon başarı oranları %80-90 arasında değişmekle birlikte ampute parçanın durumuna göre replantasyon her zaman yapılamayabilir. Sekonder iyileşme veya lokal fleplerin kullanımı sonrası parmağın kısa kalması sonucunda parmakla tutma gücünde azalma ve özellikle küçük objeleri tutma sırasında kullanılan motor aktivitede azalma izlenebilir. Bu nedenle parmakta kısalma olmaması için ve replantasyonun yapılamadığı durumlarda Mantero 1975 yılında repoziyon flebini tariflemiştir (5). Mantero'nun tekniğinde flep cross-finger fleptir ve başarası sonucu %75 civarındadır. Mantero'nun cerrahi tekniğinin aşamalı olması nedeniyle Foucher 1992 yılında tek aşamalı yöntemini açıklamıştır ve özellikle ezilme yaralanmalı parmak ucu amputasyonlarında başarı oranının düşük olması, hastanın günlük yaşamına uzun süre dönemesi ve replantasyon başarısızlığını gidermek için yapılacak ikincil işlemlerin getireceği maliyet göz önünde bulundurulması gerektiği için repoizyon flebinin kullanılması gerektiğini

bildirmişlerdir. Repoziyon flebi, diğer parmak ucu rekonstrüksiyonlarıyla karşılaştırıldığında -örneğin cross-finger veya tenar flep gibi- hem tek aşamalı olması hem de diğer yöntemlerin dezavantajlarına -eklem sertliği, hareket kısıtlılığı veya birden fazla cerrahi seans gerektirmesi- sahip olmaması nedeniyle pratikte kullanılabilir.

Sonuç: Repozisyon flebi mikrocerrahi uygulanamayan durumlarda ve uygun seçilmiş hastalarda, parmak ucu uzunluğunu ve duyusunu koruyan, hastanın gündelik yaşamına bir an önce dönmesini sağlayan bir yöntemdir ve parmak ucu onarımlarında diğer yöntemlere iyi bir alternatif olabilir.

Kaynaklar: 1 - Allen MJ. Conservative management of fingertip injuries in adults. Hand 1980;12:257–265 2 - Yamano Y. Replantation of the amputated distal part of the fingers. J Hand Surg Am 1985;10:211-8 3 – Robert N, Chassat R, Couturier C, Delpit X, Masmejean E. "Reposition-flap": A Therapeutic alternative in fingertips amputations. Ann Chir Plast Esthet 2015 Aug;60(4):299-304 4 - Hattori Y, Doi K, Ikeda K, Estrella EP. A retrospective study of functional outcomes after successful replantation versus amputation closure for single fingertip amputations. J Hand Surg Am. 2006;31:811–818. 5 - Mantero R, Bertolotti P. Reimplantation of the finger tips using a cross-finger technique. Ann Chir 1975;29:1019—23.

Çoklu Parmak Ucu Amputasyonu



Postoperative 1. yıl

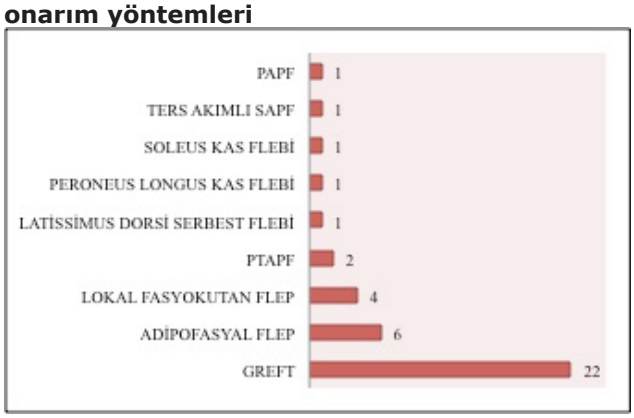


SS-141
Travma Sonrası Bacakta Oluşan Yumuşak Doku Defektlerinin Onarımında Klinik Deneyimlerimiz

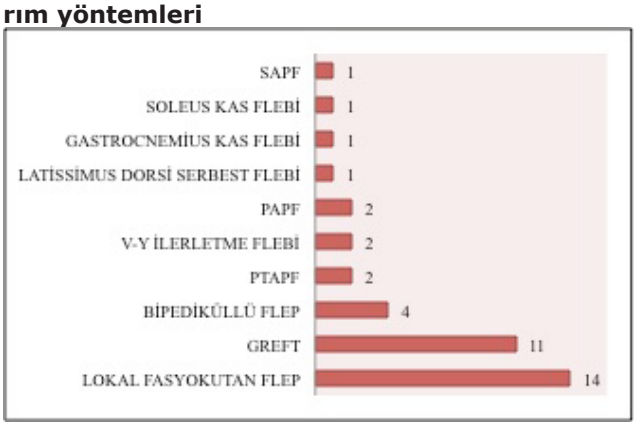
Mert Muhittin Sandıkcı[1], Sebat Karamürsel[1], Emre İnözü[1], Ergin Seven[1], Hülda Rıfat Özakpınar[1], Avni Tolga Eryılmaz[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Alt ekstremitede oluşan açık yaraların en sık sebebi travmadır. Bacağın yumuşak doku örtüsünün ince ve kendine has özellikleri ile kemik, damar, sinir gibi anatomik yapılara yakınlığı oluşan doku defektin onarımını güçleştirmektedir. Yara bakım tekniklerinin, mikrocerrahi tekniklerin gelişimi ile ekstremitenin kanlanması ile ilgili olarak yapılan anatomik çalışmalar sayesinde pek çok yöntem geliştirilmiştir. Bu bölgenin onarımındaki deneyimlerimizi aktarmak amacıyla Ocak 2007 ve Haziran 2015 tarihleri arasında travmaya bağlı oluşan bacak doku defektlerinin onarımında uygulanan yöntemler retrospektif olarak araştırılmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, hastanede yatış süresi, geçirilen ameliyat sayısı, oluşan defektin nedeni, lokalizasyonu, boyutları, açıkta önemli yapıların olup olmaması, defektin kapatılmasında seçilen yöntem, komplikasyonlar ve takip süreleri araştırılmıştır.109 hastaya çalışmaya dahil edildi. Bunların 79'u (%72) erkek, 30'u (%28) kadındır. En sık travma nedeni trafik kazasıdır. Defekt alanlarının yerleşim yeri incelendiğinde en sık 38 hasta (%35) ile distal 1/3'lük kısımda olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla 32 hasta (%29) ile orta 1/3, 21 hasta (%19) ile proksimal 1/3 izlemektedir. Orta 1/3 hariç diğer bölgelerde en sık tercih edilen tedavi yöntemi deri grefti iken orta 1/3'de lokal fasyokutan fleplerdir. Travma sonrası bacakta doku defektiyle başvuran hastada tedavinin amacı hastayı en kısa sürede estetik ve fonksiyonel açıdan günlük yaşama kazandırmak ve bu süreçte hastada en az morbiditeye yol açacak tedavi planının uygulanması olmalıdır.

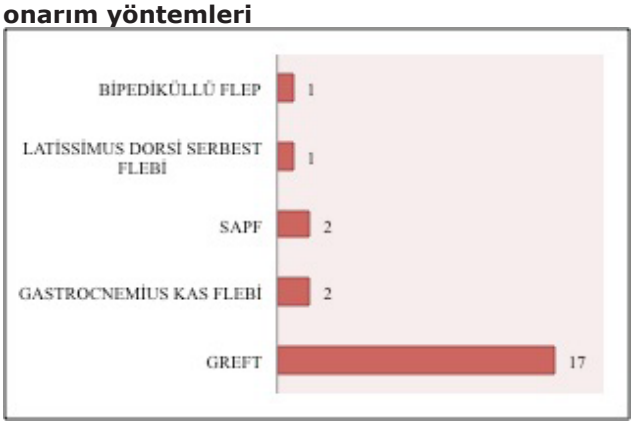
Bacak distal 1/3'lük kısımda tercih edilen onarım yöntemleri



Bacak orta 1/3'lük kısımda tercih edilen onarım yöntemleri



Bacak proksimal 1/3'lük kısımda tercih edilen onarım yöntemleri



Olgularda defektin lokalizasyona göre etiyolojik nedenleri

DEFEKTİN LOKALİZASYONU / ETİYOLOJİSİ	ADTK	AİTK	DÜŞME	ASY	PATLAYICI MADDE	İŞ KAZASI	DARP	DİĞER	TOPLAM
DİSTAL	14	5	8	3	1	1	3	3	38
ORTA	8	7	5	7	4	-	-	1	32
ORTA-DİSTAL	2	2	-	-	1	1	-	1	7
PROKSİMAL	7	9	1	3	1	-	-	-	21
PROKSİMAL-ORTA	1	-	-	-	-	2	-	-	3
PROKSAİMAL-ORTA-DİSTAL	4	2	-	-	-	2	-	-	8
TOPLAM	36	25	14	13	7	6	3	5	109

SS-142
Trombositten zengin plazma enjeksiyonunun karpal tünel sendromu tedavisinde kullanımı

Hakan Uzun[1], Ozan Bitik[2], Öznur Uzun[3], Umut Sinan Ersoy[4], Erdem Aktaş[5]
[1]Ankara Onkoloji Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara
[3]Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[4]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, İstanbul
[5]Ankara Onkoloji Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Ankara

Amaç: Trombositten zengin plazma tedavisi otolog büyüme faktörleri sağlayarak periferik sinir rejenerasyonunu uyarabilir. Tavşanlarda yapılan deneysel bir çalışmada trombositten zengin plazma enjeksiyonunun %10 dektroz uygulanarak yapılmış median sinir hasarını azalttığı histolojik ve elektrofizyolojik olarak gösterilmiştir. Bu nedenle karpal tünel sendromu olan hastalarda trombositten zengin plazma enjeksiyonunun etkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Median sinir dağılımında arada bir uyuşukluk, ağrı ve karıncalanma şikayetleri olan, klinik ve elektrofizyolojik olarak hafif derecede karpal tünel sendromu tanısı konulmuş 40 hasta eşit olarak iki gruba ayrıldı. Her iki gruba karpal tünel sendromu için Boston anketi uygulandı. Birinci gruptaki hastaların karpal tünelleri içine trombositten zengin plazma enjeksiyonu yapıldı. İkinci gruptaki hastalara ise triamsinolon enjeksiyonu yapıldı. Hastalar toplam altı ay izlendi. Üçüncü ve altıncı ayların sonunda sinir iletim çalışmaları ve Boston anketi tekrarlandı.

Bulgular: Takip esnasında her iki grupta da distal motor latanslarında herhangi bir değişim izlenmemesine rağmen duyu iletim hızlarında erken dönemde (3. ayda) iyileşme saptandı. Ancak her iki grup arasında istatistiksel açıdan sinir iletim çalışmaları yönünden bir fark yoktu. Erken dönemde trombositten zengin plazma enjeksiyonu yapılan grubun Boston anketi sonuçları (semptom ciddiyet skoru ve fonksiyonel kapasite skoru) istatistiksel olarak daha iyiydi. Fakat geç dönemde (6.ayda) herhangi bir fark izlenmedi. Her iki grubun sinir iletim çalışması ve Boston anketi sonuçlarına göre karşılaştırılması Tablo-1 ve Tablo-2›de verildi.

Sonuçlar: Trombositten zengin plazma enjeksiyonu idiyopatik karpal tünel sendromu olan hastalarda geçici olarak semptomları ve sinir iletim çalışması sonuçlarını iyileştirdi. Bu etkinin trombositten zengin plazmanın içerdiği büyüme faktörleri yoluyla sinir rejenerasyonuna olan katkısı ve intranöral ve ekstranöral sert skar dokusunda ve fibroziste yumuşama sağlayarak daha yumuşak benign karakterde bir mikroçevre meydana gelmesi yoluyla oluştuğunu düşünüyoruz. Daha kalıcı sonuçların elde edilebilmesi için enjeksiyonların tekrarlanabileceği kanaatindeyiz.

Tablo-2: Boston anketi sonuçlarına göre iki grubun karşılaştırılması

	TZP Grubu (n=20)	Steroid Grubu (n=20)	Pa
Semptom Ciddiyet Skoru			
EÖ	2,97	2,96	
ES 3. ay	1,32	2,13	
ES 6. ay	2,41	2,56	
Değişim (EÖ- ES 3.ay)	1,65	0,83	<0,001
Değişim (EÖ- ES 6.ay)	-1,09	-0,43	0,09
Değişim (ES 3. ay- ES 6. ay)	0,56	0,40	0,645
Pb	<0,001	<0,001	
Pc	0,724	0,607	
Fonksiyonel Kapasite Skoru			
EÖ	2,06	1,94	
ES 3. ay	1,12	1,69	
ES 6. ay	1,91	1,89	
Değişim (EÖ- ES 3.ay)	0,94	0,25	<0,001
Değişim (EÖ- ES 6.ay)	-0,79	-0,20	0,117
Değişim (ES 3. ay- ES 6. ay)	0,15	0,05	0,861
Pb	<0,001	<0,001	
Pc	0,601	0,521	

TZP: Trombositten zengin plazma, EÖ: Enjeksiyon öncesi, ES: Enjeksiyon sonrası, Pa: iki grup arasındaki fark, Pb: 3. ayda grup içindeki fark Pc: 6. ayda grup içindeki fark

Tablo-1: Sinir iletim çalışmalarına göre iki grubun karşılaştırılması

	TZP Grubu (n=20)	Steroid Grubu (n=20)	Pa
Distal Motor Latans (msec)			
EÖ	3,56	3,55	
ES 3. ay	3,56	3,55	
ES 6. ay	3,59	3,57	
Değişim (EÖ - ES 3. ay)	0,00	-0,01	0,596
Değişim (ES - ES 6. ay)	-0,03	-0,02	0,488
Değişim (ES 3. ay - ES 6. ay)	-0,03	-0,02	0,635
Pb	0,821	0,577	
Pc	0,142	0,215	
Duyu İletim Hızı (m/s)			
EÖ	35,44	35,81	
ES 3. ay	37,84	37,28	
ES 6. ay	36,74	35,96	
Değişim (EÖ - ES 3. ay)	-2,40	-1,47	0,196
Değişim (ES - ES 6. ay)	1,30	1,32	0,141
Değişim (ES 3. ay - ES 6. ay)	-1,30	-0,15	0,341
Pb	0,001	0,001	
Pc	0,756	0,941	

TZP: Trombositten zengin plazma, EÖ: Enjeksiyon öncesi, ES: Enjeksiyon sonrası, Pa: iki grup arasındaki fark, Pb: 3. ayda grup içindeki fark Pc: 6. ayda grup içindeki fark

SS-143
Vaskülarize Fibula Flebi İle Uzun Kemik Rekonstrüksiyonu

Huseyin Karagoz[1], Cihan Şahin[1], Selami Çakmak[2], Fikret Eren[1], Sinan Öksüz[3], Celalettin Sever[1], Osman Rodop[2], Ersin Ülkür[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, Istanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ortopedi Servisi, Istanbul
[3]GATA Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Ankara

Amaç: Vaskülarize fibula flebi özelliklede mandibula olmak üzere, maksillofasiyal bölge rekonstrüksiyonunda çok yaygın ve başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Vaskülarize olduğu için, kemik grefti veya kemik yedeklerinin kullanılmasının uygun olmadığı geniş defektlerde veya yük taşıyan ve daha stabil kemik dokusu gerektiren uzun kemik defektlerinin rekonstrüksiyonunda çok kullanışlıdır. Ancak literatüre baktığımızda uzun kemik rekonstrüksiyonunda vaskülarize fibula flep kullanımı ile ilgili makalelere çok fazla rastlamıyoruz. Bu çalışmada, değişik kemik defektlerinin onarımı amacıyla vaskülarize fibula flebi kullandığımız vakalardan örnekler vermek suretiyle, uzun kemik rekonstrüksiyonunda fibula flebinin kullanımını irdelemeyi amaçladık

Yöntem-Gereçler: Tibia, femur, humerus, ulna ve metakarp defekti olan 9 farklı hastanın uzun kemik defekleri vaskülarize fibula flebi ile onarıldı (Resim 1A,B). İki hastanın tibia defekti pediküllü fibula flebi ile, diğerleri ise serbest fibula flebi ile onarıldı. Ameliyatların birisi hariç sorunsuz geçti. Hastalar ortalama 35,7 (4,5 – 52,5) ay takip edildi. Ortalama immobilizasyon, kaynama ve tam mobilizasyon süreleri kaydedildi. Fonksiyonel değerlendirme ilgili ekstremitenin fonksiyonu dikkate alınarak yapıldı.

Bulgular: Fleplerin sekizi yaşadı ve ameliyat sonrası dönem sorunsuz geçti. Humerus onarımı yapılan serbest fibula flebinde ameliyat esnasında başlayan perfüzyon problemi çeşitli kurtarma girişimlerine rağmen düzelmedi ancak fibula, kemik grefti olarak yerinde bırakıldı. Bu hastada ameliyat sonrası birinci ayda internal fiksasyonun ayrılması nedeniyle hasta yeniden ameliyata alındı. Kansellöz kemik ile desteklenmek suretiyle kemik grefti yerinde bırakılarak tespit yenilendi. Diğer hastalarda ameliyat sonrası dönemde önemli bir sorun ile karşılaşılmadı. Kemiklerin kaynama süresi yaklaşık ortalama 4,5 ay, alt ekstremite onarımları için tam mobilizasyon süresi yaklaşık ortalama 10 ay olarak tespit

edildi. Hastaların tamamı onarım yapılan ekstremitelerini aktif olarak kullanabilir hale geldiler.

Sonuçlar:Oldukça uzun boyutlarda kaldırılabilen ve çok yönlü kullanılabilen bir flep olan serbest vaskülarize fibula flebi baş boyun bölgesinde olduğu kadar, alt ekstremite de kullanışlı bir fleptir. Perfüzyon sıkıntısı olan ekstremitelerdeki uzun kemik defektlerinde tercih edilebilir.

Resim 1



Ulna parçalı kırığı nedeniyle kemik defekti olan hastanın ameliyat öncesi (A) ve ameliyat sonrası (B) radyografi görüntüsü

SS-144
Dupuytren Cerrahi Tedavisinde, Aselüler Dermal Matriks Kullanımının Avantajları

Reşit Burak Kayan[1], Mehmet Veli Karaaltın[2], Ethem Güneren[1]
[1]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi*
[2]*Acıbadem Üniversitesi*

Amaç; Dupuytren kontraktürü cerrahi tedavisi, ileri evre kontraktürlerin açılmasında hala en etkili tedavi yöntemi olmakla birlikte getirdiği morbiditeler ve uzun iyileşme süreleri nedeniyle alternatifi aranır bir tedavi modalitesi haline gelmiştir.Cerrahi sırasında kaldırılan ultra-ince fleplerin getirdiği yara iyileşmesi sorunları ve bu fleplerin yük taşıyan eklemlerde olması nedeniyle skar kontraktürü ile iyileşmenin gerçekleşmesi hastanın günlük yaşantısına dönüşü geciktirmekte, elin tam fonksiyonel hale gelmesine engel olmaktadır.Artan nüks oranı cerrahları daha ince flepler kaldırmaya zorlamakta bu da cerrahi tedavinin komplikasyonlarını arttırmaktadır.Kaldırılan cilt fleplerinde nekrozlar, yara ayrışması, bu bölgelerin sekonder iyileşmesine bağlı kontraktürler,bu fleplerin dermal yapılarının da olmaması nedeniyle kaliteli iyileşmenin elde edilememesi ve bu bölgelerdeki cildin esnek yapısına geri dönememesi en çok karşılaştığımız komplikasyonlardan sadece birkaçıdır. Günümüzde el ve üst ekstremite yanıklarının rekonstruksiyonunda kaliteli cilt dokusu elde edebilmek ve hızlı,ideal bir iyileşme sağlamak amacıyla aselüler dermal matriksin kullanıldığı birçok çalışmaya rastlanılmaktadır. Bu çalışmalar göstermiştir ki; aselüler dermal matriksler daha esnek,kaliteli bir cilt dokusu ve daha hızlı yara iyileşmesi elde etmemize olanak tanımaktadırlar.Bu çalışmalar greft altına yerleştirilen aselüler dermal matrikslerin, kollajen ve elastin göçü için uygun bir iskele oluşturduğunu ve o bölgelerde anjiogenezi arttırdığını göstermişlerdir. Biz kliniğimizde burdan yola çıkarak, dupuytren kontraktürü cerrahi tedavisinde sık karşılaştığımız bu komplikasyonların önüne geçebilmek, daha kaliteli ve esnek bir cilt dokusu ile iyileşme elde ederek daha hızlı zamanda ve kusursuz bir fonksiyonel dönüş sağlamak amacıyla aselüler dermal matriks (Matriderm / Dr. Otto Suwelack Skin& Health Care AG,Billerbeck, Germany) kullandığımız hasta serisini ve sonuçlarını sizlerle paylaşmak istedik.

Gereç,Yöntem; 2011-2014 yılları arasında ileri evre dupuytren kontaktürü olan 40 hastanın cerrahi tedavisinde Bezmialem Vakıf Üniversitesi İnsan Deneysel Çalışmaları Etik Kurulu'ndan onay alınarak Matriderm kullanıldı. Prospektif,randomize ve tek körlü olarak planlanan çalışmamızda,hastalar 2 gruba ayrıldı.Grup 2'deki(n=20) hastalara sadece rejyonel fasya eksizyonu yapıldı, grup 1'deki(n=20) hastalara rejyonel fasya eksizyonu ile birlikte aselüler dermal matriks kullanıldı.Hasta onam formunu okuyup imzalamayan,18 yaşından küçük veya 70 yaşından büyük, elastin ve kollajen hastalıkları olan, cerrahi tedaviye engel sistemik hastalıkları olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.Hastalar Tubiana evrelemesine göre sınıflandırıldı ve her hastanın preoperatif ve postoperatif belirli zaman aralıklarında goniometrik bilgisayar yazılımı (Goniometer Pro (G-pro) 5fuf5 co.) ile pasif eklem açıklıkları ölçüldü.Tüm hastalar preoperatif ve postoperatif dönemde Vancouver skar skalası ile değerlendirilip, dökümente edildi. Fonksiyonel iyileşmenin gösterilebilmesi için hastalara DASH-T anketi preoperatif ve postoperatif olarak doldurtuldu. Son olarak grup 1'deki hastaların postoperatif 6.aylarında, aselüler dermal matriks kullanılan cerrahi alanlarına punch biyopsi yapıldı ve örnekler immünhistokimyasal olarak incelendi. Cerrahi tedavide, hastalar rejyonel blok altında rutin rejyonel fasya eksizyonu sonrası tek körlü olarak grup 1'deki hastalara kaldırılan cilt fleplerinin altına aselüler dermal matriks yerleştirildi.Grup 2'deki hastalara sadece rejyonel fasya eksizyonu uygulandı.Tüm hastalar 3,5,7,14.günler,1.3.6 aylarında kontrole çağrıldı ve ölçümleri yapıldı.Hastalarda ek bir splint veya pansuman yöntemi kullanılmadı.Grup 1'deki hastalar 6.aylarında biyopsi yapıldı.(Resim 1-2.) İmmünhistokimyasal incelemede; bütün spesimenler Lidi'nın %4 'lük formalinde tespit edildi.Formalinli kesitler, su ile yıkanarak formalinden arındırıldı ve izopropanol ile dehidrate edilerek paraplasta gömüldü,ardından 2mm lik kesitlere ayrıldı.Ardından xylol ile kesitler yıkanarak paraplasttan arındırıldı.Boyamada hemotoksilen-eozin boyası kullanıldı.İmmünhistokimyasal inceleme için ise Anti-ki 67 monoklonal antikorlar ile işaretleme yapıldı.Ardından x400 büyütme altında spesimenler incelendi.(Resim 3.) Biyoistatistiksel inceleme için; One -Sample Kolmogorov-Smirnov Testi ve koveryans analizi kullanıldı.

Sonuç; 6.ay goniometrik analiz sonuçları, DASH-T anket skorları ve Vancouver skar skala sonuçları preoperatif ölçümlerle kıyaslanarak biyoistatistiksel incelemeye tabi tutuldu.Bu üç parametrede de grup 1 ve grup 2'deki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.($p<0.001$) İmmünhistokimyasal incelemede ise hematoksilen-eozin boyası ile kullanılan aselüler dermal matriks üzerinde yeni keratinositlerin oluşmakta olduğu ve epidermis benzeri bir tabaka oluşturdukları gözlemlendi.Ayrıca Anti-Ki 67

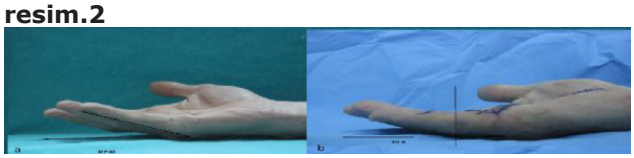
antikorları bir proliferasyon işaretleyicisi olup intraselüler seçicilik gösterirler, bu boyama ile de aselüler dermal matriks içerisinde artmış hücre proliferasyonunu göstermiş olduk.

Tartışma; Güncel çalışmalar dupuytren kontraktürü tedavisinde non-invazif bir çok yöntemi de tanımlamışlardır. Bu tedaviler arasında perkütan teknikler ve enzimatik yöntemler en çok tercih edilenler arasına girmişlerdir. Ancak sınırlı uygulama alanları,dikkatli ve seçici endikasyon gerekliliği, maliyetleri ve tam olarak kür elde edilememesi,yüksek nüks oranları bu tedavilerin kısıtlayıcı taraflarını oluşturmaktadır. Dupuytren kontraktürü cerrahi tedavisi ise basit olarak hastalıklı fasyaların rezeksiyonundan ibarettir ancak tam bir rezeksiyon için bu fasyalar üzerindeki cilt fleplerinin çok ince kaldırılması gereken alanlar olmaktadır, bu bölgelerde ise cilt nekrozları görülebilmesi, yara iyileşme problemlerinin yaşanabilmesi ve skar ile iyileşmeye meyyal alanlara olanak tanıması cerrahi tedavinin kısıtlayıcı yönlerini oluşturmaktadır. Bu klinik çalışma günümüzde giderek popüler hale gelen ve etkinlikleri kanıtlanan aselüler dermal matrikslerin dupuytren cerrahi tedavisindeki kısıtlayıcı yönleri ortadan kaldırmayı amaçlayarak planlanmıştır. Aselüler dermal matriks olarak sığır kollajen ve elastininden elde edilen Matriderm kullanılmıştır.Matriderm ile yapılan ve yeni dermis oluşumunu desteklediğini gösteren, yanıklarda kısmi kalınlıklı greftler ile ideal,elastik ve kaliteli bir cilt dokusu elde edilebildiğini gösteren çok sayıda yayın mevcuttur.Hipotezimizi bu çalışmalara dayandırarak tecrübe edindiğimiz ve histolojik olarak değerli bulgular elde ettiğimiz bu klinik serimizde, dupuytren kontraktürü cerrahi tedavisinde ideal,hızlı ve tam fonksiyonel iyileşme için aselüler dermal matriksin ne derece önemli olduğu ve bir plastik cerrah için emniyet kemeri niteliğinde olduğunu deneyimlemiş olduk.

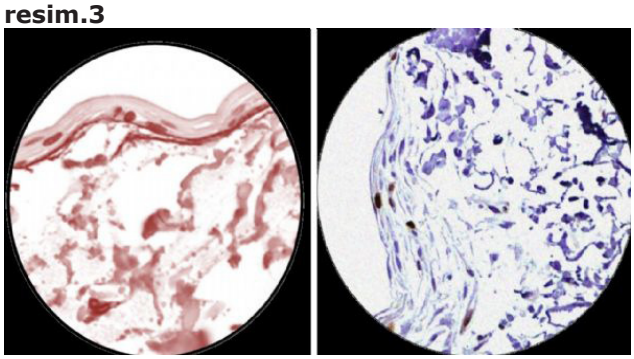
resim.1



resim.2



resim.3



Referanslar:

1.Van Zuijlen P-P-M, Van Trier A-J-M, Vloemans J-F-P-M, Groenevelt F, Kreis RW,
Middelkoop E. Graft survival and effectiveness of dermal substitution in burns
and reconstructive surgery in a one-stage grafting model. Plastic Reconstruct Surg
2000;106:615iV23.

2. W. Haslik, L.-P.Kamolz, G. Nathschlager et al. First experience with the collagen
iVelastin matrix Matriderm as a dermal substitute in severe burn injuries of the hand.
Burns 33 (2007) 364-368.

3. H. Ryssel, E. Gazyakan, G. Germann et al.The use of Matriderm in early excision
and simultaneous skin grafting in burns. Burns 34 (2008) 93-97.

4. Atherton DD, Tang R, Jones I, Jawad M. Early excision and application of
Matriderm with simultaneous autologous skin grafting in facial
burns.PlastReconstrSurg 2010;125:60iV1.

5.Monica C.T. Bleomen, M.D., Michiel C. E. van Leeuwen, B.Sc. Et al. Dermal
Substitution in Acute burns and reconstructive Surgery: A 12-Year Follow-Up.Plast.
Reconstr. Surg. 125: 1450, 2010.

SS-145
Kronik Boutonniere deformitesi onarımında yeni lateral band oluşturulması tekniği

Serdar Düzgün, Ekrem Ramazan Keskin,
Ahmet Kürşat Yiğit, Erinç Evrensel, Ozan Aslan
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Boutonniere deformitesi, ekstansör sistemin santral tendonun, lateral bandların veya her ikisinin birden PİP eklem seviyesinde açık veya kapalı hasarlanması sonucu gelişmektedir1. Boutonniere deformitesi nadiren konjenital olarak da ortaya çıkabilir2. Yaralanma sonrası, lateral bantların parmağın volar bölümüne yer değiştirmesi ve ekstansör mekanizmanın proksimale kayması sonucu PİP eklemde fleksiyon ve DİP eklemde hiperekstansiyon gelişmesi ile klasik deformite ortaya çıkar3. Bu çalışmada, kronik boutonniere deformitesi gelişmiş olan pasif eklem hareketlerinde kısıtlılık izlenmeyen cerrahi tedavi planlanan ve eksplorasyonda lateral bandı ileri derecede hasarlı olduğu ve amorfik yapılar haline dönüştüğü, skarlı dokudan serbestleştirilemeyen 7 hastaya palmaris longus tendon grefti ile yeni lateral band oluşturulmasını bildirmekteyiz.

Olgular: Ocak 2010-Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, boutonniere deformitesi tanısı konulan, cerrahi tedavi planlanıp operasyonda lateral bandı izlenmeyen ve cerrahi onarımda yeni lateral band oluşturulması tekniği uygulanan 7 olgu çalışmaya alındı. Olguların yaralanmadan cerrahi tedaviye kadar geçen süre ortalama 14 aydı. Hastaların birinde atel ile takip öyküsü, altısının geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttu. Ek sistemik hastalık öyküsü olmayan hastaların beşinde sigara öyküsü mevcuttu. Hastalar ameliyat öncesi 6 haftalık atel ve egzersiz dönemi ile ameliyat sonrası 6 haftalık tedavi döneminde sigarayı bıraktılar. Ameliyat öncesi hastaların PİP ve DİP eklem yapıları, eklem hareket kısıtlılıkları Burton'un kronik boutonniere sınıflamasına göre değerlendirildi3. PİP ve DİP eklem yapıları normal olan, pasif ekstansiyon ve fleksiyonda kısıtlılık olmayan 1.evre hastalar calışmaya alındı. Hastalara 6 hafta ameliyat öncesi atel ve aktif egzersiz uygulandı. Bu tedavilerden fayda görmeyen olgular operasyon amacı ile çalışmaya alındı. Ameliyat sonrası takiplerde statik atel uygulandı. Ameliyat öncesi ve sonrası aktif hareket açıları kaydedildi. Ameliyat sonrası hastalar ortalama 14(12-16) ay süre ile takip edildi Operasyonda proksimal falanks dorsalinden başlayıp DİP eklemi geçen lazy-s insizyonlar uygulandı. Eksplorasyonda geçirilmiş operasyonlara sekonder lateral bantların lateral bandı ileri derecede hasarlı olduğu ve amorfik yapılar haline dönüştüğü, skarlı dokudan serbestleştirilemeyen 7 olguda palmaris longus tendon grefti alındı(Şekil 1). Greftler 4/0 yuvarlak prolen ile proksimali santral slipe distali ise distal falanksın volar yüzüne pull-out sütür tekniği ile pip eklemden karşılık çapraz yapacak şekilde fikse edilerek 2 adet yeni lateral band oluşturuldu(Şekil 2). PİP-DİP eklemi ekstansiyonda kalacak şekilde 3 hafta atele alındı. 3.hafta sonunda PİP eklem ekstansiyonda iken DİP ekleme pasif fleksiyon-ekstansiyon egzersizleri başlandı. Yeni atel ve pasif egzersizler 3 hafta uygulandı. 6.hafta sonunda pull-out sütürler alındı, atel çıkarılarak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon doktorlarının kontrolünde aktif egzersizlere başlandı.

Hastaların ameliyat öncesi, sonrası 12. aydaki aktif hareket açılarının değerlendirme sonuçları Tablo.1 de gösterilmiştir. Ameliyat sonrası PİP ekstansiyonunda ortalama 35°, distal interfalangeal eklem fleksiyonunda 40° aktif hareket açısı kazanımı elde edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde yara yeri enfeksiyonu, hematom, yara ayrışması, geç dönemde anormal skar oluşumu,tendon rüptürü,hareket bozukluğu gibi herhangi komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Boutonniere deformitesi, ekstansör mekanizmanın imbalansından kaynaklanan santral tendonun, lateral bandların veya her ikisinin birden PİP eklem seviyesinde açık veya kapalı hasarlanması sonucu gelişen bir deformitedir. Santral sliplerin kaybı PİP eklemde aktif ekstansiyon kaybına yol açar. Parmak fleksörlerinin karşılanamayan hareketleri PİP eklemde fleksiyon pozisyonuyla sonuçlanır. Lateral bantların parmağın volar bölümüne yer değiştirmesi ve ekstansör mekanizmanın proksimale kayması sonucu PİP eklemde fleksiyon deformitesi artar. Lateral konjuan bantların DİP eklem rotasyon aksının dorsalinde kalmasıyla DİP eklemde hiperekstansiyon oluşur. Erken dönemde tedavi edilmeyen vakalarda deformite gelişir. Bu nedenle en iyi tedavi seçeneği atel ve egzersiz programlarından oluşan önleyici tedavidir5. Buna rağmen travma sonrası gelişen çoğu yaralanma gözden kaçmaktadır6.

Boutonniere deformitesi cerrahisinde, lateral band rekonstrüksiyonuna yönelik olarak yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Matev, yaralanmanın üzerinden en az 6 ay geçmiş hastalarda lateral bandların arasındaki dengeyi sağlamak amacıyla radial lateral bandı midfalanks tabanında ikiye bölerek radial lateral bandın proksimalini santral tendona,distalini ulnar lateral banda göre daha distale sütüre etmiştir. Bu restorasyonla santral slip ve extansiyon kapasitesinde artış gözlenmiş. 9 hastanın 6'sında ise PIP ve DIP eklem deformitelerinde düzelme gözlenmiştir7.Gama, yaralanmadan 6 ay sonra pasif olarak düzeltilebilir deformitesi olan 41 hastasını Matev'in tekniği ile tedavi etmiş ve bunları derlemiştir. PİP eklem, 21 gün tam ekstansiyonda K teli ile immobilize edildi. Deformite düzelmesi gayet iyi olmasına rağmen 8 hastada 10-15° fleksiyon kısıtlılığı izlendi8. Terril ve Grove's, modifiye Matev tekniği uyguladığı kronik boutonniere deformitesi olan 20 hastayı bildirmiştir. Terril ve Grove's, lateral bandları daha proksimalden bölerek transvers retinaküler ligaman ve skar dokusundan serbestleştirmişlerdir. PİP eklemi 6 hafta süre ile K teli ile tam ekstansiyonda immobilize etmişlerdir. İki aşamalı onarım yapılan 14 hastanın 12'sinde, tek aşamalı onarım yapılan 6 hastanın 4'ünde başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Ameliyat öncesi PIP aktif hareket açıklıkları 44° den ameliyat sonrası 83° ye yükselmiş ve anlamlı bulunmuştur6. Litller, 8 hastasında lateral bandların bölünmesi ve santralin slibin güdüğüne sütüre edilerek santralizasyonunu tanımlamış ve başarılı sonuçlar elde etmiştir13. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda lateral bantlar ve tranvers retinakuler ligaman restore edilerek kronik boutonniere tedavi edilmeye çalışılmıştır. Biz çalışmamızda yeni oluşturulan lateral bandlar ile hasarlanan ve dengesi bozulan ekstansör mekanizmanın proksimale kayması sonucu PİP eklemde gelişen fleksiyon ve DİP eklemde gelişen hiperekstansiyonun düzeltilmesini sağladık. Bu teknikle tedavi edilen olgularda PİP eklemin ekstansiyonunda, DİP eklemin fleksiyonunda aktif hareket açılarında önemli ölçüde düzelme sağlanmıştır. PİP eklemden greftlerin çapraz şekilde geçirilerek ve distal falanks volar yüzünde pull-out sütür tekniği ile fiske edilerek iki mekanik patolojinin önlenmesi hedeflenmiştir. Bunlardan birincisi dorsal ve volar yüz arasında gerginlik oluşturarak ve gücün dağılımını fleksör ve ekstansör balansa dağıtarak PİP eklemdeki fleksiyonun ekstansiyon lehine çevirmektir. İkinci olarak distal falanksın distalinde fleksör yüzde kemiğe iki zıt yönde fiksasyon gerçekleştirilerek gerginlik ve balansın normal aks lehine dengelenmesi amaçlanmıştır. Son olarak, her iki mekanik patoloji bu yöntemle normal aks dengelenmesi sebebiyle yenilmiş ve ekstansör mekanizma normal olarak çalışmaya başlamıştır. Yeni lateral band oluşturulması tekniği uygulanan vakalarda,

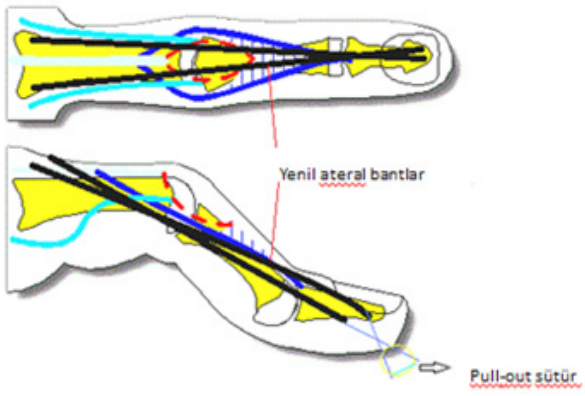
proksimal interfalangeal eklem ekstansiyonunda ortalama 35° distal interfalangeal eklem fleksiyonunda ortalama 40° aktif hareket açısı kazanımı elde edildi ve hastalarda normal aktif ve pasif hareketler ve görünüm oldukça iyi olarak izlendi. Literatürde yeni lateral band oluşturulmasına yönelik çalışmalar olmamakla birlikte lateral band onarımına yönelik yapılan çalışmalar ile karşılaştırılığında bu yöntemin başarılı ve yeni bir teknik olduğu görülmektedir Kronik Boutonniere deformitesinde yeni lateral band oluşturma tekniği eksplorasyonda lateral bandları geçirilmiş travma veya operasyonlara bağlı olarak ileri derecede hasarlı olduğu ve fibrotik yapılar haline dönüştüğü pasif eklem hareketlerinde ameliyat öncesinde kısıtlılık olmayan olgularda uygulanması kolay, sonuçları başarılı, güvenle uygulanabilecek yeni bir tedavi seçeneğidir.

Tablo 1

Sıra Numarası	Hasta Yaşı/ Cinsiyeti	BoutonnierDeformiteli Parmak	Ameliyat öncesi aktif hareket açıklıkları						Ameliyat sonrası aktif hareket açıklıkları					
			MP		PIP		DIP		MP		PIP		DIP	
			E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F
1	28-erkek	2.parmak	+10	85	45	90	15	5	+10	90	10	100	5	35
2	30-erkek	4.parmak	+10	90	50	85	5	5	+10	90	5	90	0	51
3	18-erkek	2.parmak	+10	90	30	95	5	0	+10	90	0	90	0	43
4	20-kadın	3.parmak	+10	85	35	85	10	5	+10	90	5	95	0	40
5	27-erkek	5.parmak	+10	90	35	80	10	0	+10	90	5	90	0	42
6	21-erkek	5.parmak	+10	90	40	85	15	5	+10	90	0	90	0	46
7	24-erkek	2.parmak	+10	85	40	85	5	0	+10	90	10	90	0	45
Ortalama			+10	88	40	86	10	3	+10	90	5	93	0	43

Tablo.1 MP : Metakarpofalangeal Eklem **PİP:** Proksimalinterfalangeal Eklem **DİP:** Distalinterfalangeal Eklem **E:**Ekstansiyon **F:** Fleksiyon

Şekil 1



Şekil 2



SS-146
Trefin yöntemi ile olekranondan kemik grefti alınması ve el carrahisinde kullanımı

Fatih Kabakaş[1], İsmail Bülent Özçelik[2], Meriç Uğurlar[3], Berkan Mersa[4]
[1]Medicalpark Gebze Hastanesi. Kocaeli- Gebze
[2]Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi. İstanbul Gaziosmanpaşa
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Şişli- İstanbul
[4]Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi. İstanbul Gaziosmanpaşa

Kemik grefti 100 yılı aşkın süredir ortopedik, kranial ve maksillofasyal cerrahilerde kaynamaya olan katkısı ve defekt doldurucu özellikleriyle kullanılmaktadır.Bu amaçla kullanılacak materyalin osteokonduktif, osteoinduktif ve osteogenetik özellikleri dikkate alındığında otogreftler hala altın standart olarak kabul edilmektedir.Kansellöz greft en sık kullanılan otogreft türüdür. En sık iliak krista kullanılmakla beraber cerrahi alana yakın donör saha avantajı dolayısıyla femur, tibia, fibula, distal radius ve olekranonda kullanılmaktadır. Olekranon nadir tercih edilen donör sahalardan biri olmasına karşın el ve üst ekstremitede kullanım açısından avantajları vardır. Olekranondan trefin yöntemi ile greft alma tekniği ile donör sahada minimal hasara ve morbiditeye neden olunmaktadır. Trefin ile alınan kemiğin silindirik şekli ve kompakt yapısı özellikle falanks ve metakarp morfolojisi ile çok iyi uyum göstermektedir. Aksiller anestezi ile aynı ekstemiteden alınabilmekte diğer alternatif donör alanlarda olduğu gibi genel anestezi gerektirmemektedir. Olekranon donör sahası üst ekstremitede kemik grefti gerektiren cerrahi müdahelelerde yeterli miktarda kemik ihtiyacını karşılayabilmektedir. Bildirimizde trefin kullanarak olekranondan kemik grefti alınması tekniği ve üst ekstremite rekonstrüksiyonlarında kullanılmış vaka örnekleri sunulmaktadır.

şekil 1



şekil 2



şekil 3



SS-147
Radyolojik bulgu vermeyen glomus tümörlerinde Hilderth testi yardımı ile cerrahi tedavi

Fatih Kabakaş[1], Mehmet Fatih Güven[2], Meriç Uğurlar[3]
[1]Medicalpark Gebze Hastanesi. Kocaeli- Gebze
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp fakültesi İstanbul
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Şişli- İstanbul

Glomus tümörü, ağrı, noktasal hassasiyet, soğuk hassasiyeti olan triadı ile karakterizedir. Hastalarda bu triadın hepsi olmayıp bir veya birkaç tanesi bulunabilir. Cerrahi tedavi öncesinde genellikle MR ile tanı kesinleştirilmeye çalışılır. MR bulgusu olmayan ve grafide distal falanks kemiğinde yenik radyolüsen alan olmayan olgularda eğer triadın tamamı yoksa ayırıcı tanı güçleşmektedir. Hilderth testi 1970 yılında DH Hildreth tarafından tariflenmiş olan ve glomus tümörü ayırıcı tanısında sensivite ve spesifitesi yüksek olan ancak pek bilinmeyen ve klinikte çok kullanılmayan bir testtir. Bu testte önce hastanın noktasal ağrısının olduğu alan işaretlenir ve sonrasında o parmak veya ekstremite kanı proksimale doğru sağılarak (esmarch bandajı veya elle) turnike uygulandığında işaretlenmiş alanda ağrının azalması veya geçmesi ardından turnikenin indirilmesi ile ağrının tekrar başlaması ile pozitif sonuç elde edilir. Pozitif Hilderth testi glomus tümörü tanısının çok yüksek ihtimal olduğunu belirtir. Bu testin kullanılması ile cerrahi tedavisi yapılmış radyolojik bulgusu olmayan ve triadın tamamı bulunmayan iki hasta sunulmaktadır.

resim 1



Ağrı noktası işaretlenmiş hastada turnike uygulaması sonrası ağrının geçmesi ile pozitif Hilderth testi

resim 2



Aynı vakada eksize edilmiş glomus tümörü görülmektedir

resim 3



diğer vakada eksize edilmiş glomus tümörü

SS-148
Pulpa Defektlerinde Atasoy Felbi Modifikasyonu: Pacman Flep

Ertan Günal[1], Metin Temel[2], Emine Ayla Gökçe[3], Ömer Berberoğlu[4]
[1]SEV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY
[3]T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Istanbul
[4]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: El fonksiyonlarının büyük bir kısmı parmak ucunun bütünlüğüne bağlıdır (1). Hassas bir parmak ucu ve deforme bir tırnak önemli ölçüde iş yapma kaybına neden olur (2). Parmak ucu volar yüzdeki amputasyonlarında Atasoy flebi ile defekt kapatımı yapılmaktadır (2,3). Klasik V-Y ilerletme flebinde subkutan doku elastikiyetinin az olduğu durumlarda V-Y ilerletme flebi Aoki R ve arkadaşları tarafından modifiye edilerek flebin defekt kapatma özellikleri arttırılmaya çalışılmış ve Pacman flep olarak yayınlanmıştır (4). Bizde parmak ucu ampütasyonlarında klasik V-Y ilerletme flebi yerine Pacman fleple tip defektini kapattığımız hastalardaki sonuçlarımızı sunmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: 2013-2015 yılları arasında yaşları 23-42 arasında değişen toplam 12 hasta (8 erkek, 4 kadın) kliniğimize parmak tip ampütasyonu nedeniyle başvurdu. Olguların onunda distal falanks kemiği ve 2 olguda ise distal falanks periostu açıkta idi. Tüm hastalar acil koşullarda yaralanmadan sonraki ilk 24 saat içerisinde ameliyat edildi. Cerrahi işlemler lokal dijital blok anestezisi altında ve dijital turnike tekniği uygulanarak gerçekleştirildi. Bütün defektlerin onarımı volar yüzden pacman flepleri ile yapıldı. Flep donor alanları primer olarak kapatıldı.

Bulgular: Tüm hastalarda yaralar 2-3 hafta içerisinde tamamen iyileşti. Dikişler ameliyattan sonraki 2. hafta sonunda alındı. Ameliyattan sonraki dönemde flep kaybı veya enfeksiyon gibi herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların ameliyat sonrası izleme süreleri 5 ile 9 ay arasında değişmekteydi. Parmak ucunun stabil, iyi vaskülarize ve uygun kalınlıktaki bir deri ile örtülmesi ve yeterli miktarda yumuşak doku ile tırnak yatağının desteği sağlandı. Parmak ucunun şekli ve kontürü açısından iyi sonuçlar elde edildi. Hastaların yapılan ameliyatla ilgili görüşleri sorulduğunda hasta memnuniyetinin yüksek derecede olduğu görüldü.

Sonuçlar ve Tartışma: Eğer parmak ucunda önemli miktarda doku kaybı varsa yaranın direkt kapatılması önerilmez çünkü gerginlik altındaki yara açılma eğilimi gösterir (5). Ayrıca kemik doku üzerinde yeterli miktarda yumuşak doku olmamasına bağlı olarak parmak ucunun kullanımı ağrılı olacaktır (2). Bazen kemiği kısaltmak gerekebilir fakat yararlı kemik uzunluğunun tamamı korunmalıdır. Split veya tam kat deri greftleri sıklıkla yararlıdır. Fakat kemiğin açıkta olduğu durumlarda kullanımları uygun değildir. Kemik üzerinde az miktarda doku kaldığı durumlarda dahi greft uygulanması yeterli yastıklama etkisi olmadığından postoperatif dönemde parmak ucunda hassasiyeti gelişmesine neden olabilir (2). Bazı durumlarda diğer parmaklardan (cross-finger) veya avuç içinden (thenar flep), hatta uzak bölgelerden (örn. kasık) bölgesel ve uzak pediküllü fleplerin kullanımı parmak ucundaki defektlerin rekonstrüksiyonu için seçilebilir (6-8). Bölgesel ve uzak fleplerin kullanımı komplikasyonsuz değildir (9). Genellikle fleksiyon pozisyonunda uzun süreli immobilizasyon yaralanan ve donör parmakta eklem sertleşmesi ve hareket kaybına sebep olabilir (9). Bölgesel ve uzak pediküllü fleplerde donör alan morbiditesi de söz konusudur (5,9). Ayrıca bu tür fleplerin kullanımı iki aşamalı bir cerrahi yaklaşım gerektirmektedir (9). Atasoy V-Y ilerletme flebi zeminden beslendiği için periosttan serbestlenmesi, dorsal defektlere ilerletilmesi ve tırnak yatağı ile koaptasyonu zordur. Ayrıca tırnak yatağında dolgunluk ve pulpadaki dolgun ve yuvarlak görüntüyü sağlamayabilir. Pacman fleple onarım defektlerin uygun özelliklerde deri ile örtülmesini sağlamakta ve iyileşme sonrasında görünüm, şekil ve duyu açısından iyi sonuçlar elde edilmektedir.

Kaynaklar

1. Borman H, Maral T, Tancer M. Fingertip reconstruction using two variations of directflow homodigital neurovascular island flaps. Ann Plast Surg 45:24, 2000.

2. Horner RL, Bralliar F. Fingertip injuries. Emergency and definitive care. J Occup Med 12:355, 1970.

3. Ma GF, Cheng JC, Chan KT, Chan KM, Leung PC. Fingertip injuries a prospective study on seven methods of treatment on 200 cases. Ann Acad Med Singapore 11:207, 1982.

4. Aoki R, Hyakusoku H. Pacman flap method. Plast Reconstr Surg. 2007 May;119(6):1799-802.

5. Inoue G. Fingertip reconstruction with a dorsal transposition flap. Br J Plast Surg 44:530, 1991.

6. Louis DS. Amputations. İn Operative hand surgery. Editörler. Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. 4. baskı,

Vol 1, 1997,p.:48.

7. Lau C, Knutson GH, Brown WA. Thenar and palmarflap repair in fingertip amputations. Can J Surg 12:294, 1969.

8. Miller Ad. Single fingertip injuries treated by thenar flap. Hand 6:311, 1974.

9. Ünlü RE, Mengi AS, Koçer U, Şensöz Ö. Dorsal adipofascial turnover flap for fingertip amputations. J Hand Surg (Br) 24B:525, 1999.

SS-149
Alt Ekstremite Kemik Tümörlerinde Biyolojik Rekonstrüksiyon

Şükrü Yazar[1], Altuğ Altınkaya[2], Buğra Alpan[3], Natig Valiyev[3], Harzem Özger[3]
[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Acıbadem Maslak Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı; İstanbul
[2]Acıbadem Maslak Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü; İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi; Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü; İstanbul

Amaç: 1970' li yıllara dek ekstremite kemiklerini tutan malign tümörlerin tedavisinde, etkilenmiş ekstremitenin amputasyonu primer tedavi metoduydu. Günümüzde kemoterapi ve radyoterapi alanındaki gelişmeler sonucunda etkilenen ekstremiteyi korumaya yönelik cerrahi tedavi girişimler standart tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir. Kliniğimizde 2009 ve 2014 yılları arasında alt ekstremite kemik tümörü nedeniyle 20 hastaya ortopedi ekibi ile beraber ekstremite koruyucu cerrahi ve rekonstrüksiyon işlemi gerçekleştirilmiş olup amaçlanan bu hastalar ile ilgili sonuçların sunulmasıdır.

Yöntem Ve Gereçler: Ortopedi polikliniğine alt ekstremitede şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurup, yapılan biyopsiler sonucunda malignite tespit edilen 20 hastaya ekstremite koruyucu cerrahi ve eş zamanlı rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Kemik tümörü ortopedi ekibi tarafından geniş cerrahi sınırlar ile rezeke edildikten sonra çıkarılan kemik dokusu üzerindeki tümöral doku ve yumuşak dokular sıyrıldı, kemiğin medüller kanalı oyuldu. Sonrasında kemik doku sırasıyla sıvı nitrojen içerisinde, oda havasında ve serum fizyolojik içerisinde bekletildi. Hazırlanan kemik doku medullası içerisine karşı bacaktan kaldırılan serbest fibula kemik flebi yerleştirildi. Damar anastamozu gerçekleştirildikten sonra hazırlanan sandviç tarzındaki kemik, defekt alanına ortopedi ekibince fikse edildi.

Bulgular: Hastalardan 9' u kadın 11' u erkek olup yaş aralığı 7 ile 38 (ortalama yaş = 13.6) arasında değişmekteydi. Hastaların 10' unda tümör sol alt ekstremitede 10' unda ise sağ alt ekstremitede yerleşim göstermekteydi. Tümöral kitle 14 hastada femoral kemiği tutmuşken 6 hastada tibia tutulumu mevcuttu. Preop yapılan biyopsiler sonucunda 13 hastaya osteosarkom, 5 hastaya ewing sarkomu ve 2 hastaya kondrosarkom tanısı konuldu. Rekonstrüksiyon için 10 hastada sol, 10 hastada sağ alt ekstremite kullanıldı. Hazırlanan serbest fibula flebinin uzunluğu 16 cm ile 29 cm arasında değişmekte olup ortalama uzunluk 21.2cm' di. Damar anastamozu için 14 hastada femoral arter ve venden çıkan yandallar, 5 hastada popliteal arter ve venden çıkan dallar kullanılırken, 1 hastada anterior tibial arter kullanıldı. Postop dönemde 2 hastada anastamozda trombüs gelişti, bu hastalarda anastamozlar yenilendi ve her iki fleptede komplikasyon gözlenmedi. 3 hastada hematom gözlendi, hematom boşaltılmasını takiben hematomun boşaltıldığı insizyon hattı açık bırakılarak VAC pansuman uygulandı. VAC pansumanla takip edilen hastalardan 1'nin insizyonu sekonder suture edilirken diğer 2'sinde kısmı kalınlık deri grefti ile yara kapatıldı. Uzun dönemde 1 hastada kaynama problemi gözlenmesi dışında uzun dönem komplikasyonu gözlenmedi.

Sonuç: Ekstremite koruyucu cerrahi sonrası oluşan kemik defekti, allograft kullanımı, çıkarılan parçanın tümörden arındırılarak otogreft olarak kullanımı veya segmental protezlerin kullanımı ile rekonstrükte edilebilmektedir. Avaskulerize olarak gerçekleştirilen bu tip rekonstrüksiyonlarda kaynamama, kırık ve infeksiyon çok sık gözlenmektedir. Tümörden arındırılmış kemik dokunun içerisine vaskularize fibula yerleştirirek elde edilen kompozit greftte, otogreft olarak kullanılan kemik doku mekanik dayanıklılığın ve stabilizasyonun devamını sağlarken fibula flebi ise neovaskularizasyonu ve kemik iyileşmesini hızlandırmaktadır. Tümörden arındırılmış kemik ile kombine vaskularize fibula ile hazırlanan kompozit greft defekt alanına son derece iyi uymakta, kolayca fikse edilebilmektedir. Bu yöntem ekstremite koruyucu cerrahi uygulanacak hastalar için standart tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir.

SS-150
Diyabetik ve İdiyopatik karpal tünel sendromlu hastaların histopatolojik bulgularının karşılaştırılması

Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Hülya Şimşek[3], Candemir Ceran[4], Soner Tezcan[1], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Gülçin Şimşek[5]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Artvin Devlet Hastanesi,Patoloji Kliniği, Artvin
[4]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[5]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Bu çalışmada diyabetik ve idiyopatik karpal tünel sendromlu hastalarda herhangi bir histopatolojik farklılığın olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Yöntem: Karpal tünel sendromu tanısı ile açık karpal tünel gevşetme yöntemi ile cerrahi tedavisi yapılmış 47 hastadan (21 diyabetik ve 26 idiyopatik) tranvers karpal ligamentden (TKL), median sinir epinöriyumundan ve sinire komşu sinoviyumdan biyopsiler alındı. Biyopsiler histopatolojik olarak fibroblast proliferasyonu, fibrozis, perivasküler inflamasyon, ödem, vasküler proliferasyon ve vasküler duvar kalınlığı yönünden değerlendirilerek skorlandı.

Sonuçlar: TKL örneklerinde her iki grupta anormal histopatolojik bulgu saptanmamıştır. Her iki grupta sinoviyal örneklerde sinoviyal hiperplazi, fibrozis ve perivasküler inflamasyon saptanmamışken, sinoviyal ödem (%57-87), vasküler proliferasyon (%30,8-90,5) ve vasküler duvar kalınlığı (%11,5-90,5) yönünden diyabetik hastalarda idiyopatik hastalara göre istatistiksel

olarak anlamlı derecede artış (p<0,05) saptanmıştır. Her iki grupta epinöriyum örneklerinde ödem, fibrosis ve perivasküler inflamasyon saptanmamıştır. Fakat vasküler proliferasyon (%7,7-71,4) ve vasküler duvar kalınlığı (%3,8-71,4) yönünden diyabetik hastalarda idiyopatik hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede artış (p<0,05) saptanmıştır.

Sonuçlar: Karpal tünel sendromu olan diyabetik hastalarda sinoviyal ve epinöriyumda histopatolojik ciddi anormalliklerin olması ve sinir yenilenme kapasitelerinin bozuk olması nedeniyle cerrahi karpal tünel dekompresyonu işlemlerinin hastalığın erken evrelerinde planlanabileceğini düşünmekteyiz.

SS-151
Karpal tünel cerrahisinde postoperatif analjezide diklofenak ve parasetamolün karşılaştırılması: Antiinflamatuar etkinin analjezideki yeri

Kadri Özer[1], Yüksel Kankaya[2], Adile Dikmen[2], Emel Anayurt[2], Uğur Koçer[2]
[1]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

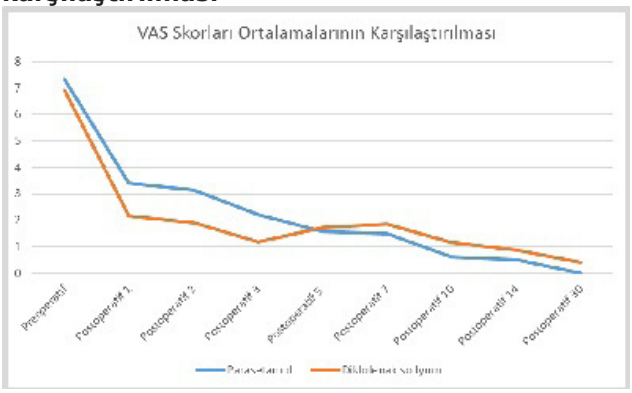
GİRİŞ: Karpal tünel cerrahisi üst ekstremite kompresyon nöropatileri arasında en sık yapılan cerrahi olup postoperatif erken ve geç dönemde analjezi ile ilgili olarak yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmamızda, günübirlik yapılan bir cerrahi olan karpal tünel cerrahisinde antiinflamatuvar etkinin analjezi sağlamada katkısı olup olmadığını belirlemek amacıyla diklofenak ve parasetamol kullanımını postoperatif analjezi yönünden karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 2012 yılında karpal tünel cerrahisi amacıyla başvuran 35 hasta randomize şekilde iki gruba ayrıldı. Grup 1(n=20)'de postoperatif analjezi olarak 1000 mg parasetamol intravenöz olarak verildikten sonra oral tedavi olarak iki doz 500 mg verildi. Postoperatif 5 gün boyunca dört eşit dozda 2000 mg/gün parasetamol oral reçete edildi. Grup 2(n=15)'de postoperatif analjezi olarak 75 mg diklofenak intramüsküler olarak verildikten sonra oral tedavi olarak tek doz 75 mg verildi. Postoperatif 5 gün boyunca tek dozda 75 mg/gün diklofenak oral reçete edildi. Hastalara preoperatif dönemde ve postoperatif 1,2,3,5,7,14,30.günlerde Vizüel Analog Skalası (VAS) yapıldı ve yan etkiler, ek doz kullanımı sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmamızda yaş aralığı 26-72 olup ortalama yaş 50 olup hastaların %80'i kadın idi. %68 evhanımı olup %20 işçiydi. %97 dominant el sağ olup opere edilen sağ el oranı %48,5 idi. Eğitim yönünden incelendiğinde %35 okuma yazma bilmezken %60 ilkokul mezunuydu. Preop VAS skoru ortalama 7.15 olup 0-10 arasında değişmekteydi. Preoperatif ve postoperatif 1,2,3,5,7,14,30.gün VAS skor ortalamaları parasetamol ve diklofenak için tabloda verilmiş olup gerek değerler arasında gerek farkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir(p>0.05).

SONUÇ: Postoperatif dönemde karpal tünel cerrahisi sonrasında analjeziyi sağlamada antiinflamatuvar etkinin anlamlı bir fark sağlamadığı söylenebilir. Görülmektedir ki, parasetamol veya diklofenak kullanımı analjezi sağlamakta fakat diklofenak kullanımı ile oluşan antiinflamatuvar etki analjezide postoperatif birinci ve ikinci günde hızlı bir etki sağlamaktadır. Fakat bu etki istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte bu konu üzerinde daha geniş hasta katılımlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

İki grup arasında VAS skorların karşılaştırılması



SS-152
Dorsal Metatarsal Arter Perforatör Flep İle Ayak Distal Kısım Defektlerinin Onarımı

Ömer Faruk Ünverdi, Atilla Çoruh, Mehmet Severcan, Emre Özenalp, Hakan Özocak, İlknur Orhan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Yüksek voltaj elektrik yanıklarında akımın vücuda girdiği ve vücudu terk ettiği alanlarda sıklıkla kemik, tendon, eklem aralığı gibi önemli anatomik yapıları açıkta bırakabilmesi nedeniyle akımın çıkış noktası olan, ayağın distal kısmında meydana gelen doku kayıplarının onarımı büyük önem ve sorunlar taşımaktadır.Bu bölgedeki doku kayıplarının onarımında vakum, lokal, uzak ve serbest flep seçenekleri bulunmaktadır. Uzun yatış ve ameliyat süreleri, büyük damarların sakrifiye edilmesi ve teknik zorluklar içermeleri bu alternatif metodların dezavantajı olarak karşımızda durmaktadır.

Perforatör flepler Wei ve Mardini tarafından tariflendikleri dönemden günümüze kadar büyük ilgi görmektedir (1). Defekte uygun plan yapılabilmesi ve güvenilir olmaları sayesinde bu flepler, onarım cerrahisinde daha büyük önem kazanmaktadır. Perforatör flepler ile yapılan onarımlarda, arterial yapıların sakrifiye edilmemesi, kısa ameliyat süreleri, ince olabilmeleri ve düşük nekroz oranlarına sahip olmaları nedeniyle ayağın distal kısım doku kayıplarının onarımlarında güvenle kullanılabilmektedir.

Materyal-Metod: Elektrik yanığı nedeniyle ayak distal kısmında kemik, tendon ve/veya eklem aralığını açıkta bırakan doku kaybı bulunan 6 hasta çalışmaya dahil edildi. El doppleri yardımıyla 1. web aralığının proksimalinde 1. metatarsal arterin perforatörü bulundu. Doku kaybının

bulunduğu alanın şekline uygun olarak perforatörü de içerecek şekilde deri flepleri çizildi. Defektin bunduğu bacaklara turnike uygulandıktan sonra çizimlere uygun insizyonlar yapıldı.. Zeminde paratenon korunarak flep proksimalden distale doğru kaldırılmaya başlandı. Perforatör etrafında bulunan yumuşak dokular korunarak diseksiyon tamamlandı ve flep defekt alanına transpoze edildi. Flep donör alanı uyluktan alınan kısmi tabaka deri greft ile onarılarak operasyonlar sonlandırıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaşı 13 ile 45 arasında değişmekteydi. Beş hastada yanık nedeni yüksek voltaj elektrik teması, bir hastada sıcak nesneye temas olarak saptandı. Kaldırılan fleplerin boyutu 3×8 cm ile 6×13 cm arasında değişmekteydi. Bir hastada flebin distal ucunda venöz yetmezliğe bağlı 1 cm lik kısmi kayıp meydana geldiği gözlendi. Nekroza giden alan nedeniyle oluşan defekt V-Y ilerletme flebi ile onarıldı. Operasyon süresi ortalama 50 dk olarak saptandı. Hastalar operasyon sonrası 5. günde taburcu edildi.

Tartışma: Ayak distal kısmında derinin ince olması nedeniyle yaralanmalar sonrasında tendon, kemik ve eklem gibi anatomik yapılar kolaylıkla açığı çıkabilmektedir. Bu yapılar korunarak oluşan kaybın onarılmasında günümüze kadar vakum yardımlı kapama, lokal flepler, kas flepleri, pediküllü flepler ve serbest flepler uygulanmıştır. Bu metodlarda maliyet, uzun hastanede kalış süreleri, kısmi veya total flep kaybı, uzun ameliyat süreleri ve mikrocerrahi tecrübesi gerektirmesi gibi dezavantajlar mevcuttur(2,3).

First metatarsal arter perforatör flep ilk olarak 1997 yılında ayakta hiperekstansiyon kontraktürünü onarmak amacıyla uygulanmıştır (4). Kısa ameliyat süreleri, büyük arter sakrifiye edilmemesi, kalın yumuşak doku oluşturmaması, mikrocerrahideki teknik zorlukları içermemesi ve büyük boyutlarda kaldırılabilmesi first metatarsal arter perforatör flebin ayakta distal kısım doku kayıplarının yeniden onarımında popülaritesini arttırmaktadır (5).

Günümüze kadar çeşitli çalışmalarda ilk metatarsal arter perforatör flepler uygulanmıştır. Bu çalışmalarda flep boyutları bizim çalışmamızda kaldırılan flep boyutlarına ulaşamamaktadır(5,6,7). Bunun, elektrik yanığı sonrasında insanların vasküler ağında meydana gelen değişikliklere bağlı olduğunu düşünmekteyiz(8,9).

1) Wei FC, Mardini S. Free-style free flaps. Plast Reconstr Surg.2004;114:910–916

2) Hou Z, Irgit K, Strohecker KA, Matzko ME, Wingert NC, DeSantis JG, Smith WR. Delayed flap reconstruction with vacuum-assisted closure management of the open IIIB tibial fracture. J Trauma 2011;71:1705–1708

3) Karp NS, Kasabian AK, Siebert JW, Eidelmann Y, Colen S. Microvascular free-flap salvage of the diabetic foot: A 5-year experience.Plast Reconstr Surg 1994;94:834

4) Bharathwaj VS, Quaba AA. The distally based islanded dorsal foot flap. Br J Plast Surg 1997;50:284–287

5) Çinpolat A. et all. Metatarsal artery perforator-based propeller flap. Microsurgery2014;34(4):287-91.

6) Hallock G.G. Distally Based Flaps for Skin Coverage of the Foot and Ankle. Foot & Ankle Intemational.1996;17:343-348

7) Pallua N. et all. Forefoot Reconstruction by Reversed Island Flaps in Diabetic Patients. Plast. Reconstr. Surg.2000;106:823-827

8) Li Ligen, Yang Hongming, Li Feng, Yin Huinan, Hu Quan, Feng Guang. Magnetic resonance imaging features of soft tissue and vascular injuries after high-voltage electrical burns and their clinical application. Injury 2012;43:1445-1450

9) Lee. G.K. et all. MR imaging findings of high-voltage electrical burns in the upper extremities: correlation with angiographic findings. Acta Radiologica 2011; 52: 198–203

Ayak dorsal yüzde bulunan cilt defektinin onarılması



Elektrik yanığı sonrasında 2,3,4. metatarsları açıkta bırakan cilt defektinin first dorsal metatarsal arter perforatör flep ile onarılması.

Elektrik yanığı nedeniyle sol ayakta metatarsofalangeal eklemi açıkta bırakan cilt defekti



Sol ayak metatarsofalangeal eklemi açıkta bırakan cilt defektini onarmak amacıyla first dorsal metatarsal arter perforatör flebin planlanması. Distalde meydana gelen kaybın V-Y ilerletme flebi ile onarılması.

Flebin planlanması ve perioperatif fotoğraflama.



Elektrik yanığı sonrasında sağ ayak metatarsofalangeal eklemi açıkta bırakan yaralanma sonrasında oluşan defekti onarmak amacıyla first dorsal metatarsal arter perforatör flep planlanması ve flebin yeni yerine transpoze edildiği perioperatif görüntüsü.

Hastalara ait bilgiler

Hasta	Yaş	Yanık Nedeni	Yanık Yüzdesi	Flep Boyutları	Takip Süresi	Kompli kasyon
1	13	Elektrik	10	4x9cm	4 ay	Yok
2	31	Elektrik	3	3x4 cm - 4x8 cm	8 ay	Yok
3	32	Elektrik	2	5x11 cm	12 ay	Distalde nekroz
4	34	Elektrik	31	5x11 cm	16 ay	Yok
5	36	Elektrik	9,5	6x13 cm	10 ay	Yok
6	45	Sıcak su	2,5	2,5x3,5 cm	8 yıl	Yok

SS-153
Distal Falanks Yumuşak Doku Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Dorsal ve Volar Homodijital Fleplerin Kullanımı - Klinik Tecrübemiz

Burak Sercan Erçin, Ahmet Biçer,
Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Cüneyt Özek, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

El cerrahisi günlük uygulamalarında distal falanks yumuşak doku yaralanmaları ile sıkkarşılaşılmaktadır. Bu tip yaralanmalarda her zaman replantasyon mümkün olmamaktadır. Bu gibi durumlarda oluşan defekti onarıma yönelik tanımlanmış birçok teknik bulunmaktadır. Retrospektif olan bu çalışmamızda ters akımlı volar ve dorsal kaynaklı homodijital ada fleplerini belirli parametreler kullanarak karşılaştırmayı amaçladık.

Çalışmaya 2014-2015 yılları arasında DİF eklem distalinde, 1 cm'den büyük, yumuşak doku defekti olan ve bu defektleri homodijital ada flepleri ile rekonstrükte edilmiş olan 13 hasta dahil edildi. Volar ve dorsal kaynaklı olan flepler ayrı gruplanarak flep yaşarlılığı, görünüm, eklem hareket açıklığı ve iki nokta ayrımı parametreleri üzerinden karşılaştırıldı.

13 hastadanın 17 parmağında bulunan defektlerin homodijital ada flepleri kullanılarak onarıldığı görüldü. Bunların yedi tanesinde dorsal kökenli homodijital ada flebi kullanılırken (1. Grup), 10 tanesinde volar kökenli homodijital ada flebi (2.Grup) kullanıldığı görüldü. Bir volar kökenli flep hariç tüm flepler duyulu olarak kaldırıldı ve alıcı sahada bulunan dijital sinir güdüğüne koapte edildi. Birinci gruptan bir flepte tam kayıp yaşanırken ikinci gruptan bir fleptekısmi kayıp yaşandı. Bununla birlikte birinci gruptan iki flepte geçici venöz yetmezliğe bağlı epidermoliz oluştu. Kozmetik olarak iki grup arasında fark olmamakla birlikte ikinci grup hastalarının kozmetik skorlama puanlarının hafifçe yüksek olduğu görüldü. İki nokta ayrımı testlerinde ise fark saptanmadı.

Bu çalışmada parametreler arasında anlamlı fark çıkmamıştır. Uygun endikasyonlarda dorsal kökenli homodijital flebin arter sakrifiye etmemesi nedeniyle avantajlı olduğunu; özellikle parmak distal falanks medial ve lateral defektlerinde kullanışlı olduğunu; fakat hacim gerektiren ve özellikle volar oblik ampütasyonlarda ise ''benzer dokuyla onarma'' prensibinden yola çıkarak volar kökenli flebin tercih edilebileceğini düşünmekteyiz.

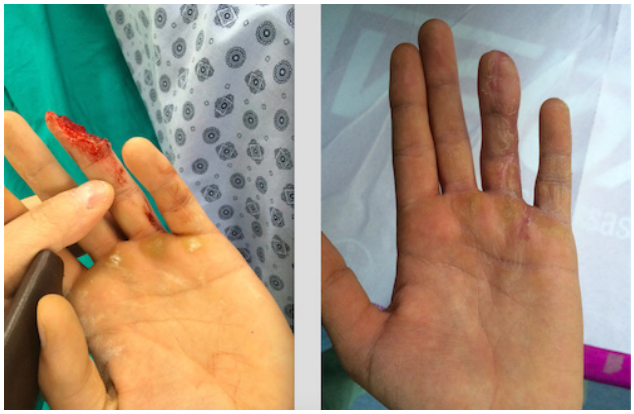
Dorsal Homodijital Ada Flebi



Dorsal Homodijital Ada Flebi



Volar Homodijital Ada Flebi



Volar Homodijital Ada Flebi Pre-op ve Post-op 1.ay

SS-154
Üst Ekstremite Rekonstruksiyonlarında Serbest Anterolateral Uyluk Flebi Deneyimlerimiz

Reşit Burak Kayan, Onur Akman, İsmail Melih Kuzu, Osman Kelahmetoğlu, Mustafa Ekrem Güleş, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Anterolateral uyluk flebi (ALT) 1984 yılında Song ve arkadaşları tarafından geliştirildi. 1991'de Zhou ve 1993 yılında da Koshima'nın yayınları ardından kullanımı yaygınlaşmıştır. ALT flebi değişken defektlere uygun boyutlarda kaldırmaya uygun ve donör alan morbiditesi düşük bir fleptir. Kas, fasya ve cilt ile birlikte kompozit flep olarak hazırlanabilir. Üst ekstremite rekonstruksiyonunda nörovasküler ve hareketli yapıların cilde çok yakın seyretmesi sınırlayıcı bir unsurdur. El ve üst ekstremitenin serbest flep ile rekonstruksiyon gerektiren yaralanmalarının etiyolojisinde genellikle ağır travmalar, ateşli silah yaralanmaları ve yanıklar yer alır.

Üst ekstremitenin rekonstruksiyonunda değişen boyutlarda flep kaldırılmasına imkan tanıması, inceliği, kas ve fasya yapılarının dahil edilebilmesi özelliği ile ALT flebi yaygın kullanılır. ALT flebi üst ekstremite vasküler yapılarına uygun damar genişliği ve uzun pedikülü ile de avantaj sağlar. Flebin ince olması ve inceltilebilmesi doku uyumunu arttırır. Ayrıca flebe katılan fascia lata ile varsa defektif tendonların rekonstrüksiyonu da mümkündür. Kas doku da eklenerek konformatif bir güdük için de kullanılabilir.

Bu çalışmada, geniş el ve ön kol defektlerinin örtümü için serbest ALT kullanımına ait deneyimlerimizi sunmaya çalıştık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2011 ve 2015 yılları arasında kliniğimizde serbest ALT uygulanan 15 hasta dahil edildi. Üst ekstremitede 3 tümör, 11 travma, 1 yanık hastasına rekonstruksiyon amaçlı toplam 16 adet serbest ALT flebi uygulandı. Fleplerin 10 tanesi sağ, 4 tanesi sol 2 tanesi de bilateral el ve üst ekstremitere konstruksiyonu için uygulandı. Fleplerin 2 tanesi önkolda, 4 tanesi palmar yüzde, 2 tanesi web aralığında, 5 tanesi dorsal yüzde, 3 tanesi el güdüğünde kullanıldı. Hastaların yaş aralığı 4 ile 67 arasında, ortalama yaş ise 36,1›di.

Tüm hastalar supine pozisyonda genel anestezi altında ameliyata alındılar. Ameliyat esnasında her iki uyluk SIAS noktasından patella lateraline çizilen çizginin orta noktasını merkez kabul ettiğimiz 3 cm'lik daire içerisinde el doppler cihazıyla dominant perforatör arandı. Perforatörün iyi olduğu uyluk tarafından flep kaldırıldı. Flep boyutları defekte göre belirlendi. En küçük flep boyutu 13x6 cm en büyük flep boyutları ise 26x10 cm idi. Flep eni 8 cm'nin üzerindeki vakalarda donör alan primer onarılmadı, defekt Epigard ile kapatıldı ve ikinci ameliyatta kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarıldı. Eni 8 cm'den küçük alınan fleplerin donör alanları primer onarıldı.

Bulgular: 14 hastada yapılan 15 flepte sorun yaşanmadı. Bir hastada sağ el palmar yüze uygulanan bir flepte flep total olarak kaybedildi. Bir hastada SCC rezeksiyonu sonrasında flep distalinde radyoterapi sırasında kısmi nekroz gelişti, debridman yapıldı ve gecikmiş primer onarım uygulandı. Bunun dışında diğer fleplere revizyon yapılmadı. Greftlemelerin hepsi ikincil bir ameliyatta gerçekleştirildi. Hastaların 12, fleplerin 12 tanesinde donör bölgeler primer onarıldı. Primer onarılan ve ikincil olarak greftlenen donör bölgelerde yara iyileşmesi sorunları yaşanmadı. Hastalar ortalama 5,8 gün (4-11 gün) hastanede yatırıldı. Bilateral mutile el yaralanması olan bir hastada her iki elinde ALT serbest flebi yapıldı.

Tartışma: Deneyimli ekiplerce üst ekstremite defektlerinin onarımında serbest flep seçenekleri rekonstrüktif cerrahide ilk seçenektir. Üst ekstremitede ilk başarılı serbest flep transferi 1974 yılında Harii tarafından rapor edilmiştir. Üst ekstremite serbest doku ile rekonstruksiyonlarında iyi ve stabil bir defekt onarımının yanısıra fonksiyonel bir sonuç da aranır. Üst ekstremitenin serbest ALT flebi ile onarımı; tek aşamada, duyulu, tendon greftine müsait fascia lata ile beraber kaldırılabilme ve flow-trough onarım imkanı sunduğu ve güvenilir sabit anatomisi ve geniş damar çapı ile tercih edilir. Mikrocerrahi ile rekonstruksiyon adayı olarak düşünülen hastaların genel durumu iyi ve ameliyatla ilgili fonksiyonel olarak motive hastalar olması gerekmektedir. Rölatif kontrendikasyonlu hastalar ise: sistemik hastalıklı, ciddi aterosklerozlu, KOAH'lı, psikiyatrik hastalıkları bulunan hastalardır.

Sonuç: Üst ekstremite rekonstruksiyonlarında ALT flebinin en uygun seçenek olduğunu düşünüyoruz.

1) The Use of Free Flap Transfer in Upper Extremity Reconstruction, Antohi NA, Stingu C, Stan V. TMJ 2005; 55: 27-35.

2) Successful clinical transfer of ten free flaps by microvascular anastomoses, Harii K, Ohmori K, Ohmori S. Plast Reconstr Surg 1974; 53:259.

3) Free tissue transfer in elderly patients, Bonawitz SC, Schnarrs RH, Rosenthal AI, et al. Plast Reconstr Surg 1991; 87:1074-9.

4) Soft Tissue Coverage of the Upper Extremity: An Overview, Chim H, Yang Ng Z, Carlsen BT, Mohan AT, Saint-Cyr M. Hand Clinics 2014; 30: 459-473.

5) Perforator Flaps in the Upper Extremity, Sauerbier M, Unglaub F. Clinics in Plastic Surgery 2010; 37:667-676.

6) Free anterolateral thigh flap for extremity reconstruction: clinical experience and functional assessment of donor site, Kuo YR, Jeng SF, Kuo MH, Huang MN, Liu YT, Chiang YC, Yeh MC, Wei FC. Plastic and Reconstructive Surg 2001; 107(7): 1766-1771

7)Anterolateral Thigh Flap, Wong CH, Wei FC. Head&Neck 2010; 32: 529-540
8) Use of the Anterolateral Thigh Free Flap for Upper-Extremity Reconstruction, Wang HT, Fletcher JW, Erdmann D, Levin LS. The Journal of Hand Surgery 2005; 30: 859-864

Resim 1



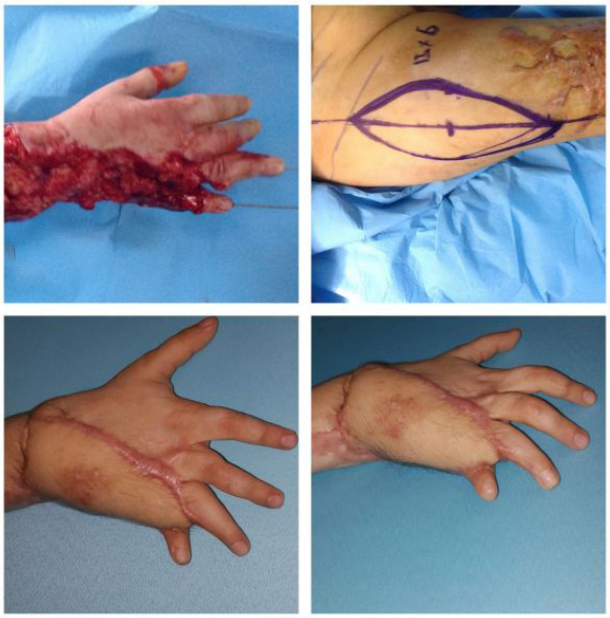
Vaka örneği - tm(SCC) rezeksiyonu sonrasında anterolateral uyluk flebi ile rekonstruksiyon.

Resim 2



Vaka örneği - Travma(AİTK) sonucunda gelişmiş el bileği açık yarasının anterolateral uyluk flebi ile rekonstruksiyonu.

Resim 3



Vaka örneği - 4 yaşındaki hastanın sağ el bileği dorsoulnar tarafında ateşli silahla yaralanma sonrasında kontraktür giderilmesi için anterolateral uyluk flebi kullanımı.

SS-155
Postoncologic Bone Reconstruction By Combination Of Inlay Vascularized Fibula Graft With Excised Bone Segment

Eyüphan Gencel[1], Cengiz Eser[1],
Mehmet Ali Deveci[2], Erol Kesiktaş[1], Metin Yavuz[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ana Bilim Dalı, Adana

Extracorporeal irradiation and re-implantation of excised bone has been used as limb salvage procedure for oncologic surgery. Allograft and endoprosthetic reconstruction have some disadvantages such as rejection, transmission of infections and long term complications. 23% of patients with alloplastic reconstruction had revision surgery and articular surface survival was 54% at ten years.Intercalary reconstruction of upper extremity with allografts had better functional result than the lower extremity.so the lower extremity desires more attention for better outcomes. The compatibility biologic and immunological parameters of host, reconstruction with nature bone stock are the advantages of host autograft reimplantation. But long term stability must be supported with fixators during bone healing. Combination of vascularized bone grafts with reimplantted bones achieves early mobilization in this patient group. We share our experience about lower extremity bone reconstruction with combined free fibula flap and reimplanted excised bone after tumor excision. After neo-adjuvant chemotherapy, a wide resection of the tumor, irradiation of excised bone stock, re-implantation with vascularized fibula graft and fixations are our protocol before complete adjuvant chemotherapy. In this study, one femur and 3 tibia bone were excised for oncologic surgery due to Ewing sarcoma. After irradiation and carved

of medullar part the proximal segment was prepared for pedicle opening. The contralateral free fibula was harvested in 3 patients and anastomosed to tibialis anterior artery in two patients for tibia reconstruction and anastomosed to lateral descending femoral artery in one patient for femur reconstruction. In one case the reverse vascularized fibula was harvested moreover the extremity was shortened for 1 cm, the salvage of the pedicle was ensured with proximal anastomosis. There was no complication and flap lost occurred but one patient was lost 6 months later because of complication of chemotherapy average. Follow up was 1 year. Functional status was assessed with musculoskeletal tumor society score. All patient walk with device assistance after rehabilitation.

Picture 1



SS-156
Femur başı aseptik nekrozu tanısı almış serbest vaskülarize fibula flebi ile tedavi edilen hastalarda alıcı damar sorununa yaklaşım

Serdar Düzgün[1], Ekrem Ramazan Keskin[1], Özgür Erdoğan[2], Ahmet Kürşat Yiğit[1], Erinç Evrensel[1], Ozan Aslan[1]
[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Femur başı avasküler nekrozu (AVN), femur başının kanlanmasının bozulması sonucunda iskemi, artmış intraosseöz basınç, nekroz ve ağrıyla ortaya çıkan bir hastalıktır[1]. AVN etyolojisinde idiopatik, steroid kullanımı, alkol kullanımı, post-travmatik, idiopatik, gebelik ve Perthes Calve Legg hastalığı gibi faktörler bulunmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda eklem dejenerasyonu ve femur ekleminde çökme meydana gelmektedir. Avasküler nekrozu olan hastaların genellikle genç ve aktif olması nedeniyle bu hastalarda kalça artroplastisinin uzun dönem sonuçları yüz güldürücü değildir. Gelişen mikrocerrahi yöntemler ışığında son zamanlardaki tedavi trendi vaskülarize kemik dokularıyla femur başının desteklenmesi yönündedir[2]. Bu çalışmada amacımız femur başı osteonekrozu nedeniyle serbest vaskülarize fibula flebi ile tedavi edilen hastalarda karşılaştığımız alıcı damar probleminin ve alıcı damar seçimini nasıl yapmak gerektiğinin ortaya konulmasıdır.

Gereç Ve Yöntem: 2014 – 2015 yılları arasında hastanemiz ortopedi kliniğinden tarafımıza yönlendirilen Ficot – Arlet sınıflamasına göre evre 2A ve 2B avasküler nekrozu olan 4 hastaya serbest vaskülarize fibula flebi ile onarım işlemi uygulanmıştır. Hastaların ortalama takip süresi 8 aydır. Hastaların ortalama yaşı 31 idi. Hastaların 3'ü erkek 1'i kadındı. Hastaların 3'ünde alıcı damar olarak lateral sirkumfleks femoral arterin asendan dalı, 1'inde lateral sirkumfleks femoral arterin transvers dalı kullanılmıştır.

Hastaların maksimum uzatılmış alıcı damar boyu ortalama 4.9 cm idi. Ortalama donör kemik dokusu uzunluğu 10 cm idi. 4 hastada da tensor fasya lata ve vastus lateralis kası anastomoz sonrasında onarılmamasına rağmen anastomoz primer yapılamamış ve ayak dorsal yüzünde 9 – 12 cm uzunluğunda interpozisyonel ven grefti alınarak anastomoz sağlanmıştır. Hastaların sintigrafi ve direkt radyolojik görüntülemelerinde komplikasyon görülmemiştir. Bütün vakalarda yara iyileşmesi normal aralıkta seyretmiş, hastaların mobilizasyonu sağlanmış ve serbest vaskülarize fibula flebinin yaşadığı gözlenmiştir.

Tartışma Ve Sonuç: Femur başı osteonekrozu, femur başının bir bölümünün ya da tamamının beslenmesinin bozulmasına bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Tedavi hastalığın evresine göre değişmektedir ve tedavi yöntemleri kor dekompresyon, vaskülarize ya da vaskülarize olmayan fibula grefti veya iliak kemik greft uygulamaları ve osteotomilerdir. Genç hastalara kalça artroplastisi uzun dönem sonuçları yüz güldürücü olmadığı için serbest vaskülarize fibula flebi kullanılmaktadır. Serbest vaskülarize fibula flepleri, femur başında çökme olmadan uygulandığında çok başarılı sonuçlar alınmakta ve subkondral çökme gelişmesi büyük ölçüde önlenebilmektedir. Subkondral çökme olduktan sonra bu tedavi uygulandığında da,

total kalça protezine geçiş dönemi oldukça uzamaktadır Serbest vaskülarize fibula flebinde alıcı arter olarak çoğunlukla lateral sirkumfleks femoral arterin transvers ve asendan dalı kullanılır. Femur proksimalinin ekspozisyonunu sağlamak ve vasküler anastomoza bası olmaması için tensor fasya lata ve vastus lateralis disseke edilerek ayrılır. Plikasyonları tekrar yapılmaz[3]. Vakalarımızda pedikül uzunluğu ortalama 5.1 cm uzunluğundadır (4.6-5.5 cm). Yapılan çalışmalarda vasküler pedikülün uzunluğu ortalama 5 cm olarak bildirilmiştir[3]. Vakalarımızda uzatılmış alıcı damar uzunluğu 4.2 – 5.5 cm uzunluğundadır (ortalama: 4.9 cm).Hastalarımız çoğunlukla aktif spor yapan kas hacmi yüksek genç erkekler olduğundan vastus lateralis ve tensor fasya lata kasları ayrılmış, lateral sirkumfleks femoral arterin asendan dalı kullanılmış olmasına rağmen pedikülümüzün anastomozu primer yapılamamıştır. Bu durumda sol ayak dorsumundan 9 – 12 cm interpozisyonel ven grefti alınarak arter ve ven anastomozları yapılmıştır. Sonuç olarak, femur başı AVN nedeniyle serbest vaskülarize fibula flebi ile rekonstrüksiyon planlanan hastalarda alıcı arter seçerken transvers ve asendan sirkumfleks femoral arter alıcı damar olarak ortaya konduğunda anastomozun primer yapılamayıp interpozisyonel ven grefti gereksinimi olabileceği akılda tutulmalıdır.

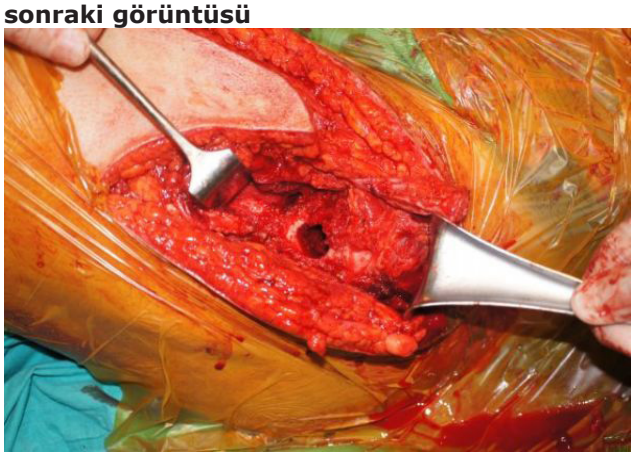
Kaynaklar

1. Tetik C, Başar H, Bezer M, Erol B, Ağır İ, Esemenli T. Femur başı osteonekrozunda vaskularize ve non-vaskularize fibula grefti tedavilerinin erken dönem sonuçlarının karşılaştırılması. Acta Orthop Traumatol Turc. 2011;45(5):326-334.

2. Scully SP, Aaron RK, Urbaniak JR. Survival analysis of hips treated with core decompression or vascularised fibular grafting because of avascular necrosis. J Bone Joint Surg Am. 1998; 80: 1270-5.

3. Tan CHJ, Sathappan SS, Chew YCW, Ong HS. Technical challenges of advanced hip osteonecrosis managed using a vascularised fibular graft. Singapore Med J. 2007; 48(11): e299

Femur başının debridman tamamlandıktan sonraki görüntüsü



Serbest vaskülarize fibula flebinin disseke edildikten sonraki görüntüsü



Hastalara ait maksimum uzatılmış vasküler pedikül uzunluğu, alıcı damar boyu, alıcı kemik uzunluğu ve alıcı damar bilgileri

Hasta Bilgisi	Vasküler pedikül uzunluğu	Maksimum uzatılmış alıcı damar boyu	Alınan kemik uzunluğu	Alıcı damar
Hasta 1	5.3cm	4.2 cm	9.1 cm	Lateral sirkumfleks femoral arterin asendan dalı
Hasta 2	4.6 cm	4.7 cm	10.2 cm	Lateral sirkumfleks femoral arterin asendan dalı
Hasta 3	5.5 cm	5.2 cm	11 cm	Lateral sirkumfleks femoral arterin asendan dalı
Hasta 4	5 cm	5.5 cm	9.8 cm	Lateral sirkumfleks femoral arterin transvers dalı
Ortalama	5.1 cm	4.9 cm	9.97 cm	

SS-157
Karaciğer Nakillerinde Hepatik Arter Rekonstrüksiyonu Deneyimlerimiz

Hikmet Aktaş[1], Alper Aksoy[2], Ayhan Okumuş[3], Özgen Işık[1], Osman Serhat Güner[1], Nevzat Demirhan[4], Emin Sır[5]
[1]Acıbadem Bursa Hastanesi, Genel Cerrahi Cerrahi, Bursa
[2]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[3]Acıbadem Bursa Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[4]Acıbadem Bursa Hastanesi, Radyoloji, Bursa
[5]İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, izmir

Amaç: Son dönem karaciğer yetmezliğinde en önemli tedavi yöntemi karaciğer naklidir. Ülkemizde kadavra organ bağışının azlığı canlı vericili karaciğer nakli sayılarının artmasına neden olmaktadır. Canlı vericili karaciğer nakillerinde greft arter çaplarının küçük olması, arter çaplarındaki uyumsuzluk gibi faktörler arter anastomozunu teknik olarak zorlastırmaktadır. Ancak hepatik arter komplikasyonlarının karaciğer naklinde başarıyı etkileyen önemli bir faktör olması seçilecek cerrahi teknik ve tecrübenin onemini ortaya koymaktadır.

Yöntem: Nisan 2012 ile –temmuz 2015 arası toplam 99 hastaya canlıdan, 2 hastaya ise split kadavra karaciğerinden nakil yapıldı. Tüm anostomozlar plastik cerrahlar tarafında mikroskop altına yapıldı. Anastamoz sonrası intraoperatifdoppler ile arteriyel akım kontrol edildi. Hastalara postoperatifdönemde 1-2-3-4-5 ve7. günler rutin doppler kontrolleri yapıldı. Hepatik arter trombozu (HAT) gelişen hastalar retrospektif olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların 48 bayan 53 erkek idi. Yas ortalaması 38.2 idi. Karaciğer nakli prosedürü genel cerrahi ekibi tarafından yapıldıktan sonra arter anastomuzu esnasında operasyona dahil olundu. Anastomozlar 7/0 veya 8/0 prolen kullanılaraktek tek sütür tekniği ile end- to end yapıldı. Dogrudanaortaya yapılan 2 anostomozda safen ven grefti kullanıldı ve abdominal aortaya end to side yapıldı. Anastomozlar 10alıcıda sol hepatik artere, 88 alıcıda sağ hepatik artere ve sağ split karaciğer takılan 1 alıcıda hepatikopropriya yapıldı.Toplam 4 hastada HAT oluştu (% 3.96). Hastaların birinde arter trombozu postop 1. Gün, 2 hastada 5. Gün, bir hastada ise 1. ayında gelişti. Bu hastalardan biri erken dönemde (postop 1. gün) ex oldu. 2 hastada trombektomi yapılarak akım sağlandı. 1. ayda tromboz gelişen hastaya karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme olmadığından ve kollateral dolaşım geliştiğinden invaziv girişim yapılmadı.

Sonuç: Canlı vercili karaciğer nakli sonrasında erken dönem HAT ciddi mortalite ve morbidite nedenidir. Bu olgularda greftin arter pedikülünün kısa, arter çapının küçük, damar çapları arasında uyumsuzluk, operasyon sahasının derinde ve mobil olması arter anastomozundaki teknik zorluğu artıranfaktörlerdir. Literatürde bildirilen erken dönem HAT orani%4.4 iken deneyimli mikrocerrahlar tarafından yapıldığında bu oranın daha düşük olabileceği çalışmamızda saptanmışolup,bu nedenle canlı vericili karaciğer nakillerinde plastik cerrahlar ekibin önemli bir üyesini oluşturmaktadır.

SS-158
Paralitik Göz Kapağı Reanimasyonunda Modifiye Temporal Kas Flebi Kullanımı: 40 Hastada Tedavi Sonuçlarının Değerlendirmesi

Mustafa Kürşat Evrenos[1], Murat Yaman[1], Merve Özkaya[1], Zülfikar Ulaş Bali[2], Levent Yoleri[1]
[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
[2]Türkiye Cuhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ağrı Devlet Hastanesi

Giriş: Fasiyal paralizide göz kapağı reanimasyonunun ana hadefleri; konjuktiva ve korneanın açık kalmasını engellemek, üst kapak kapanmasını sağlayarak korneal kurumayı engellemek ve alt kapağın globa karşı anatomik pozisyonunda tutarak göz yaşının drenajını sağlamaktır. Tarsorafi, kantopeksi, kartilaj grefti altın ağırlık ve yay gibi statik yöntemler tariflenmiştir. Ancak normal göz yaşı drenajını sağlanması için, hem orbikülaris okuli kasının kontraksiyonu hem de alt kapakların anatomik yerinde olması gerekir. Her iki koşulun sağlanması ise dinamik reanimasyon yöntemlerini gerektirir. 'Cross-fasiyal' sinir grefti orbikülaris okuli kasının tekrar fonksiyone olmasınn beklendiği durumlarda etkili olabilir. Diğer seçenekler temporal kas transferi ve serbest fonksiyonel kas transferleridir. Temporal kas transferi, kapak reanimasyonunda hedeflenen tüm kriterleri sağlar. İlk olarak Gillies tarafından tariflenen transferin reanimasyon amacıyla kullanımı ise Rubin ve Saker tarafından yapılmış, sonrasında ise modifikasyonları tariflenmiştir. Biz de tariflediğimiz modifikasyonla opere edilen hastaların tedavi sonuçlarını değerlendirdik.

Yöntem-Gereç: 1995-2013 yılları arasında tarif edilen modifikasyonla opere edilen 42 hastanın cinsiyet, yaş, paralitik taraf, paralizi etiyolojisi, operasyona kadar geçen paralizi süresi kaydedildi. Lagoftalmus derecesi; kapağın %30'a kadar kapanmasında 'ağır', %30-70 arası 'orta' ve %70'den fazla kapanmasında ise 'hafif' olarak sınıflandırıldı ve preoperatif çekilen hasta fotoğraflarında değerlendirilerek kaydedildi. Ektropiyon derecesi; kapak lateral yaylanması 'hafif', yaylanmanın mediale doğru ilerleyip kısmı kapak eversiyonunun eşlik ettiği durum 'orta', total kapak eversiyonunun olduğu durum ise 'ağır' olarak derecelendirilerek aynı şekilde preoperatif hasta fotoğraflarından değerlendirilerek kaydedildi. Operasyonlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Biri haricinde tüm hastalarda aynı seansta, ağız köşesi reanimasyonu 1. Seansı olarak sural sinir ile 'cross-fasiyal' sinir grefti konuldu. Bu nedenle cilt insizyonu pretragal bölgeye uzatıldı. Yaklaşık 1.5 cm. eninde temporal kas dokusu alt sınır zigomatik ark, üst sınır ise temporal kas origosu başlangıcı olan perikraniyuma kadar disseke edildi. Eleve edilen kas dokusu, yapıştığı perikraniyum ve derin fasyasını da içerecek şekilde vertikal planda zigomatik arka doğru ikiye ayrıldı. 1 cm. eninde olan derin parça üst kapak, 0.5 cm. olan yüzeyel parça ise alt kapak için hazırlandı. Derin parça üst kapakta kas altı planda ve üst limbusun 5-6 mm. üzerinden geçirildi. Yüzeyel parça ise alt kapakta cilt altı planda subsilier mesafeden geçirildi. Her iki strip medial kantus seviyesinde birbiri üzerine suture edildi. Üst strip ayrıca medial kantal ligamanın 3-4 mm. üzerinden nazal kemik periostuna emilmeyen süturlar ile tespit edildi. Tüm hastalara kapak kapanmasının davranışsal refleks haline gelmesi için, post operatif 2 hafta çiğneme egzersizi yaptırıldı. Hastalar ilk üç ay ayda bir, 6. ay, 1. yıl ve sonrasında da yıllık olarak kontrole çağırıldı. Hastaların post operatif son kontrollerindeki fotoğraflarından lagoftalmus ve ektropiyon derecesi değerlendirilerek kaydedildi.

Bulgular: 42 hastada toplam bilateral paralizisi olan iki hasta ile birlikte toplam 44 kez prosedür gerçekleştirildi. K/E: 24/18 idi. Yaş aralığı 6-70 olarak değerlendirildi (Ort: 38.2). 18 hastada sağ, 22 hastada sol, 2 hastada ise bilateral paralizi mevcuttu. Etiyolojik neden olarak 22 hastada köşe tümörü cerrahisine sekonder gelişen paralizi, 6 hastada travmaya sekonder paralizi, 6 hastada miringoplasti komplikasyonuna sekonder gelişen paralizi, 5 hastada konjenital, 3 hastada ise Bell paralizisi sekeli olarak tespit edildi. Paralitik geçen süre 2 ay ile 45 yıl arasındaydı. Post operatif takip süresi 1 ay ile 14 yıl arasındaydı (Ort: 24.2 ay). Preoperatif 27 üst kapakta hafif, 17 kapakta orta, 3 kapakta ağır ektropiyon; 21 alt kapakta hafif, 13 kapakta orta ve 10 alt kapakta ağır ektropiyon değerlendirildi. Post operatif 2 hastada 3. ayda medial kantal bölgede reinsersiyo yapıldı. Post operatif değerlendirmeler revizyon cerrahisi sonrası kontrol fotoğrafları üzerinden yapıldı. Post operatif 42 üst kapakta tam kapama görülürken, 2 kapakta hafif lagoftalmus tespit edildi. 38 alt kapak olağan pozisyonda değerlendirilirken, 6 kapakta hafif ektropiyon görüldü.

Tartışma: Lagoftalmus tedavisi için temporal kas transferi yaklaşık 50 yıldır modifikasyonlara uğramaktadır. Bunlardaki temel amaçlar kas uzunluğunu artırmak veya kozmetik açıdan daha kabul edilir bir donör alan görüntüsü içindir. Bu teknikteki modifikasyonların amacı lagoftalmus ve ektropiyonların daha efektif tedavisidir. Klasik teknikte lagoftalmusun tamamıyla düzeltilmesi mümkün değidir. Modifikasyonumuzdaki amaçlar, saha güçlü üst kapak kapanması ve alt kapağa daha iyi destek sağlanmasıdır. Bu amaçla ilk olarak kas stribi üst kapak/alt kapak oranı 2:1 olacak şekilde hazırlanır. Daha enli üst kapak stribi daha kuvvetli kasılmayı sağlar. Ayrıca kas stribi üst kapakta limbusun 5-6 mm. üzerinden geçirilir. Alt kapakta ise cilt altı plandan ve limbusun hemen altından geçirilerek her iki stribin birbirine yakınlaşması sağlanır. Böylelikle klasik teknikte mümkün olmayan kapanış sağlanmış olur. Üçüncü olarak ise kas slibi üst kapakta submuskuler plandan geçirilir. Üst kapak derisi vücudun en ince deri bölgesidir. Böylelikle üst kapaktaki katlanma azaltılarak estetik açıdan daha kabul edilir görüntü hedeflenmiştir. Son olarak her iki slibin medial kantal ligamana ve ayrıca üst slibin medial kantusun 3-4 mm. üzerinde nazal kemiğe tespiti, medial kantusta veb görünümü oluşmasını engeller. Serimizdeki 2 hafif lagoftalmus olgusunda zorlu çiğneme hareketi ile tam kapanma sağlanmakla birlikte klinik olarak şikayeti olmaması üzerine revizyon planlanmadı. Aynı şekilde 6 hafif ektropiyon olgusunda epifora şikayeti olmaması ve uzun dönem takiplerinde durumun stabil devam etmesi üzerine revizyon planlanmadı.

SS-159
Robot Yardımlı Plastik Cerrahi Uygulamaları, Erken Tecrübeler ve Gelecekteki Beklentiler

Ömer Özkan[1], Özlenen Özkan[1], Anı Çinpolat[2], Gamze Bektaş[2], Cumhur Arıcı[3], Mehmet Can Ubur[1]
[1]Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya
[2]Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Serbest Hekim, Antalya
[3]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Son teknolojik gelişmeler ile günümüzde küçük insizyonlardan, elektif cerrahi işlemler yapılabilir hale gelmiştir. Robotik cerrahi, minimal invaziv cerrahinin gelişmesinde önemli bir etken olup, teknolojinin majör bir örneğidir. Ticari olarak ilk pazarlanan robotik sistem AESOP ile başlayan bu süreç günümüzde 'da Vinci' robot sistemi ile devam etmektedir. Otomatik endoskopik sistem olan AESOP'tan sonra, 1998 yılında modern robot olarak tanımlanan ZEUS piyasaya çıkmıştır. Jacques Marescaux, 2001 yılında bu robot ile ilk transatlantik laporoskopik kolesistektomi operasyonunu gerçekleştirmiştir. Bu olguda hasta Fransa'da iken, cerrahi operasyonu New York'ta gerçekleştirmiştir. ZEUS robotik sisteminin dezavantajları ise robotik kolların çok büyük olması nedeniyle kollar arasında sıklıkla çarpışma olması ve robotik sistemin operasyon odasında çok yer kaplamasıydı. Ardından en kapsamlı robotik sistem olan 'da Vinci'(Intuitive Surgical Corporation, Sunnyvale, CA) piyasaya çıkmıştır. FDA(Food and Drug Administration) 2000 yılında laporoskopik genel cerrahi prosedürleri için 'da Vinci' robotik sistemine onay verirken, 2002 yılında da mitral kapak cerrahisi için bu sisteme onay vermiştir (1). Cerrah, 'da Vinci' robotik cerrahi sistemin konsolunda oturarak ve parmaklarını yerleştirdiği bölümlerle dört adet robot kolunu kumanda ederek cerrahiyi gerçekleştirir. 'daVinci' robotik sistemin kolları, yapılan küçük insizyonlardan girerek hedef doku veya organları 10-20 kat büyütür. Yüksek çözünürlüklü ve üç boyutlu görüntü eşliğinde, vücut içinde yedi boyutta hareket eden robot kolları ve bunların ucundaki cerrahi aletlerle, cerrahın kontrolünde ameliyatın gerçekleştirilmesini sağlar. 'da Vinci' robotik sistemi oluşturan üç ana sistem vardır. Bunlardan birisi cerrahın ameliyatı yaptığı ve robotu kontrol ettiği "Konsol" kısmı- dır. "Konsol" adı verilen bölümde cerrah oturarak konsol üzerinden hastanın vücudu içindeki görüntüyü 3 boyutlu, yüksek çözünürlükte ve normalin 10-20 kat büyütülmüş şekilde görebilmektedir. Cerrah bu görüntü altında "Konsol" daki robotik kolları kontrol eden bölümlere parmaklarını yerleştirir ve robotik kolları yönetir (Şekil 1a). İkinci bölüm 'da Vinci' robot kollarıdır (Şekil 1b) ve üçüncü kısım ise kamera sistemi ve ışık kaynağının olduğu "Kule" bölümüdür. 'da Vinci' robotik sistemi üroloji, jinekoloji, genel cerrahi ve kardiyotorasik cerrahide geniş uygulama alanı bulmuştur. Kardiyotorasik cerrahlar, internal mammarian arter hazırlanmasında, koroner arter bypass greftlerinde ve mitral kapak cerrahisinde kullanmaktadırlar. Ürologlar ise, robotu radikal prostatektomilerde ve nefrektomilerde sıklıkla tercih etmektedirler. Genel cerrahlar çogunlukla kolesistektomi, Nissen funduplikasyonu, gastrik bypass ve adrenalektomide kullanmaktadırlar. Jinekologlar myomektomi, histerektomi ve bazı jinekolojik tümörlerde robotik sistemi kullanmaktadırlar (1-4). Plastik cerrahide ise robotik sistem son 5 yılda uygulama alanı bulmuştur. Plastik cerrahide ilk uygulama 2010 yılında Selber tarafından yapılmış olup, orofaringeal tümör rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır (5). Bu beş olguluk seride

tüm orofarengeal tümörler mandibulotomi yapılmadan çıkarılmıştır. Oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu flep ile yapılmış ve serbest yapılan bir flebin arteriyel anostomozu ise robotik sistem ile gerçekleşmiştir. Orofaringeal tümör rezeksiyonunda robotik sistem kullanılmasının en önemli avantajı mandibulotomi yapılmaması ve flep insetinin görerek daha rahat olarak yapılmasıdır. Robotik sistem ile plastik cerrahide yapılan bir diğer operasyon ise latissimus dorsi flebinin pediküllü olarak ya da serbest flep şeklinde kaldırılmasıdır (6). Latissimus dorsi flebi plastik cerrahi pratiğinde çok fazla uygulama alanı bulan güvenli bir flep seçenegidir. Yedi olguluk bu seride beş flep pediküllü olarak kaldırılmış ve meme rekonstrüksiyonunda kullanılmış diğer iki flep ise serbest flep şeklinde kaldırılıp skalp rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır. Robot yardımlı uygulama ile latissimus dorsi flebinin kaldırılmasının en önemli avantajı geleneksel yönteme göre skarın çok küçük olması iken dezavantajı öğrenme periyodunda operasyon süresinin uzun olmasıdır. Bir diğer dezavantaj ise intraperitoneal alandaki gibi tam bir görüş alanı sağlanamamaktadır. Subkutan dokuda diseksiyon yaptıkça görüş alanı artmaktadır. Bir diğer uygulama ise rektus abdominis flebinin robotik sistem ile kaldırılmasıdır. Yayınlanan 10 olguluk seride, dört rektus abdominis flebi serbest flep olarak ve altı flep pediküllü olarak robotik sistem ile kaldırılıp ekstremite yumuşak doku rekonstrüksiyonunda ya da abdomino-pelvik bölge rekonstrüksiyonunda kuıllanılmıştır. Robotik sistemin avantajı anterior rektus kılıfında insizyon yapılmaması ve minimal skar ile bu flebin kaldırılmasıdır. Flebin kaldırılma zamanı ortalama 45 dk olarak hesaplanmış ve bu süre geleneksel yöntemle kaldırılan rektus flep operasyonu ile hemen hemen aynıdır. Anterior rektus kılıfının açılmaması ise herni riskini azaltmaktadır, bu da robotik sistemin bir diğer avantajıdır (7). Bir diğer uygulama ise brakial pleksus yaralanmalarında robotik sistemin kullanılmasıdır(8,9). Bir seride dirsek fleksiyonunu sağlamak için kullanılan Oberlin prosedürü (unlar sinirin motor dallarının muskulokutan sinire mikroanostomozu) robotik sistem ile gerçekleştirilmiştir(8). Başka bir seride ise deltoid kas paralizisinde robot yardımlı sinir transferi uygulanmıştır. Bu olgu serisinde, triseps kasınının uzun başının siniri deltoid kasının sinirine transferi yapılmış ve sinirler arasındaki mikroanastomoz robot yardımlı gerçekleştirilmiştir. Altı hastalık bu seride görüş alanınında kısıtlılık nedeniyle iki hastada açık operasyona geçilmiştir (10). Robotik sistemin intraperitoneal alan dışında kullanı- mı daha zorlu olmakla beraber subkutan dokuya özel retraktör ve enstrümanların gelişmesiyle daha çok kullanım alanı bulacağını düşünmekteyiz. Türkiye'de plastik cerrahide robotik sistemin kullanıldığı ilk olgu Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde ekibimiz tarafından yapılan omental flep ile bacaktaki doku defektinin rekonstrüksiyonudur (Şekil 2). Yaklaşık iki buçuk sene önce trafik kazası sonucu sol tibiada açık fraktür gelişen olguda osteomyelit zemininde bacakta yumuşak doku defekti mevcuttu. Robotik sistem ile omentum dokusu serbest flep olarak kaldırıldı, defekt alanına transfer edildi. Bu uygulama Türkiye'de robotik sistem ile uygulanan ilk serbest flep cerrahisidir. Robotik sistem ile omental flep daha önce retroperitoneal fibrozis tedavisinde kullanılmıştır. Bu olgularda omentum vasküler pedikülü üzerinden flep şeklinde kaldırılmayıp, kısmı omentum dokusu serbestleştirilmiştir. Üreterolizis sonrası tekrar fibrozis gelişmesini önlemek amacıyla hazırlanan omentum dokusu üreter etrafına sarılmıştır (11). Robot yardımlı cerrahilerde görüş alanı sağlanması amacıyla cerrahi yapılan alan, karbon dioksid gazı ile şişirilmektedir. Bu uygulama retroperitoneal ya da subkutan alanda yapıldığında komplikasyonlar da olabilmektedir. Masif subkütan amfizem bu komplikasyonlardan biri olup pnomotoraks, pnomoperikardium veya gaz embolisi gibi hayatı tehdit eden durumlara da sebep olabilmektedir (12). Plastik cerrahi operasyonları çoğunlukla subkutan dokularda uygulandığından, karbondioksit gazına bağlı oluşabilecek komplikasyonlar da robot yardımlı cerrahilerde akılda bulundurulmalıdır. Sonuç olarak gelecek birkaç yıl içerisinde plastik cerrahi alanında özellikle intraperitonel alandan doku transferi gereken durumlarda robotik cerrahi yönünde ciddi bir artış olacağı gözükmektedir

Şekil 1



Cerrah "Konsol" daki robotik kolları kontrol eden bölümlere parmaklarını yerleştirir ve robotik kolları yönetterek cerrahiyi gerçekleştirir.

'da Vinci' robot sisteminin kolları.

Şekil 2



57 y erkek hasta sol üst: Debridman öncesi sağ üst: Debridman sonrası preop sol alt: Omental flep sağ alt: Erken postop fotoğraf

SS-160
Vaskülarize kompozit doku allotransplantasyonunda doku prezervasyonu için hemoglobin temelli oksijen taşıyıcı solüsyon ile subnormotermik makine perfüzyonu

Sinan Öksüz[1], Riccardo Schweizer[2], Chiaki Komatsu[3], Vijay S. Gorantla[3], Paulo Fontes[4]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]University of Zurich, Department of Plastic and Hand Surgery, Zurich
[3]University of Pittsburgh Medical Center, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Pittsburgh
[4]University of Pittsburgh Medical Center, Department of Surgery, Pittsburgh

Giriş: Günümüzde el ve yüz gibi vaskülarize kompozit doku allotransplantasyonları klinik uygulamaya girmiştir. Ancak nakil yapılana kadar bu dokuların iskemik hasardan korunması için araştırmalar devam etmektedir. Bu çalışmada domuz vertikal rektus abdominis muskulokutan flebinde (VRAM), soğuk statik prezervasyon (CSP) ve yeni geliştirilen hücre içermeyen hemoglobin temelli oksijen taşıyıcı (HBOC) solüsyon ile yapılan makine perfüzyonunun (MP) dokudaki iskemi reperfüzyon hasarı (IRI) üzerine olan etkileri araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Doku prezervasyonu için domuzlardan standart cerrahi yöntemlerle VRAM flep allogreftleri (n=8) hazırlandı. Tüm VRAM flep allogreftleri 14 saatlik iskemi zamanı ardından alıcı domuzların servikal bölgesine heterotopik olarak nakledildi. Kontrol grubuna iskemi süresi boyunca CSP uygulandı. Çalışma grubuna ise 21°C'de HBOC solüsyonu ile makine perfüzyonu uygulandı (MP/HBOC). Makine perfüzyon solüsyonuna perfüzyon süresince aralıklı olarak arteryel kan gazları analizi uygulandı. Her iki gruptaki flepler prezervasyon öncesinde ve sonrasında tartıldı. Tüm alıcı hayvanlara yedi günlük çalışma süresi boyunca üçlü immunosüpresyon uygulandı (Tacrolimus/MPA/Prednizon). Flep dokuları klinik ve histopatolojik olarak incelendi.

Bulgular: MP allogreftleri 14 saat boyunca düşük basınç altında (55 mmHg), düşük akım (20-80 ml/min) ve yüksek oksijenizasyon (FiO2=%60 / 400ml/dakika) ile perfüze edildi. Allogreftlerin perfüzyonunda herhangi bir problem gözlenmedi. MP ardından belirgin doku ödemi veya ağırlık artışı saptanmadı. 14 saatlik MP ardından laktat seviyeleri 4 mmol/l'nin altında kaldı. MP sırasında NaHCO3 infüzyonu yapılmasına gerek olmadan pH seviyelerinin fizyolojik sınırlarda kaldığı gözlendi. 14 saatlik MP ardından klinik ve histolojik olarak belirgin doku hasarı saptanmadı. Transplantasyon ardından MP/HBOC grubunda CSP grubuna kıyasla daha az oranda kas nekrozu gözlendi. CSP grubunda transplantasyon sonrası myoglobin seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlendi.

Sonuç: MP/HBOC, VRAM allogrefti için 14 saat gibi uzun bir iskemi süresi boyunca doku ödemi veya belirgin endotelyal hasar oluşturmadan stabil ve etkin bir oksijenizasyon sağladı. MP/HBOC CSP'ye kıyasla iskemi reperfüzyon yaralanmasını azalttı.

SS-161
Rat Sinir Defektlerinin, Sinir Otogrefti ve Sinir Konduiti ile Onarımında Düşük Doz Radyasyonun Etkisi

Kenan Akbaş[1], Selçuk Yüce[1], İnci Gökalan Kara[1], Nagehan Yalçın[2], Bahar Baltalarlı[3], Hakan Özcan[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi anabilim dalı

Giriş Amaç: Periferik sinir yaralanmasında standart yöntem, tansiyon oluşturmayan interfasiküler primer nörorafidir. Primer onarımın mümkün olmadığı büyük defektlerde ise mikrocerrahi yöntemlerle sinir otogreftleri ile interfasiküler onarım, standart tedavi yaklaşımıdır. Onarım sonrası periferal sinir rejenerasyonu sıklıkla skar formasyonuyla bloklanır ve aksonun filizlenmesi yanlış tarafa yönelir. Skar oluşumu, iskemiden irreversible sinir hasarına kadar değişen tablolara neden olmaktadır. Sinir defekti otogreftle veya konduitle de onarılsa skar dokusu oluşumu görülebilmektedir. Buna bağlı olarak konduitle onarımda sinirin etki alanında duyu veya motor kaybı olmaktadır.

Düşük doz radyasyonun fibroblastik ve osteoblastik aktiviteyi inhibe ettiği uzun zamandır bilinmektedir. Uzun yıllardan beri, radyasyon keloid ve heterotopik kemik ossifikasyonu gibi yetişkinlerdeki çeşitli hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanılmaktadır. Son zamanlarda, değişik hayvan modellerinde yapılan çalışmalarda düşük doz radyoterapinin fibrozisi önlediği ve sinir iyileşmesini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir.

Bu çalışmada kondüit ve otogreft uygulayarak yapılan sinir defekti onarımlarında karşılaşılan fibrozis sorunu ile bozulan sinir iyileşmesi üzerinde radyoterapinin etkisini araştırmak hedeflendi.

Araç Yöntem: Deneysel olarak Wistar cinsi ratların siyatik sinirinde defekt oluşturulup sinir grefti veya konduit ile onarımında radyoterapinin etkisi araştırılması amaçlandı. 40 adet Wistar cinsi ratların sağ siyatik sinirleri mikroskop altında diseke edilip tam kat kesildi. Ratlar 8'er li olarak, 1 grubu primer onarımlı kontrol grubu olmak üzere 5 gruba ayrıldı.

1. Grup (primer nörorafi) kontrol grubu
2. Grup (otogreft) sinir defekti sinir grafi ile onarıldı
3. Grup (otogreft+radyoterapi) sinir defekti sinir grefti ile onarıldı operasyondan 24 saat sonra düşük dozda (700cGy) radyasyon verildi.
4. Grup (konduit)sinir defekti nöral konduit ile onarıldı.
5. Grup (kondüit+ radyoterapi) sinir defekti nöral konduit ile onarılıp operasyondan 24 saat sonra düşük dozda (700cGy) radyasyon verildi.

Tedaviden 6 hafta sonra tüm ratlarda yeniden cerrahi girişimle sinir koaptasyon bölgesine ulaşıldı, elektrofizyolojik çalışmalar yapıldı ve histopatolojik incelemeler için sinir biyopsileri alındı.

Bulgular: Düşük dozda RT alan gruplar aynı işlem grupları ile kıyaslandığında elektrofizyolojik incelemelerde isatistiksel bir fark saptanmamasına karşın latens süreleri daha kısa bulunmuştur. Otogreft uygulanan gruplarda radyopetapi

ile amplitüd değerleinde düşme görülmüş ancak. kondüitle onarım yapılan gruplarda radyoterapinin amplitud değerlerini değiştirmediği bulunmuş. Yine aynı şekilde düşük dozda radyoterapi alan grupların histopatolojik incelemelerinde kronik inflamasyon (KI), Schwann hücre sayısında artış (SHSA), vakualizasyon ve endonöral mesafede artış (EMA) skorları değerlendirildiğinde. İstatiksel olarak SHA skorlarında anlamlı fark görüldü. Radyoterapi alan gruplarda daha düşük çıktı. Diğer skorlarda ise ortalamalar karşılaştırıldığında radyoterapinin KI ve EMA değerlerini azalttığı görüldü. Bu da inflamatuar cevabın düşük doz radyoterapi alan gruplarda azaldığı yönünde değerlendirildi.

Sonuç: Sonuç olarak düşük doz radopterapinin sinir otogrefti ve kondüit kullanılarak yapılan sinir defekti onarımlarında sinir iyileşmesini artıracağı yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

SS-162
William's Sendromlu Bir hastada Ameloblastom ve Fibula Flebinin Kullanımı

Fatma Betül Tuncer, Bülent Saçak, Zeynep Akdeniz, Özhan Çelebiler
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: William's sendromu (WS) kromozom 7q11.23 gen lokusu delesyonuna bağlı bir genetik hastalıktır. İnsidansı 1:20,000-1:50,000 arasındadır (1). WS nörogelişimsel gerilik, öğrenme zorluğu, dismorfik yüz, diş anomalileri, supravulvaular aort stenozu ile karakterizedir.(2) WS'de delesyona uğrayan gen lokusunda birden fazla tümör supresör gen bulunmaktadır. Onbeşten fazla WS'li hastada malignansi rapor edilmiştir.(1-3) Ancak WS ile kanser gelişimi arasındaki ilişki henüz kanıtlanmış değildir. Bu vaka takdiminde WS olan bir hastada mandibular ameloblastom, cerrahi tedavisi ve fibula flebi ile rekonstrüksiyonu sunulmaktadır. WS ile ameloblastomun birlikteliği literatürde daha önce bildirilmemiştir.

Olgu: 25 yaşında, bilinen William's sendromu tanısı olan erkek hasta sol alt 3.molar dişe komşu bölgede ülserasyon bilgisi ile kliniğimize refere edildi. Fizik muayenede bahsedilen duruma ek olarak WS'nin karakteristik özellikleri olan class III maloklüzyon, diş anormallikleri, uzun filtrum, belirgin dudak yapısı, spiküler iris paterni bulunmaktaydı. Hikayesinde supravalvular aort stenozu dikkat çekiciydi. Maksillofasiyal tomografisinde mandibula sol ramusunda 25x30x37 mm boyutunda unikistik kitle lezyonu mevcuttu. Panaromik grafisinde de belirtilen lokasyonda translusan kitle lezyonu izlendi.(Figür-1) İnsizyonel biyopsi sonucu ameloblastom olarak gelen hastaya segmental mandibulektomi ve osseokutanöz fibula flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı.(Figür-2) Hastada peroperatif ya da postoperatif komplikasyon olmadı. Cerrahiyi iyi tolere eden hastanın postop 6.ay kontrolünde sıkıntısı yoktu.(Figür-3)

Tartışma: William's sendromu 7q11.23'te olan mikrodelesyon sonucu oluşur. Bu lokusta yer alan elastin geninin kaybı dismorfik yüz, supravalvular aort stenozu gibi WS'nin karakteristik özelliklerine yol açar. Bu lokusta elastinin yanı sıra, bir kısmı onkogenezde tanımlanmış 25'den fazla gen bulunmaktadır.(4) DNA onarım genlerinden PMS2, RCF2, GFT2I, BAZ1B WS kritik bölgesinde yer alır. RFC2, UV'ye bağlı DNA hasarının onarılmasında; GTF2I genomun stabilizasyonunda etkin görev alır.(3) BAZ1B proteini aynı zamanda William's Sendromu Transkripsiyon Faktörü (WSTF) olarak da bilinir ve intrinsik tirozin kinaz aktivitesi ile sonic hedgehog (SHH) sinyal yolağını regüle eder. SHH yolağı, diş gelişiminde önemlidir ve ameloblastomlarda, odontojenik kistlerde bu yolağın aktivasyonu gösterilmiştir.(5) Literatürde, en az 15 WS'lı hastada malignansi rapor edilmiştir. Bunların çoğu non-Hodgkin Lenfoma(NHL)'dır. (1-4, 6) Burada takdim edilen vaka literatürde rapor edilen ameloblastomu olan ilk WS hastasıdır. Malignansilerde sıklıkla kromozom 7'yi etkileyen anomaliler bildirilmektedir. 7q11 gen bölgesinin delesyonu akut lenfoblastik lösemi, kronik myeloid lösemi ve meme kanserinde rapor edilmiştir.(6) Ancak, yapısal olarak kromozom 7 anomalisi olan bir kohort grubunda genel kanser riskinde bir artış olmadığı da gösterilmiştir.(7) William's sendromu olan hastalarda ameliyat sırasında dikkat edilmesi gereken bir nokta ani ölüm riskidir. WS'da genel popülasyona göre 25-100 kat artmış ani ölüm riski bulunmaktadır. Supravalvular aortik stenoz, koroner arter stenozu, ventriküler fibrilasyon, mitral valv prolapsusu, pulmoner arter stenozu ani kardiyak arreste yol açtığı düşünülen nedenler arasındadır.(1) Ameliyattan önce ve ameliyat sırasında gerekli önlemler alınmalıdır. Vakada sunulan hastada supravalvular aort stenozu olmasına ve mandibula rekonstrüksiyonu gibi uzun süren bir ameliyat yapılmasına rağmen herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. WS'da delesyona uğrayan en önemli gen elastindir. Elastin arter duvarında bulunur ve kollajen, düz kas ile beraber damarın sertliğini belirler. WS'da olan damarsal anormalliklerde neden olarak elastin eksikliği gösterilmiştir. Her ne kadar elastin eksikliğinin serbest doku aktarımında mikrovasküler anastomoza etkisi bilinmese de, bildirilen vaka literatürde serbest doku aktarımı yapılan ilk William's sendromu hastasıdır. William's sendromunda delesyona uğrayan kritik noktanın transkripsiyon haritalaması henüz tamamlanmamıştır. Bu bölgenin incelenmesi onkogenezde önemli olan yeni genlerin bulunması ile sonuçlanabilir. William's sendromunun 7q11.23 lokusunda yer alan tümör supresyon genler veya DNA onarım genlerinin kaybı ile malign transformasyona yol açabileceği tahmininde bulunulabilir. Ancak WS ile tümör gelişimi arasında gerçek bir bağlantının bulunması için daha fazla moleküler ve klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Referanslar:

1.Chonan M, Kanamori M, Kumabe T, et al. Pilomyxoid astrocytoma of the cerebellum with Williams syndrome: a case report. Childs Nerv Syst. 2013 Apr 20.

2.Kandasamy S, Saxena D, Kishore Y, Phadke SR. Williams syndrome: a case series. Indian Pediatr. 2014 May;51(5):411-2.

3.Guenat D, Quentin S, Rizzari C, et al. Constitutional and somatic deletions of the Williams-Beuren syndrome critical region in non-Hodgkin lymphoma. J Hematol Oncol. 2014 Nov 7;7:82.

4.Onimoe G, Kahwash S, Termuhlen A, et al. Bilateral burkitt lymphoma of the ovaries: a report of a case in a child with williams syndrome. Case Rep Med. 2011;2011:327263.

5.Zhang L, Chen XM, Sun ZJ, et al.. Epithelial expression of SHH signaling pathway in odontogenic tumors. Oral Oncol. 2006 Apr;42(4):398-408.

6.Vanhapiha N, Knuutila S, Vettenranta K, Lohi O.Burkitt lymphoma and Ewing sarcoma in a child with Williams syndrome.Pediatr Blood Cancer. 2014 Oct;61(10):1877-9.

7.Hasle H, Olsen JH, Hansen J, et al. Occurrence of cancer in a cohort of 183 persons with constitutional

chromosome 7 abnormalities. Cancer Genet Cytogenet. 1998 Aug;105(1):39-42.

Figür-1



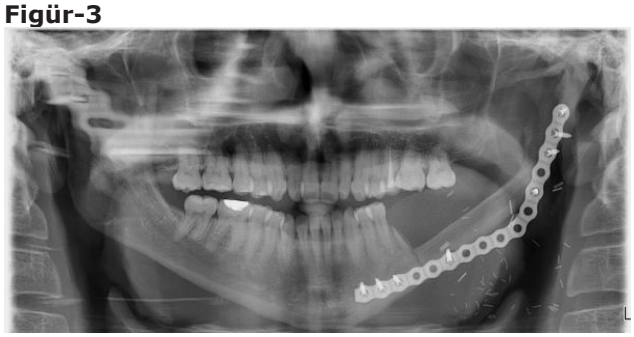
Preoperatif panaromik mandibula grafisinde sol ramusta ekspansil, translusan kitle lezyonu görülmektedir.

Figür-2



Ağız içine açılan kitlenin sol alt 3.molar diş çevresinde yaptığı ülserasyon dikkat çekmektedir.

Figür-3



Postoperatif 6.ay kontrolünde çekilen panoromik mandibula grafisinde fibula flebi görülmektedir.

SS-163
Protetik Olarak Rehabilite Edilen Hastalarda Damak Defektlerinin Serbest Rektus Kas Flebi İle Kapatılmasının Hasta Konforuna Etkisi

Selman Hakkı Altuntaş[1], Fuat Uslusoy[1], Dudu Dilek Yavuz[1], Elçin Esenlik[2], Timuçin Baykul[3], Serhat Süha Türkaslan[4], Mustafa Asım Aydın[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Ana Bilim Dalı, Isparta
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Isparta
[4]Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı, Isparta

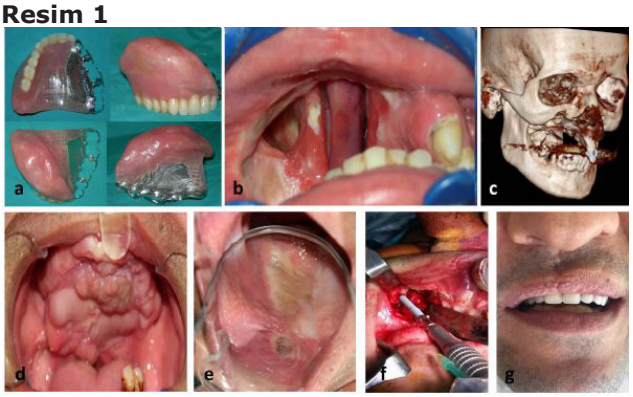
Giriş: Obturator protezler, kazanılmış maksiller defektler ve tedavisiz kalmış yarık damak sekellerinde konuşma, çiğneme, görünüm ve sıvı tutma gibi fonksiyonları restore etmektedir. Prostetik olarak rehabilite edilen hastalarda ağız burun boşluğunun cerrahi olarak birbirinden ayrılması, obturator komponentine ihtiyacı ortadan kaldırmakta ve çok daha iyi ve stabil bir diş restorasyonu sağlamaktadır.

Materyal Ve Metod: 2012-2015 yılları arasında çeşitli nedenlerle oluşan damakta defektleri nedeniyle kliniğimize başvuran ve serbest rektus kas flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan 4 hasta incelendi. Hastaların yaşları 12-44 (ort.: 29) arasında idi. E/K oranı 1/1 idi. Damak defektleri hastaların ikisinde geniş yarık damak, birinde maksillektomi sonrası ve yine bir diğerinde ateşli silah yaralanması sonucu oluşan maksilla defektine bağlı idi. Süperfisiyal temporal ve fasiyal arterler alıcı damarlar olarak seçildi. Flep pedikülü ağız içinden bir tünelden geçirilerek anastomozlar yanak bölgesinde yapıldı.

Bulgular: Fleplerde herhengi bir dolaşım sorunu gözlenmedi. Başlangıçta ağız içinde önemli bir kitle olmasına karşın, bir ay içinde hızla kontrakte olarak damak kubbesine uygun şekilde küçüldüğü gözlendi. Bu süreçte hızla nazal ve oral yüzeylerin hızla epitelize olduğu görüldü. Maksillektomili hastada damağın kapatılmasını takiben yeni diş protezini desteklemek amacıyla zigomaya 3.5 cm'lik uzun bir implant yerleştirildi ve simetrik orta yüz konturu sağlanmış oldu (Resim 1). Ateşli silah yaralanması ile maksillada yaygın defekti olan hastada, orta yüz yüksekliğini korumak amacıyla geçici olarak aslında diş kalıbı malzemesi olarak kullanılan polivinilsiloksan ile maksiller boşluk dolduruldu. Bir süre sonra bu material çıkarılarak nonvaskülarize iliak kemik greftleri ile maksiller çatı ve orbita taban ve medial kenarlar oluşturuldu. Üzerine de serbest rektus kas flebi getirildi. Kemik greftlerini saran rektus kas flebinin damağı da çok iyi bir şekilde kapattığı görüldü. Uzun dönemde kemik greftlerinin rezorbe olmadan kaldığı görüldü. Sonraki aşamada mandibulada da yaygın kemik defekti vaskülarize iliak flep ile rekonstrükte edildi (Resim 2). Damak anteriorunda geniş defekti bulunan hastada rektus kasının orta 1/3'lük kısmı alındı ve vasküler pedikül alveolar yarıktan geçirilerek yanağa uzatıldı ve anastomozlar burada yapıldı. Tedavisiz damak yarıklı hastada ise maksiller tuberosit posteriorundan yanağa doğru geçirildi ve anastomozlar preauriküler bölgede yapıldı. Damağın kapatılması nedeniyle hastalar, anlaşılabilir bir konuşma için protezden kurtulmuş olmanın mutluluğunu açıkça ifade etmekteydiler. Konuşmaya dair elde edilen fayda 12 yaşındaki hastada şaşırtıcı düzeyde idi.

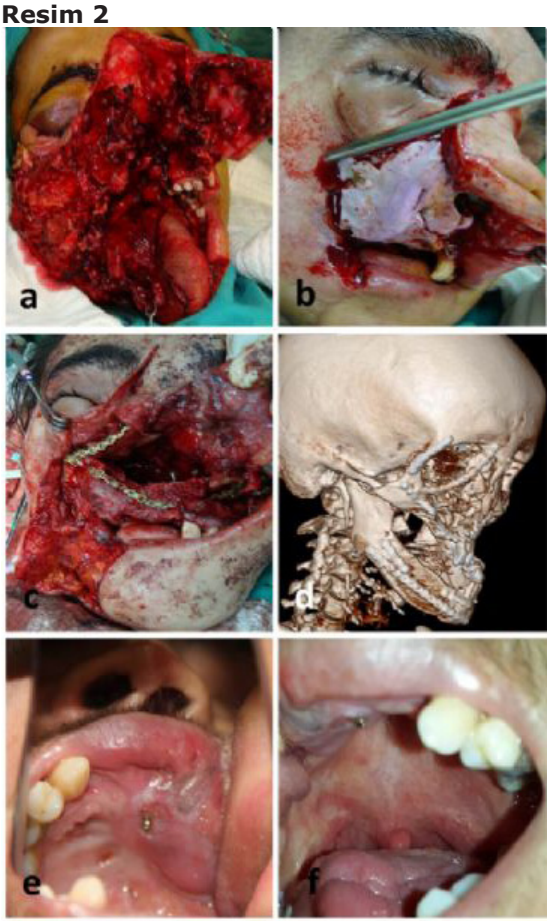
Tartışma Ve Sonuç: Hastalarımızda olduğu gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkan damak defektlerinde rektus kas flebinin, güvenilirliği, uygulama çeşitliliği ve düşük donor saha morbiditesi nedeniyle tercih edilebilir. Diğer kompozit doku seçenekleri gerçekten konfigürasyonu komplike olmakla birlikte bu bölgede çok da memnuniyet verici olmamaktadır. Protezle rehabilite edilen hastalarda, bu basit dizayn doğal bir mukoza iyileşmesine fırsat veren yapısıyla mükemmel bir kapatma sağlamaktadır.

Resim 1



Maksillektomi sonrası obturator protez (a) ile damak defekti (b) kapatılan hastanın 3 boyutlu CT görünümü (c). Hastanın damağının serbest rektus flebi ile kapatılmasının ardından 1. ayda (d) ve 6. ayda (e) damağın görünümü. Zigomaya yerleştirilen implantın (f) üzerine uygulanan diş protezinin ardından orta yüz konturunun görünümü (g).

Resim 2



Ateşli silah yaralanması sonrası geniş maksilla defekti (a) olan hastada orta yüz yüksekliğini korumak amaçlı defekte geçici olarak yerleştirilen polivinilsiloksan maddesi çıkarılarak (b) kemik greftleri ve serbest rektus kas flebi ile maksilla rekonstrüksiyonu yapıldı (c,d). Postoperatif 1. yılda damağın görünümü (e,f).

SS-164
Arteryo-Venöz Şant Oluşturulmasında Coupler Anastomoz Cihazının Etkinliği: Deneysel Çalışma

Samet Vasfi Kuvat[1], Asuman Özel[2], Fatih Ceran[2], Özgür Pilancı[2], Nihan Kayalar[3], Aysel Çağlar[4], Esra Bilgi[5]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İstanbul
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İstanbul
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[4]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[5]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Anastomotik mikrovasküler coupler cihazının pratik kullanımı mikrocerrahi alanında çığır açmıştır. Mikrocerrahideki bu gelişmeler yapılan iş konusundaki hassasiyetleri de arttırmıştır. Teknolojik cihazların kullanımı yapılan işleri pratikleştirmektedir bununla birlikte daha önce kazanılmış cerrahi gelenekler de yerlerini korumaktadır. Şüphesiz en önemli cerrahi gelenek ise konvansiyonel elle mikrocerrahidir. Biz de bu çalışmamızda arteryo-venöz şant oluşturmak amacıyla coupler cihazı veya geleneksel mikrocerrahi yöntemleri kullanılarak yapılan anastomozları karşılaştırmak istedik ve her iki metodun avantaj ve dezavantajlarını tartışmak istedik.

Gereç-Yöntem: Çalışmada ağırlıkları 250-300 gram arasında değişen 20 rat rastgele Grup 1; geleneksel mikrocerrahi (n:10), Grup 2; coupler grubu olmak üzere ikiye ayrıldı. Cerrahiye ratın boyun kısmında J şeklinde bir insizyon yapılarak başlandı. Uygun diseksiyonla internal juguler vene ve carotis artere ulaşıldı. Karotis arter kaudalden, internal juguler ven kraniyalden kesildi. Grup 1 de geleneksel mikrocerrahi yöntemleri kullanılarak 10/0 dikişle anastomoz yapıldı, Grup 2 de ise coupler cihazı kullanılarak anastomoz yapıldı (Şekil). Uygun sütürlerle cilt kapatılıp günlük bakım yapıldı. Anastomoz süreleri ölçüldü, tromboz oluşup oluşmadığına bakıldı. 3 hafta sonra doppler usg ile akım değerlendirildi, ratlar sakrifiye edilerek anastomoz hatlarından biyopsi yapıldı.

Bulgular: Ortalama anastomoz süresi 1. Grupta 18,5 dakika iken 2. Grupta 14,5 dakika olarak bulundu. Tormboz oranları 1. Grupta %20, 2. Grupta %10 olarak bulundu. Renkli doppler usg sonucunda 2. Grupta daha iyi kanb akımı gözlendi. Yapılan histopatolojik tetkiklerde endotelizasyon ve duvar sağlamlığı oranı 2. Grupta daha yüksek olarak bulundu. 2. Grupta 1 ratta yabancı cisim reaksiyonu gözlendi.

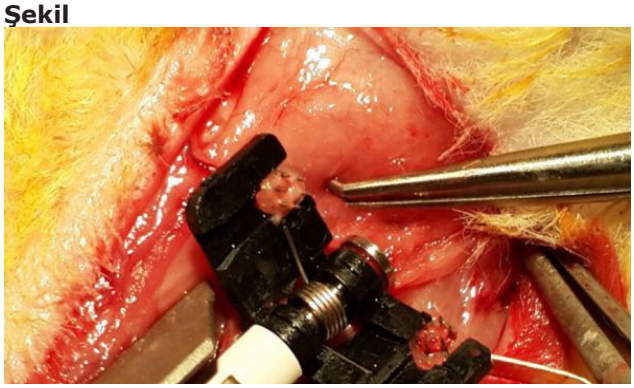
Sonuç: Anastomotik mikrovasküler coupler cihazı; daha az trombojenik, daha hızlıdır. Histopatolojik olarak coupler cihazı ile daha iyi endotelize olmuş, damar

duvarı integrasyonu daha güçlü anastomozlar yapmak mümkündür. Bunun yanı sıra coupler cihazı ile arteryal anastomoz yapmak beraberinde sorunlar getirmektedir. Zira arter gibi kalın duvarlı yapıları coupler cihazına adapte etmek son derece güçtür. Özellikle rat karotis arteri gibi kalibrasyonu düşük damarları anastomoze etmek daha büyük sorun teşkil etmektedir. Bu çalışma göstermiştir ki coupler cihazı ile küçük kalibrasyonlu damarlar arasında anastomoz yapmak veya şant oluşturmak mümkündür.

Kaynak:

1. Jandali S, Wu LC, Vega SJ, Kovach SJ, Serletti JM. 1000 consecutive venous anastomoses using the microvascular anastomotic coupler in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 2010 Mar;125(3):792-8.

Şekil



Coupler cihazı kullanılarak oluşturulan bir anastomoz.

SS-165
Uzatılmış dorsal interkostal arter perforatör propeller ada fleplerinin miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanımı

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

Giriş: Miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda literatürde bugüne dek çeşitli seçenekler sunulmuştur. Bu seçeneklerin çoğu random patternli flepler veya etraftan hareketlendirilen kas flepleri idi. 2008 yılından beri rutin olarak miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda dorsal interkostal arter perforator propeller fleplerini kullanmaktayız. Ancak dorsal interkostal arter perforatör fleplerinin distal ucunun latisimus dorsi kasının lateral sınırının içinde planlanması önerilmektedir. Bazı durumlarda, defektin gerim olmadan kapatılabilmesi için fleplerin distal uçlarının bu sınırın distaline uzatılması gerekmektedir. Yöntem-Gereçler: Haziran 2013-Ağustos 2015 tarihleri arasında toplam 10 yenidoğanın miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan dorsal interkostal arter perforatör propeller fleplerinin distal ucu, latisimus dorsi kasının lateral sınırının distaline uzatılarak flepler kaldırılmıştır. Bu fleplerin distal uçları 5 yenidoğanda anterior aksiller çizgiye kadar, 2 yenidoğanda orta aksiller çizgiye kadar, 3 yenidoğanda ise anterior aksiller çizginin distaline kadar uzatıldı. 9 hastada komşu 2 dorsal interkostal arter perforatörü, 1 hastada ise 4 perforatör diseke edildi ve korundu. Bulgular: Tüm flepler tam olarak canlılıklarını korudu. Bir hastanın flebinin kanlanması ameliyat sırasında sorunsuz olmasına rağmen postoperatif ilk 24 saatte hastanın genel durumunun kötüleşmesi ve tansiyonlarının çok düşük seyretmesi nedeniyle flebin distal kısmında dolaşım bozukluğu gözlendi. Ancak takip eden günlerde flebin en distalinin bile kanlanmağa devam ettiği görüldü. Hasta ek rahatsızlıklar nedeniyle postoperatif 14. günde exitus oldu. Toplam 6 hastada kendiliğinden düzelen venöz konjesyon görüldü. Hasta takipleri 14 gün ile 14 ay arasında değişmekteydi. İki hastamız ek hastalıkları nedeniyle postoperatif erken dönemde kaybedildi. Sonuçlar: Bu çalışma geniş myelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda, distal ucu latisimus dorsi kasının distaline uzatılan dorsal interkostal arter perforatör fleplerinin güvenli bir seçenek olduğunu kanıtlar niteliktedir. Tartışma: İyi kanlanan fleplerin, gerim olmadan dura tamirinin yapıldığı orta hattın üzerine getirilmesi meningomiyelosel defektlerinin rekonstrüksiyonundaki ana amaçlardandır. Perforatör propeller flepler sayılan hedeflere ulaşmamıza sebep olur. Perforatör propeller flepler defektin üzerine flebin serbestçe mobilizasyonunu sağlar ve tahmin edilebilir bir sonuç sunar.

SS-166
2004-2013 Yılları Arasında Mikrocerrahiye Odaklı İki Ana Uluslararası Dergide Yeralan Yayınların Ülkelere Göre ve Kanıt Düzeyine Dayalı Detaylı Analizi

Burak Ersoy
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Istanbul

Amaç: Bu çalışmada iki uluslararası hakemli mikrocerrahi dergisinin nicelikli ve niteliksel analizleri yapılarak özellikle uluslararası düzeyde Türkiye ve diğer ülkelerdeki kurumlara ait katkı düzeylerinin ortaya konulması hedeflenmiş, ayrıca yine katkı düzeyleri açısından plastik cerrahinin diğer branşlarla mukayese edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: "2014 Journal Citation Reports" veritabanında yapılan arama sonucunda başlığında "mikrocerrahi" kelimesini içeren sadece iki dergi (Microsurgery ve Journal of Reconstructive Microsurgery (JRM)) bulundu. Her ikisinin de tamamen mikrocerrahiye adanmış olması gözönüne alınarak bu iki dergi veri kaynağı olarak seçildi. Bu dergilerde 1 ocak 2004 ile 31 aralık 2013 arasında yayınlanmış olan tüm çalışmalar gözden geçirildi. Davetli tartışmalar, davetli derlemeler ve editöriyel yazılar, kitap değerlendirmeleri, ölüm ilanları ve düzeltme yazıları çalışma dışında bırakıldı. Diğer tüm çalışmalar dergilerin kendi kriterleri doğrultusunda beş altkategoride sınıflandırıldı (derleme, klinik çalışma, deneysel çalışma, olgu sunumu ve editöre mektup). Her yayınla ilgili olarak şu veriler toplandı: toplam yazar sayısı, ilk yazarın kurum (üniversite / diğer) ve departman bilgileri, ülke (ilk yazarın kurumunun bulunduğu), maddi destek olup olmadığının bilgisi ve aldığı toplam atıf sayısı. Her yayın için ilk başvurudan kabule kadar geçen ve on-line yayınlanmasından çalışmamızı yaptığımız tarihe kadar geçen süreler de kaydedildi. Çalışmaya dahil edilen tüm yayınlar ayrıca Amerikan Plastik Cerrahi Derneği (ASPS)

tarafından modifiye edilmiş olan kanıt düzeyi değerlendirme sistemi kullanılarak 1-6 arasında derecelendirilmiştir.

Bulgular: Her iki dergide toplam 1938 yayın kriterlere uyması sonucunda çalışmaya dahil edildi. Kıta bazında bakıldığında Microsurgery dergisinde Avrupa ülkelerinin, JRM dergisinde ise Kuzey Amerika ülkelerinin anlamlı düzeyde daha yüksek oranda temsil edildiği izlendi (p<0.00001). Yayın tipi açısından bakıldığında tüm çalışmaların %43'ünün klinik çalışma, 27.9'unun deneysel çalışma, %15.8'inin olgu sunumu, %8.3'ünün editöre mektup ve %5.1'inin derleme olduğu görüldü. Tüm yayınların %82.6'sında ilk yazarın üniversitede görev yaptığı ve bu oranın Avrupa'ya kıyasla Kuzey Amerika bazlı yayınlarda anlamlı derecede daha da yüksek seyrettiği saptandı (%87.6'ya karşılık %79, p<0.001). Yine tüm yayınların %62.9'unda ilk yazarın plastik cerrahi departmanında görev yapmakta olduğu tespit edildi. Kanıt düzeyi açısından bakıldığında, 1938 yayının %3.9'u Düzey I-II, %5.5'i Düzey III, %32.9'u Düzey IV, %30.3'ü Düzey V ve %27.4'ü Düzey VI olarak dağılım gösterdi. Yayının ilk başvuru ile kabulü arasındaki süre Asya ve Afrika kökenli çalışmalarda anlamlı düzeyde daha uzun bulundu (109.9 ± 76.8 gün, 121.5 ± 78.7 gün; p<0.001). Tüm yayınlar için ortalama atıf sayısı 6.77 ± 9.45 olarak tespit edilirken Asya kökenli çalışmalarda bu sayının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu izlendi (5.28 ± 6.69; p=0.002). Tüm çalışmaların %17.6'sında maddi destek sağlanmış olduğu tespit edildi. Diğer ülkelere kıyasla Çin'de bu oran anlamlı düzeyde daha yüksekti (%36.7, p<0.001). Ülkesel bazda en çok katkı sağlayan Amerika olurken (%26.5) Türkiye'nin %8.7 oranındaki katkısıyla dördüncü sırada yer aldığı görüldü. Türkiye'den gönderilen yayınların %91,7 gibi büyük bir oranının plastik cerrahiden olduğu dikkat çekti. Yine Türkiye için maddi destek sağlanan yayınların oranı %14.8, ortalama atıf sayısı 5.6 ± 7.5, başvurudan kabule kadar geçen ortalama süre de 102.6 ± 104.4 gün olarak tespit edildi.

Sonuç: Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar, ülkeler arasında zamana da bağlı olarak ciddi farklılıkların mevcut olduğunu göstermesi bakımından önemli olduğu kadar Türkiye'nin katkı sağlayan diğer tüm ülkeler içerisinde en ön sıralarda yer aldığını ve bu katkıların baskın olarak plastik cerrahi uzmanları tarafından sağlandığını göstermesi bakımından da önem taşımaktadır. Yine maddi destek açısından Türkiye kökenli çalışmalara sağlanan finansal desteğin İngiltere, Almanya ve Avustralya gibi birçok ülkenin ilerisinde olması da dikkat çekici olarak değerlendirildi.

yayın tiplerine göre verilerin dağılımı

Yayın tipi	Üniversite olanların oranı	maddi destek olanların oranı	Atıf	Yazar sayısı	Plastik cerrahi departmanına ait yazıların oranı	Başvurudan kabule geçen süre (gün, ortalama ± SS)
Editöre mektup	79.4	5.0	1.2 ± 2.1	3.6 ± 1.8	75.0	49.2 ± 43.3
Olgu sunumu	78.4	5.6	3.4 ± 4.0	4.2 ± 2.0	73.9	97.2 ± 64.3
Deneysel çalışma	89.1	46.1	8.1 ± 9.6	5.6 ± 2.4	45.6	98.0 ± 85.3
Klinik çalışma	80.3	7.4	7.5 ± 8.7	4.7 ± 2.4	66.9	98.2 ± 79.4
Derleme	84.8	5.1	13.0 ± 20.4	3.9 ± 2.0	70.7	74.6 ± 65.5
Toplam	82.6	17.6	6.8 ± 9.4	4.8 ± 2.2	62.9	92.3 ± 77.2

Kurum bilgisine göre verilerin dağılımı

KURUM BİLGİSİ	Üniversite n(%)	Diğer n(%)	P değeri
DERGİ			0.715
Microsurgery	890 (82.3)	191 (17.7)	
J of Reconstr Microsurg	711 (83.0)	146 (17.0)	
YAYIN TİPİ			p<0.001
Editöre mektup	127 (79.4)	33 (20.6)	
Olgu sunumu	240 (78.4)	66 (21.6)	
Deneysel çalışma	481 (89.1)	59 (10.9)	
Klnik çalışma	669 (80.3)	164 (19.7)	
Derleme	84 (84.8)	15 (15.2)	
DEPARTMAN			0.005
Plastik cerrahi	1003 (82.3)	216 (17.7)	
Ortopedi	264 (78.1)	74 (21.9)	
Kulak burun boğaz	40 (90.9)	4 (9.1)	
Genel cerrahi	98 (92.5)	8 (7.5)	
Diğer	196 (84.8)	35 (15.2)	
KANIT DÜZEYİ			p<0.001
Düzey I	9 (100)	0 (0)	
Düzey II	61 (91.0)	6 (9.0)	
Düzey III	90 (84.9)	16 (15.1)	
Düzey IV	503 (78.9)	134 (21.0)	
Düzey V	464 (78.9)	124 (21.1)	
Düzey VI	474 (89.3)	57 (10.7)	
TOPLAM	1601 (82.6)	337 (17.4)	

SS-167
İskiyal bası yaralarının inferior gluteal arter perforatör propeller flepleri ile rekonstruksiyonu

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

Giriş: İskiyal bölgede bası yaraları sıklıkla gelişebilmektedir. İdeal bası yarası rekonstruksiyonu, iyi kanlanan, gerim olmadan, ve iyi mobilize edilerek yapılan rekonstruksiyonlardır. Bu parametreler perforator propeller ada flepleri ile sağlanabilmektedir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde iskiyal bası yarası nedeniyle başvuran ve inferior gluteal arter perforator (IGAP) propeller fleplerle yapılan rekonstruksiyonlar hakkındaki tecrübemizi paylaşmaktı.

Yöntem-Gereçler: Kasım 2013-Şubat 2015 tarihleri arasında iskiyal bası yarası ile kliniğimize başvuran tüm hastaların (toplam 4 hasta) defektleri uygun hazırlık aşamalarından sonra IGAP propeller perforator flepleri ile rekonstrukte edildi. Preoperatif olarak el dopleri ile IGAP'lerinin yerleri belirlenir. İskiyal bası yarasının sebep olduğu poş eksize edilir. Daha sonra planlanan fleplerin sınırları insize edilip kas fasiyası flebe dahil edilir ve flepler lateralden mediale doğru kaldırılır. Fleplerin iyi mobilize

olabilmesi için intramusküler diseksiyonlar yapılır. Flepler eleve edilip iskiyal bölge üzerine ilerletilirek adapte edilir.

Bulgular: Tüm flepler tamamen canlılıklarını korudu. Bir hastanın defekti çok geniş olması nedeniyle flebin distal kısmı dezepitelize edilerek ölü alanın doldurulması için içeriye gömüldü. Hiçbir olguda fleplerde venöz konjesyon saptanmadı. Erken postoperatif dönemde infeksiyon, hematom, nekroz veya akıntı ile karşılaşılmadı. Takiplerinde sadece bir hastanın postoperatif 2.5 ayda flebin inferior ucunda yeniden bası yarası oluştu. Bu alanın rekonstrukte edilebilmesi için uyluk posteriorundan random paternli V-Y ilerletme flebi uygulandı.

Sonuçlar: İskiyal bölgde oluşan bası yaralarının rekonstruksiyonlarının zorluk derecesi yüksektir. İleriki dönemlerde yeniden oluşabilecek defektlerin rekonstruksiyonunu da düşünerek lokal olarak kullanılabilecek seçenekleri azaltmadan iskiyal bölge rekonstruksiyonunu iyi mobilize olabilecek fleplerle rekonstrukte etmek amaç olmalıdır. İnferior gluteal arter perforator flebi bu amaca hizmet eder ve elimizdeki en önemli ve güvenilir rekonstruktif seçenektir.

Tartışma: Geleneksel olarak rotasyon flepleri, V-Y ilerletme flepleri gibi random paternli flepler ile iskiyal bölge bası yaralarının rekonstruksiyonu yapılmaktaydı. Ancak bu fleplerin en büyük kısıtlılığı hareket serbestliği idi. Perforator propeller flepler iyi bir hareket serbestliği sağlamakta ve defektin üzerini gerimsiz bir şekilde örtebilmektedir. Ayrıca perforator fleplerin önemli bir diğer avantajı da bu fleplerin tekrar tekrar kaldırılıp kullanılabilmesidir. Random paternli flepler de tekrardan kullanılabilse de hareket serbestliği perforator fleplerdeki kadar değildir; etraftaki kullanılmamış dokular üzerinden yeni flepler kaldırmak gerekebilir. Perforatör fleplerdeki bu avantaj ileriki dönemde açılabilecek bası yaralarının önceden ellenmemiş dokularla rekonstruksiyonuna olanak sağlamaktadır.

SS-168
Başarısız bir serbest flpe sonrası, psterior tibial arter perforatör propeller flebi ile gustillo tip 3C bir hastanın tibia ön yüz defektinin rekonstruksiyonu

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

Giriş: Açık tibia kırığı olan hastalarda bacağın amputasyon veya kurtarma açısından değerlendirilmesinde kişiye özel değerlendirmeler gerekse de çeşitli skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Mangled extremity severity skorlama sistemine göre (MESS) 7 ve üzeri skor alan hastalarda ekstremitenin amputasyonu önerilse de ekstremitesinin kurtarılması planan hastalarda uzun bir rehabilitasyon süresi ve çok sayıda operasyon geçirmesi gerekebilmektedir. Bu nedenle Gustillo Tip 3C kırığı olan hastalarda serbest flep ile defektin rekonstruksiyonu gerekmektedir. Ancak serbest flebin başarısız olması durumunda böyle bir defektin kapatılması için elimizde ikinci bir serbest flepten başka bir seçenek kalmamaktadır. MESS skoru 7 olan ve Gustillo Tip 3C yaralanması olan bir hastaya yapılan başarısız bir serbest anterolateral uyluk (ALT) flebi ile rekonstrüksiyon girişimi sonrası posterior tibial arter perforatör propeller flep ile rekonstrüksiyonunu ve yumuşak dokunun başarıyla rekonstrüksiyonunu paylaşmaktayız. Yöntem-Gereçler: 24 yaşında erkek hastanın anterior tibial arter yaralanması, 6 cm'lik tibia defekti ve 17x9cm'lik yumuşak doku defekti mevcuttu. Posterior tibial arter'in yaklaşık 8 cm'lik kısmı travma zonunun içerisindeydi. Defektin rekonstruksiyonu için serbest (ALT) flebi ile gerçekleştirilmiştir. Ancak postoperatif dönemde flep venöz konjesyona girmiş ve revizyonlara alınmış olmasına rağmen flep kurtarılamamış ve debride edilmiştir. Daha sonra bacağın kurtarılabilmesi için Posterior tibial arterin travma zonu proksimalinde medial malleolun yaklaşık 16 cm proksimalinde vermiş olduğu perforatörün üzerinden 23x7 cm'lik flep kaldırıldı ve defektin üzerine interpoze edilerek getirildi. Bulgular: Flebin tamamı canlılığını korudu ve defekti tamamen örttü. Venöz konjesyon gelişmedi. Flep donör sahası primer kapatıldı.

Sonuç: Gustillo Tip 3B ve Tip 3C gibi bir defektin rekonstrüksiyonunda ekstremitenin salvajı için posterior tibial arter perforatör propeller fleplerinin kullanımı önemli bir silah olabilir. Büyük boyutlarda tek perforatör üzerinde kaldırılabilmesi ve donör sahanın primer kapatılabilmesi bu flebin avantajları arasındadır.

Tartışma: Gustillo Tip 3C kırığı olan bir hastada bacağın kurtarılması için serbest flep ile defektin rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Ancak serbest flebin başarısız olması durumunda hastanın genel durumu ve elimizde kullanılabilecek random paternli bir flep bulunmadığı düşünüldüğünde perforatör propeller fleplerin kullanımı seçilmiş olgularda elimizde önemli bir seçenek olarak durmaktadır. Alt ekstremitede en büyük kalibreli cilt perforatörleri genellikle posterior tibial arter tarafından kruris orta 1/3 medialinde verilmektedir. Bu vakada olduğu gibi posterior tibial arter perforatör propeller ada flepleri elimizdeki en önemli seçeneklerden birisi olmağa adaydır. Ancak daha geniş vaka serileri ile bu fleplerin gustillo tip 3B ve Tip 3C vakalarındaki güvenilirliği test edilmelidir.

SS-169
Alt Ekstremite Defektlerinin Rekonstruksiyonunda; Serbest Anterolateral Uyluk Flebi Klinik Serimiz ve Sonuçlarımız

İsmail Melih Kuzu, Reşit Burak Kayan, Onur Akman, Mustafa Ekrem Güleş, Osman Kelahmetoğlu, Kemalettin Yıldız, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Alt ekstremite defektleri travma, onkolojik rezeksiyon, sistemik hastalıklara sekonder etyolojilerle oluşabilmektedir. Özellikle kruris distal 1/3 defektlerinin rekonstrüksiyonu her zaman zorlu mikrocerrahi işlemler gerektirir. Bu mikrocerrahi işlemlerin getirdiği kısıtlamaların yanında alt ekstremite cildinin ve yumuşak dokusunun kendine özgü naif yapısı ve bu yumuşak doku örtüsüne uygun flep seçeneklerinin yetersiz olması son dönemlerde mikrocerrahları farklı flep seçenekleri arayışına itmiştir. Bu yüzden günümüzde alt ekstremite yumuşak doku rekonstrüksiyonlarında perforatör flepler daha çok tercih edilir hale gelmiştir. Farklı boyut ve

geometrilerde flep dizaynına izin vermesi, flep içeriğinin defektin ihtiyacına göre ayarlanabilmesi, alt ekstremite cilt ve yumuşak dokusunu taklit edebilir şekilde kozmetik açıdan da kabul edilebilir sonuçlar vermesi nedeniyle perforatör flepler alt ekstremite rekonstrüksiyonunda altın standart tedavi modalitesi olma yolunda ilerlemektedir. Biz de bu çalışmamızda kliniğimizde takip edilen ve alt ekstremitesinde geniş defektler bulunan hastalarımızı ve bu hastaların rekonstrüksiyonlarında kullandığımız serbest anterolateral uyluk(ALU) perforatör flebini ve uzun dönem sonuçlarını sizlerle paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntem: 2011-2015 yılları arasında kliniğimize 8'i onkolojik rezeksiyon sonrası, 21'i travma sonrası, 10'u sistemik hastalıklar sonrası toplamda 39 hasta alt ekstremitesinde geniş yumuşak doku defekti nedeniyle kabul edildi ve serbest ALU perforatör flebi ile rekonstrükte edildi. Hastaların yaş aralığı 7-67 idi ve ortalama yaş 57,2 olarak saptandı. Sistemik hastalığa sekonder alt ekstremite defekti olan hastalarda defektif taraf arteryel ve venöz sistem doppler USG ile değerlendirildi. Onkolojik cerrahi sonrası rekonstrüksiyon gereken hastalar tümör rezeksiyonu sonrası devralındı ve alıcı damarlar intraoperatif olarak doppler cihazı ile saptandı. Travmatik hasta grubunda ise Godina prensibine uygun olarak akut debridman sonrası post-travmatik 72 saat içerisinde travma zonundan kaçınarak alıcı damarlar doppler USG ile saptandı. Ortopedi ekibince uygulanan gerekli redüksiyon ve fiksasyon işlemi sonrası defektin boyutu yaklaşık olarak belirlendi. Ardından karşı uylukta SİAS ve patella lateral sınırı arasında intermusküler septum işaretlendi. Bu septumun orta noktası etrafında 5cm çaplı alanda majör perforatörler doppler yardımıyla işaretlendi. Perforatörlerin dağılımına uygun olarak flep dizaynı modifiye edildi. Hasta supin pozisyonda iken alıcı alanda vasküler yapılar turnike altında eksplore edildi. Alıcı saha hazırlanırken 2. ekip karşı tarafta flep diseksiyonuna başladı. Flep defekt alanındaki ihtiyaca göre fasya lata veya vastus lateralis kasını da kısmen içerecek şekilde kaldırıldı. Donör alan 30 hastada primer, 9 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Donör alana ve flep altına dren yerleştirilerek insizyonlar kapatıldı.3 hasta hematom nedeniyle, 5 hasta venöz drenajdaki sıkıntı nedeniyle reeksplorasyona alındı.4 hastada da arteriyel yetmezliğe giren ve 2 kez reeksplorasyona alınan flepler kaybedildi. Postoperatif dönemde, hastalar 1 hafta düşük molekül ağırlıklı heparin, antibiyotik ve sıvı replasmanı ile takip edildi. Tüm hastalar 1.haftadan sonra mobilize edildi.Tüm hastalar en az 6. aylarına kadar takip edildi.(Resim.1)(Resim.2)(Resim.3)

Tartışma: Alt ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonu bu bölgenin anatomik özellikleri, vasküler yapıların sistemik hastalıklardan kolayca etkilenmesi, özellikle ayak dorsumu ve kruris distal 1/3'ünde yetersiz yumuşak doku örtüsü nedeniyle rekonstrüktif cerrahinin zorlu alanlarından biridir. Bu tip defeklerin rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek olan yöntemler çapraz bacak flebi, negatif basınçlı yara tedavisi (NBYT) seansları ve greftleme, mikrocerrahi serbest flep transferi, alıcı vasküler yatağın sorunlu olduğu hastalarda ise çapraz bacak serbest flep transferi olarak sıralanabilir. Çapraz bacak flebi uygulama ve takipte yarattığı zorluklar nedeniyle ikinci planda kalmıştır. NBYT ve greftleme tedavisi ise uzun süreli yatış/takip gerektirmesi, greftleme sonrası oluşan cilt örtüsünün hem uzun dönemde yeterli dayanıklılık sağlayamama riski hem de estetik olarak hoş olmayan sonuçları nedeniyle popülaritesini yitirmektedir. Mikrocerrahi serbest flep transferi diğer yöntemlere olan üstünlükleri ile altın standart olarak kabul görmektedir. Tüm alt ekstremite defektlerinde en önde gelen sebep travmadır. Tarihsel olarak majör alt ekstremite yaralanması ve açık tibia fraktürünün tedavisi ampütasyon olmuştur. Daha sonrasında 19. yüzyıldan itibaren artan tıbbi bilgiyle ekstremite kurtarıcı girişimler denenmeye başlanmıştır. Günümüzde ise mikrocerrahi yöntemlerle birçok olguda başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Travmatik olguların insidansı artan kentleşme oranı nedeniyle yükselmektedir. Trafik kazası, ateşli silah yaralanmaları ve yüksekten düşme gibi yüksek enerjili travmalar bu olguların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Travma olgularında eşlik eden vasküler/osseöz patolojiler nedeniyle vasküler yapıların onarılması ve ortopedik cerrahi/fraktür stabilizasyonu tedavinin ilk basamağıdır. Travma olgularında hastanın vital bulgularının ve ekstremitenin stabilizasyonu ardından rekonstrüktif girişim yapılmalıdır. Uzun ve kompleks mikrocerrahi için uygun olmayan hastalarda geçici veya definitif tedavi olarak NBYT ve kısmi kalınlıkta deri grefti tedavisi uygulanabilir. Onkolojik rezeksiyonlarda ekstra kompartman cerrahisi yapılan olgularda defekt büyüklüğü ve ekspoze olan yapılar değerlendirilerek endikasyon konulmalıdır. Bu tip hastalarda NBYT'nin kontraendike olduğu unutulamamalıdır. Sistemik hastalıklara sekonder defekti olan hastalarda ise seri debridmanlar ve NBYT ile defekt zemininin serbest flep transferi için hazırlanması önerilmektedir.

Sonuç: Defekte göre flep boyutunun ve dizaynının ayarlanabilmesi, nörotizasyon imkanı, ideal incelikte ve esneklikte yumuşak doku örtüsü taşıması, alt ekstremite cilt ve yumuşak dokusunu çok iyi taklit edebilmesi,peroperatif veya postoperatif dönemde 5 mm›ye kadar inceltilebilmesi,kimerik olarak tasarlanabilmesi, vasküler pedikülünün damar grefti gibi kullanılabilmesi, tatmin edici estetik sonuçları ve minimal donör alan morbiditesi nedeniyle anterolateral uyluk flebi günümüz rekonstruktif cerrahisinin parlayan yıldızı haline gelmiştir. Bizde klinik serimizden elde ettiğimiz deneyimler ışığında, alt ekstremite rekonstruksiyonlarında ALU perforatör flebinin kullanılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Resim.1



Resim.2



Resim.3



SS-170
Düşük El İçin Eklem Hareket Açıklığı Olmaksızın Tendon Transferi Uygulanabilir Mi? Olgu Sunumu

Ahmet Biçer, Yakup Işık, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Mehmet Emre Yeğin, Ufuk Bilkay, Ecmel Songür
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Ekstremitelerin oturmuş felçlerinin palyatif cerrahisinde tendon transferleri önemli bir yer tutmaktadır. Buna göre işlevi yitirilmiş nöromusküler ünitenin işlevsel olarak önemli hareketi, yeri doldurulabilir bir başka nöromusküler üniteden aktarım yoluyla gerçekleştirilebilmektedir. Tendon transferi yapılan olgularda ancak belli temel kurallar gözetilirse başarı sağlanabilmektedir. Bunların içinde işlev görmesi beklenen ekstremitede yeterli duyunun olması, kas-tendon ünitesinin yerleşiminin mümkün olduğunca düz bir vektör üzerinde kalması, transfer edilecek kasın gücünün yeterli olması, etki ortaya çıkarılacak eklemin işlevsel olması ve tendonun vektörü boyunca geçeceği eklemlerin stabil olması sayılabilir. Sunmak istediğimiz olguda ise bunlardan biri olan yeterli pasif eklem hareket açıklığının sıfır olması, yine de dar kapsamlı bir endikasyon/beklenti şeması içerisinde kalındığında istenen sonucun elde edilebileceği görülmektedir.

Olgu: Eylül 2014 tarihinde halata dolanma sonucu sağ el D2 PIP seviyesinden, D3-4-5 ise en-bloc olarak MCP seviyesinden ampute olmuş olan hastaya dış merkezde serbest radial önkol flebi ile güdük onarımı yapılmış. Sonrasında fizyoterapi uygulanmamış. Hastanın tarafımıza başvurusu sırasındaki muayenesinde, sağ el bileğinin -75 derece fleksiyonda sabitlenmiş ve kontrakte olduğu, D1'in tam addüksiyonda fikse olduğu, D2 üzerinde flebe ait yumuşak doku fazlalığı olduğu görüldü. Bunun yanında MCP eklem hareketleri gözlenmiyordu. D3-4-5, MCP eklem seviyesinde güdük olarak onarılmış. Tarafımızca Haziran 2015 tarihinde (posttravma dokuzuncu ay) opere edildi.

Operasyon: İTGA altında öncelikle el bileği volar gevşetme ve artroliz yapılarak, istirahat pozisyonuna getirildi. Volar önkol orta 1/3› üne yapılan insizyonlar ile pronator teres (PT) tendonunun kemiğe yapıştığı bölge belirlendi. Tendon subperiosteal olarak kaldırılarak transfer için hazırlandı. El bileği dorsalinden girilerek ikinci dorsal kompartmandaki ekstansör carpi radialis brevis (ECRB) tendonu mobilize edilerek transfere uygun mümkün olan en proksimal düzeyden kesildi. Volar yüze subkütan kanaldan geçirilerek PT ile Pulvertaft örgü tekniğine uygun olarak polipropilen dikişle sütüre edildi. Palmaris longus (PL) tendonu da volar yüzde bulunarak transfere hazır hale getirildi. Bilek dorsalinde üçüncü ekstensör kompartmanda ekstensör pollicis longus (EPL) bulunarak, mümkün olan en proksimal düzeyden kesildi ve volar yüze doğru oluşturulan deri altı kanaldan geçirilerek, PL ile pulvertaft tekniğine uygun olarak gerginliği ayarlanarak polipropilen dikişle sütüre edildi. Ardından deri flepleri sütüre edildi ve el atele alındı. Postop birinci ayda fizyoterapi başlandı.

Sonuç: Tarafımıza el bileğinde ekstansiyon kaybı, fonksiyon göstermeyen bir başparmak ve sadece proksimal falanks ve üzerinde yumuşak doku bulunan güdük ile başvurmuş olan hastaya, kısıtlı bilek hareketine rağmen tendon transferi yapıldı. Transferin ardından tendon iyileşmesi için bir ay beklenerek fizyoterapi başlandı. Hastanın postop ikinci ayında elini hareket ettirebildiği, hafif sayılabilecek cisimleri, ikinci parmağın desteğiyle başparmağı ile kavrayarak kaldırabildiği görüldü. El bileğinin 30 derece

ekstansiyonda minimal rotasyon arkı (+/- 5 derce) ile stabilize olduğu, D1 radyal ekstansiyonunun 60 dereceye kadar yapabildiği gözlendi. Hastanın kendi ifadesiyle de, daha önce hiçbir işe yaramayan eli ile artık yemek yapma, giyinme gibi günlük etkinliklerin yardım edebilecek bir düzeye geldiği bildirildi.

Tartışma: Tendon transferleri ancak oldukça karmaşık, hiyerarşik bir klinik karar alma mekanizması sonrası planlanmalıdır. Belli genel geçer kurallar bu karar mekanizmalarını etkilemektedir. Bunların başında ise transferi yapılacak eklemin pasif eklem hareket açıklığının transfer sonrası harekete izin verecek ölçüde yeterli miktarda olması gelir. Sunduğumuz olgu, bu en temel kuralın da esnetilebileceğini gösterebilir.

SS-171
El Sırtındaki Doku Defektlerinin Onarımında Posterior İnterosseoz Arter Flebi İle Reverse Adipofasyal Önkol Flebinin Karşılaştırılması

Mehtap Karameşe
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Konya

Elde yumuşak doku defektlerinin onarımı için posterior interosseoz arter flebi (PİAF) veya reverse adipofasyal önkol flebi (RAÖF) tercih edilmektedir. Bu çalışmada elde dorsal yüzde doku defekti olan hastalarda iki flebin uygulanmasının estetik ve fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. 2008 ile 2013 yılları arasında elin yumuşak doku rekonstrüksiyonu için PIAF ve RAÖF kullanılan 23 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Onbir hastada PIAF, oniki hastada RAÖF kullanılmıştır. Karşılaştırma ölçütleri olarak DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand; Kol, Omuz ve El Engelli skorlaması), ROM (Range of Motion; eklem açıklık testleri) ve skar değerlendirilmesi kullanılmıştır. Ameliyat süreleri, hastanede kalış zamanı ve donor alan problemleri değerlendirilmiştir. PIAF ve RAÖF kullanılan hastalar arasında ROM, DASH ve hastanede kalış süreleri benzer bulunmuştur. Ameliyat süresi, üst ekstremitede oluşan skar ve donor alan problemleri karşılaştırıldığında RAÖF kullanılan hastalarda daha iyi sonuçlara ulaşılmıştır. Fakat RAÖF kullanılan hastalarda elin major arterinin sakrifiye edildiği unutulmamalıdır.

Kanıt Düzeyi: V

SS-172
Parmak Kompozit Defektlerinin Radial Arterin Süperfisial Palmar Dalının Serbest Flebiyle Rekonstrüksiyonu

Alper Aksoy[1], Emin Sır[2], Meliha Kasapoglu Aksoy[3]
[1]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[2]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[3]Acıbadem Bursa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilatsyon Bölümü, Bursa

Amaç: Parmak yaralanmaları sonucu oluşan kompozit defeklerin onarımı için kullanılacak flep sayısı oldukça azdır. Ayak bölgesindeki serbest flep seçenekleri ilk sırada olsa bile donör saha iyileşmesinin geç olması, hastanın geç dönemde hareketlerine başlayabilmesi, hipertrofik skar, donör saha morbitesi nedeniyle bu fleplerin tercihi gittikçe azalmaktadır. Çalışmamızda deri ile birlikte kemik, tendon, arter ve sinir gibi yapıları içeren parmak kompozit defekleri rekonstruksiyonuda kullandığımız radial arterin superfisiyal palmar dalının serbest perforatör flebiyle (SUBPRA) ilgili deneyimlerimizi aktarmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler:Çalışmaya 2010-2014 yılları arasında kompozit olarak kaldırılan serbest SUBPRA flep yapılmış, yaş ortalaması 18-47 yaş arasında olan 10 hasta (3 kadın 7 erkek) dahil edildi. Defekt boyutları 2x3 cm ile 3x5 cm arasında değişiyordu. Hastalar ameliyat sonrası ortalama 11,5 ay (6-18 ay) takip edildi.Bütün hastalar statik ve dinamik iki nokta diskriminasyon testi, Semmes-Weinstein monofilaman testi, soğuk intoleransı, donör sahada nöroma gelişimi açısından değerlendirildi. Ayrıca hem flep hem de donör saha değerlendirilmesi için VAS uygulandı.

Bulgular: Uygulanan kompozit serbest fleplerin tamamı yaşadı. Ortalama ameliyat süresi 194 dk (180-260 dk) ve hastaların ortalama işe dönüş zamanı 13 hafta (11-21 hafta) olarak görüldü. Primer kapatılan donör sahalarda ve bilek hareketlerinde problem gözlenmedi.

Sonuç:SUBPRA serbest flebi aynı ekstremiteden bölgesel anestezi altında kaldırılabilen, deri-kemik-sinir veya tendon gibi bir veya birden çok dokuyu içeren kompozit defektlerde rahatça kullanılabilen, ve erken dönemde hastanın yaşantısına dönmesini sağlayan, daha ince ve kılsız bir örtü sağlayan bir fleptir. Bu nedenle el cerrahisinde kompozit doku defektlerinin onarımına iyi bir seçenek olabilir.

SS-173
Avasküler Nekroz Gelişen Karpal Kemiklerin Dorsoulnar Arter Osteofasyokutan Flep ile Onarımı

Fikret Eren[1], Ceyhun Cesur[1], Cengiz Yıldırım[2], Sinan Öksüz[3], Cenk Melikoğlu[4], Hüseyin Karagöz[1]
[1] GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2] GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi, İstanbul
[3] GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara
[4] Şifa Üniversitesi Hastanesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İzmir

Karpal kemiklerin avasküler nekrozu ile seyreden hastalıklarının tedavisinde popüler cerrahi yöntemlerden birisi olan vaskülerize kemik greftleri (VKG); patofizyolojinin temelini oluşturan perfüzyon bozukluğunu ve takip eden osteonekrozu revaskülarizasyon kabiliyetleri sayesinde düzeltmeleri ile öne çıkmaktadırlar. Çok çeşitli flep varyasyonları (serbest, pediküllü, kortikal, kansellöz, kortikokansellöz) aynı hastalık grubunda kullanılmaktadır. Ancak ideal bir cerrahi tedavi açısından mevcut yöntemler tüm ihtiyaçları tam olarak karşılamaktan uzaktır. Bu fikirden yola çıkarak; ideal bir donör olarak değerlendirilebilecek dorsoulnar arter osteofasyokutan flebini kullanarak, bir hastada yaptığımız skafoid kemik nonunionu onarım işlemi ile iki Kienböck hastasında yaptığımız lunat kemik revaskülarizasyon işlemlerini sunacağız.

Damar anastomozu gerektirmemesi, iyi perfüze olan ve kollapsa dayanıklı bir kemik grefti sağlaması, farklı bir vücut bölgesinde donör saha morbiditesi oluşturmaması, kortikal kemiğin yapısal avantajları ile erken mobilizasyona izin vermesi, güvenilir bir anatomik sahadan elde edilebilmesi ve hastaların kısa hastane kalış süreleri bu flebin avantajlarıdır. Kortikal kemiklerin kansellöz kemiklere göre daha geç vaskülarize olması dezavantaj olarak kaydedilebilir.

SS-174
Rinoplastide Alar Rekonstrüksiyon, Alar Simetri ve Tip Rotasyonu için yeni bir metot: W Kıkırdak Greft

Mustafa Raşid Toksöz[1], Ali Rıza Ulutaş[2], Gökalp Şahin[3], Mustafa Büyükmumcu[3]
[1] Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstürktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2] Konya Beyhekim Devlet Hastanesi KBB Kliniği
[3] Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anatomi Ana Bilim Dalı

Özet: W kıkırdak greft alar kıkırdaklardan karşılıklı kaldırılan ve diğer alar kıkırdağı desteklerken simetriyi sağlayan bir grefttir. Bu greft aynı zamanda bir çok ilave greft ihitiyacını ortadan kadırır. Çevre dokuya en çok benzeyen ve yumuşak olan bu greft fibrotik ve sert bir tip oluşmasının da önüne geçer. W greft yöntemiyle yapılan 8 rinoplasti ameliyatı ve sonuçlarını değerlendirilmiştir.

Giriş: Rinoplasti ve septorinoplasti operasyonlarında simetri ve yapının sağlamlığı estetik ve fonksiyonel açıdan elzemdir. W kıkırdak greft tekniğinde amaç alar kıkırdaklardan tanımlanan bir kıkırdak greft ile alar kanat ve tip simetrisinin sağlanması, alar rekonstrüksiyon ve tip sağlamlaştırılması işlemlerinin yapılabilmesidir. Tüm bunları bölgenin dokusuna uygun ayarlanabilir bir greft ile yapmanın yolu W greft kullanmaktır.

Cerrahi Yöntem ve Olgular: 1 Şubat 2014 ile 1 Temmuz 2014 tarihleri arasında Konya Beyhekim Devlet Hastanesi'nde alar rekonstrüksiyon, alar simetri ve tip rotasyonunu sağlamak için fonksiyonel septorinoplasti ameliyatı yapılmış 18-65 yaş arası erkek ve kadın hastalar çalışmaya dahil edildi.
Tip rinoplasti için sefalik rezeksiyon yapılacak alar kıkırdak lateral krus kıkırdağının kaudal ucu korundu sefalik trim insizyonu yapıldı (Resim 1-4). Hassas diseksiyonla alttaki yumuşak dokudan ayrılan ancak kaudal ucu halen yerinde olan iki karşılıklı kıkırdak karşılıklı olarak eleve edildi (Resim 5-6). Her iki alar kıkırdağın
medial ve lateral krus birleşimin altında hassas bir diseksiyonla boşluk oluşturuldu. Oluşturulan bu boşluğa karşı taraftan kaldırılan greft ters katlanarak sokuldu (Resim 7-8). Burada hareketi sağlanabilen ve ayarlanabilir bir kıkırdak greft oluşturuldu. Öne çektikçe bağlı bulunduğu tarafı eleve eden lateral krus sefalik kısmından oluşan bu kıkırdaklar uygun pozisyonda ince iğne uçları ile sabitlendi. Emilebilen sütürler ile sabitleme yapıldı. (Resim 9). Yeteri kadar ilerletilen kıkırdağın fazla ucu rezeke edildi (Resim 10). Tek taraflı yarık dudak burunlarında ise simetriyi sağlayacak şekilde asimetrik suture edildi.
Bütün vakalar genel anestezi altında ve açık rinoplasti tekniği ile yapıldı. Sütürasyon işlemlerinde 5-0 numara polidiakson sutur kullanıldı. Ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrasında standart fotoğraf ve video kayıtları kullanıldı.

Olgu-1: 21 yaşında erkek hasta, sola septal deviasyon, sol alar retraksiyon ve bariz kıkırdak hampı olan hastaya (Resim-11,12) rutin septoplasti ve hump rezeksiyonu yapıldı. Lateral osteotomileri yapılan hastanın alar asimetrisini sağlamak için W greft kullanıldı. Postoperatif 1. ay görüntülerinde istenen tüm sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.
Olgu-2: 46 yaşında daha önce septorinoplasti operasyonu geçiren, solda ciddi alar yetersizliği, bileşim noktasında sağa, tip ve supratipte sola deviasyon, tip ve supratipte kıkırdak yetersizliğine bağlı yuvarlaklaşıp sola rotasyone olmuş bir burun mevcut idi.
Sağ taraf sağlam alar kıkırdaktan alınarak sol alar rekonstrüksiyonu sağlayacak şekilde tek taraflı W greft sonucu tanımlanan deformiteler düzeltilmiştir (Resim-13,14).

Bulgular: W kıkırdak greft tekniği ile opere edilen erkek ve kadın hastalarda yeterli tip desteği sağlandı, ayrıca alar asimetriler ortadan kalktığı gibi supratip bölgesinin asimetrilerinin düzelmesine de katkıda bulundu.
Yöntemin dezavantajı daha önceden opere olmuş ve alar kartilajdan sefalik trim uygulanmış vakalarda teknik zorluk yaşanmasıdır. Ancak Resim-12'de görülen hastada olduğu gibi bu kıkırdak ilerletme, tutturma yöntemi çentik oluşturacak kadar fazla olan sol alar kartilajın rekonstrüksiyonunu başarıyla yapmış hem de santralde destekli olduğundan kalıcılık sağlamıştır.

Tartışma: W kıkırdak greftinin en çok öne çıkan özelliği bölge dokusuna benzer ve yumuşak oluşudur. Alar kıkırdaklardan atılması planlanan greftler orjinal yerinden ayrılmadan sadece ters çevrilerek karşı alar kıkırdağa suture edilmektedir. Bu durum bize ayarlanabilir bir alar

kanat ve yumuşak üçgen vermektedir. Böylece başka hiç bir tip grefti kullanılmaksızın simetri sağlanmaktadır. Bu bölgede yumuşak üçgeni destekleyen ama çok sert de olmayan bir burun tipi yaratan greft aşırı sert ve fibrotik bir burun ucunun oluşmasını engellemiştir.
Karşılıklı olarak her iki tipte birer yükselti oluşmakta, ve bu istenen birbirine yakın iki ışık reflesi oluşturmaktadır. Bu greft septal kaynaklı olmadığından daha yumuşak ve doğaldır. Ayrıca çoğu vakada tip greft kullanımı da gerek kalmamaktadır. W greft ayrıca bir miktar eksternal valf genişlemesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca takla atarak karşı tarafın krus açısına giden greft lateral krusun septumla yaptığı açıyı da artırıyor. Bu alan internal nazal valfin hemen önünde olduğundan bu valfe ve dolayısıyla nefes almaya da olumlu katkı vermektedir.
W greft kullanılarak alara yükseklik de ayarlanabildiğinden latreal krural strut greft cap greft gibi bir çok greft kullanımı da azalmaktadır.
Tekniğin dezavantajları olarak; sefalik trim yapılmış sekonder rinoplastilerde kullanılamaması, hassas diseksiyonlar gerektirmesi, kıkırdakların tırtıklı kesilmesi ya da ezilmesi durumunda ayarlama yaparken kopabilmesi, her hastaya uygulanamaması, sayılabilir.

Sonuç: Tüm bunlara rağmen tek doğrunun olmadığı tip rinoplastilerde septal seçeneğin olmadığı ve tipe sağlam bir destek konulması gereken durumlarda öne çıkan bir grefttir. Ayarlanabilir olması dikkat çeken bu greftin her durumda kullanılması mümkün olmasa da kullanıldığında şaşırtıcı derecede güzel sonuçlar vermektedir. Kıkırdak doku difüzyon ile beslendiğinden bu yapının damarsal olduğu ve flep olabileceği iddiasından da uzak durulmuştur.

SS-175
PDS Plak Kullanarak Ekstrakorporeal Septal Rekonstrüksiyon

Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Hasan Çelik, Nilüfer Çetinkaya, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İleri derecede septum deviasyonu olan olgularda nazal septum rekonstrüksiyonunda PDS plak kullanılarak yapılan onarımlarla ilgili ekstrakorporeal septoplasti deneyimlerimizi paylaşmak.

Giriş: Septoplasti, solunum sorunlarını çözmek için yapılır, ancak yetersiz cerrahiler sonrası septal problemler devam edebilir. Septorinoplasti septum problemi olan burunların standart tedavi şeklidir. İleri derecede deforme septumla birlikte olan rinoplasti olgularında septumun düzeltilmesi oldukça zordur. Bu durumda esktrakorporeal septoplasti sorunun çözümünde etkili bir yöntemdir. Ekstrakorporeal septoplasti 1950 lerde tanımlanmış ve pek çok otör tarafından modifiye edilmiştir.

Materyal Metod: Ekstrakorporeal septoplasti ile birlikte rinoplasti yapılan 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamı genel anestezi altında opere edildi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 1 gün, ortalama operasyon süresi 140 dakika idi. Erken ve geç dönemde herhangi bir problem görülmedi. Hastalarda nefes alma probleminde tatmin edici bir düzelme sağlandı.

Cerrahi Teknik: Bakiye ve deforme septal kartilaj bütün bağlantılarından ayrılarak çıkarıldı. PDS plak üzerine elde edilen kıkırdaklar düzgün bir "L" çatı oluşturulacak şekilde yerleştirilerek 5/0 PDS sütüre edilerek şekillendirildi. Rekonstrükte edilen septum nazal kaviteye mukoza içine yerleştirilerek nazal spin ve nazal dorsum seviyesinde üst lateral kıkırdaklara 5/0 PDS ile sütüre edildi.

Tartışma: İleri derecede deforme ve deviye septumların cerrahi olarak düzeltilmesi oldukça zordur. Fonksiyonel problemlerin çözümünde standart septoplasti ve/veya rinoplasti teknikleri yetersiz kalabilmekte revizyon cerrahilerine ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu durumlarda revizyon cerrahilerinde problemin çözülebilmesinde septum dışı kaynaklardan kıkırdak grefti ihtiyacının azaltılmasında PDS plak kullanılarak kombine ekstrakorporeal septoplasti etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

SS-176
Jinekomasti Tedavisinde Son 6 Yıllık Klinik Deneyimlerimiz

Dudu Dilek Yavuz, Selman Hakkı Altuntaş, Fuat Uslusoy, Selçuk Yılmaz, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Jinekomasti, çeşitli faktörlerin etkisiyle erkek memesinde fibroepitelyal yapıların gelişimi ve kadın memesine benzer bir görünüm kazanması olarak tanımlanmaktadır. Fizyolojik değişiklikler, hastalıklar, tümörler ve alınan bazı ilaçlar sonucu jinekomasti gelişebilir. Jinekomasti bebeklik ve ileri yaşlarda da görülebilmekle birlikte, en sık pubertal dönemde saptanmaktadır. Genç erkeklerde daha sıklıkla görülen jinekomasti zaman zaman kişinin sosyal yaşamını etkileyebilecek kadar önemli bir sorun kaynağı olabilir. Bu çalışmada kliniğimizde jinekomasti nedeni ile opere edilmiş hastaların yöntem farklılıkları açısından değerlendirilmesi ve sonuçlarının analiz edilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2009-2015 yılları arasında jinekomasti nedeni ile değerlendirilmiş ve opere edilmiş 50 hasta retrospektif fotoğrafları, dosyaları ve patolojileri taranarak değerlendirildi. Ayrıca hastalara telefon ve poliklinik kontrollerinde SF 36 testi ve özel olarak hazırlanmış sorular yöneltildi.

Bulgular: 2009-2015 yılları arasında opere edilen 45 hasta yaşları, simon sınıflamasına göre jinekomasti sınıflandırmaları, yapılan cerrahi işlem (ultrason eşliğinde liposuction, mastektomi), çıkartılan doku miktarları, mastektomi yapılan hastalarda patolojik inceleme sonuçları, postoperatif verilen ağrı kesici miktarları, hastanede kalış süreleri, işe dönüş süreleri, postoperatif seroma gelişimi ve poliklinik takip süreçleri değerlendirildi. Hastaların operasyon sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi SF 36 ile yapıldı.

Sonuç: Tekrar operasyon gerektiren yalnızca 1 hasta olmuş ve postoperatif seroma gelişen hasta sayısı 8 olarak belirlenmiştir. Kliniğimizde ultrason eşliğinde liposuction ile jinekomasti düzeltilmesi operasyonları cihazın bulunmaması nedeni ile dışardan temin yoluyla kullanılmakta ve hastaya belli bir miktarda maliyet çıkartmaktadır. Hastaların tercihleri daha az iz, daha çabuk hastaneden ayrılma süresi ve dren takibi yapılmaması nedeni ile ultrason eşliğinde liposuctionu tercih etmekle beraber maddi kaygılar nedeni ile mastektomi uygulanan hasta sayısı daha fazladır. Hastaların büyük çoğunluğunda sosyal hayata uyum oldukça artmış, vücut hatlarını belli

eden kıyafetler giyme ve spor yapma gibi sosyal faaliyetler de bulunma oranları yükselmiştir.

SS-177
Teimourian Evre 2b ve 3 olgularda "Liposuction" Yardımlı Brakiyoplasti

Özgür Hürkal, Serhat Şibar, Serhan Tuncer, Ayhan Işık Erdal, Ali Sadıoğlu
Gazi Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Masif Kilo kaybı sonrasında ve yaşın ilerlemesiyle oluşan kol bölgesinde sarkıklık ve yarasa kanadı görünümü nedeniyle yapılan brakiyoplasti ameliyatının kol bölgesindeki deri ve yağ doku miktarı fazlalığına göre minimal insizyon brakiyoplasti, posterior insizyon brakiyoplasti, genişletilmiş brakiyoplasti, liposuction yardımlı brakiyoplasti gibi tanımlanmış birçok tekniği mevcuttur. Ameliyat sonrası erken dönemde yara evisserasyonu, hematom, seroma gibi problemlerle karşılaşılırken geç dönemdeki en önemli hasta mutsuzluğuna sebep olan problemler skar asimetrisi, aşırı düzeltme sebebiyle oluşan skar genişlemesi (>=1cm) ve hipertrofik skar olup yada yetersiz düzeltme sebebiyle deri laksisitesi olmaktadır.

Materyal/Metod: Bu çalışmaya son 7 yıl içinde opere edilmiş ortalama yaşları 53,3(31-69) olan 16 hasta dahil edilmiştir. Hastalar Teimourian sınıflamasına göre değerlendirilmiş olup bu sınıflamada; Evre 1: ptozis olmadan minimal yağ birikimi

Evre 2a: grade 1 ptozis ile birlikte orta düzeyde yağ birikimi

Evre 2b: grade 2 ptozis ile birlikte ileri derecede yağ birikimi

Evre 3: gade 3 ptozis ile birlikte ileri derecede yağ birikimi

Evre 4: minimal yada hiç yağ birikimi olmadan grade 3 ptosiz Olmaktadır. Literatürde evre 1 ve 2a 'ya izole liposuction önerilmekte evre 2b ye önerilen tedavi distal liposuction+geleneksel veya kısa skar brakiyoplasti olup, evre 3 te onerilen tedavi liposuction+brakiyoplasti, evre 4 te geleneksel brakiyoplasti onerilmektedir. Kliniğimizde brakiyoplasti operasyonunda çizim double elips yöntemiyle yapılmakta olup çıkarılacak ptotik bölge cizildikten sonra kumpas yardımıyla doku kalınlığına bakılıp daha sonra çizilen insizyon alanının anterior ve posteriorundan kumpasla ölçülen mesafenin yarısı kadar insizyonun içinden çizim yapılmaktadır. Liposuction yardımlı brakiyoplasti tekniğinde cizilen alana agresif liposuction yapıldıktan sonra operasyon çizilen bölgede kalan izole deriyi eksize etme işlemi olup yöntem ameliyat süresini uzatmayıp yöntemin avantajları lenfatikleri, damar ve sinir yapılarını hasarlamadan operasyonun yapılmasını sağlarken amleliyatın daha kansız olmasını ve yara dudaklarının daha kolay kapanmasını sağlamaktadır.

Sonuçlar: Çalışmaya katılan hastaların klinik evresi; evre 2b, 3 ve 4'tür. Çalışmaya dahil edilen 16 hastanın 10 una liposuction yardımlı brakiyoplasti yapılırken 6 sına geleneksel brakiyoplasti uygulanmıştır. 16 hastanın 5'i bariyatrik cerrahi hastası olup 11 tanesi kilo kaybına sekonder olmayan brakiyel ptozis sebebiyle opere olmuştur.

Tartışma: Brakiyoplasti operasyonun liposuction yardımlı brakiyoplasti, genişletilmiş brakiyoplasti, posterior insizyon brakiyoplasti, kısa skarlı brakiyoplasti gibi bir çok tekniği mevcut olup operasyon sonucunda hastaların kolunda istenmeyen yara izi kalmaktadır. Teimourian evre 4'e uyan hasta grubu genel olarak masif kilo kaybı hastası olup kol bölgesinde izole deri sarkıklığı nedeniyle oluşan yarasa kanadı görünümü mevcuttur. Bu grup hastada izole deri sarkıklığı olması sebebiyle liposuction yardımlı brakiyoplasti gerekli olmayıp klinik tecrubemizde teimourian evre 2b, ve 3'üncü gruptaki hastalara yapılan liposuction yardımlı brakiyoplasti işleminin erken dönmede damarsal yapılara zarar vermeyerek daha kansız bir operasyon sağlamakta ve dren kullanılması gereğini ortdan kaldırmakla birlikte gec dönemde lenfatiklerin korunması sebebiyle hastalarda daha az lenfödem olmakta, sinir yapılar korunmasıyla daha az uyuşukluk olmakta ve nöroma komplikasyonunun önüne geçmekte ve gergin kapanmayı önlemesi nedeniyle uzun dönem kabul edilebilir skara katkısı olup skar revizyonu işlemi gereğini azaltmaktadır.

anteriyor görüm



posteriyor görünüm



preoperatif çizim



SS-178
Estetik Cerrahi Hastalarında Kişilik Özellikleri

Şadiye Visal Buturak[1], Elif Sarı[2], Ömer Oğuztürk[3], Aslıhan Kırıcı Güneş[4]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye;Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Lazer ve Estetik Merkezi, Kırıkkale, Türkiye
[3]Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Karabük, Türkiye
[4]Ankara Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Estetik cerrahi yaptırma kararını etkileyen önemli faktörlerden birinin kişilerin psikolojik durumları olduğu uzun süredir bilinmektedir. Literatürde özellikle estetik cerrahi ve beden dismorfik bozukluk arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada estetik cerrahi için başvuran hastaların kişilik özelliklerinin estetik cerrahi yaptırmamış ve yaptırmayı planlamayan hastalardan farklı olduğu hipotezini sınamayı amaçladık.

Yöntem ve gereçler: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Polikliniğine estetik cerrahi yaptırmak nedeni ile başvuran toplam 47 hasta ve estetik cerrahi yaptırmamış ve yaptırmayı planlamayan 43 kişi kontrol grubu olarak alındı. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların psikometrik değerlendirmesi evet yada hayır şeklinde cevaplanan 566 cümleden oluşan Minnesota Çok yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory) Türkçe versiyonu ile yapılmıştır. Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği Erol, Ceyhun ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Veriler SPSS 17 paket programı kullanılarak analize sokulmuştur.

Bulgular: Estetik cerrahi için başvuran hastaların MMPI hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, paranoya, hipomani alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptandı. Kesme değeri olarak 65 alındığında histeri alt testinde 65 ve üzeri puan alan hastaların oranının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek ve sosyal içe dönüklük alt testinde ise bu oranın anlamlığa yakın derecede hasta grubunda daha yüksek olduğu saptandı

Sonuçlar: Özellikle sosyal içe dönük, yalnız, ürkek, çekingen ve histerik yani başkaları tarafından onaylanma gereksinimi hisseden ve belki de psikiyatrik tedavi ile kısmen de olsa düzelebilecek kişilik özelliklerine sahip bireylerin daha fazla estetik cerrahi arayışında bulundukları göz önünde tutulmalıdır.

SS-179
Estetik Rinoplasti Talebi İle Başvuran Hastalarda Subjektif Simetri Algısı: Antropometrik, Sosyodemografik Ve Psikolojik Değerlendirme

Ozan Luay Abbas[1], Çiğdem Derya Aytop[1], Ayla Kürkçüoğlu[2], Cengiz Uysal[3], Can Pelin[2]
[1]Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Kırşehir
[2] Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi ABD, Ankara
[3] Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Kırşehir

Giriş ve amaç: Rinoplasti sonrası hasta memnuniyetsizliğin başlıca nedenlerinden biri olarak burun asimetrisi gösterilmektedir. Bu gibi durumlarda burun yapısının anatomik simetrisi kadar hastanın algı biçimi önemlidir. Buradan yola çıkarak, çalışmamızda rinoplasti hastalarında subjektif simetri algısını değerlendirmeyi amaçladık.

Hastalar ve yöntem: Kliniğimize estetik rinoplasti talebi ile başvuran hastalar çalışmaya rinoplasti grubu olarak dahil edilmiştir. Klinik görüşmelerde burun şekli ile ilgili herhangi bir yakınması olmayan bireyler kontrol grubu olarak seçilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında tüm katılımcılardan sosyodemografik form, burun şeklini değerlendirme ölçeği ve bedensel duyumları abartma ölçeği olacak şekilde 3 farklı form doldurmaları istenmiştir. İkinci aşamada ise katılımcılara önceden antropometrik ölçümler ile simetri durumu objektif bir şekilde tayin edilmiş olan 100 Tıp Fakültesi öğrencisinin ön yüz fotoğrafı gösterilip yüzün simetrik olup olmadığını değerlendirmeleri istenmiştir.

Bulgular: Fotoğraflar üzerinde yapılan antropometrik değerlendirme sonucunda tamamen simetrik bir yüze rastlanmadı. Subjektif simetri algısı bakımından iki grup karşılaştırıldığında, rinoplasti grubuna ait bireylerde asimetriyi algılamada yüksek seçicilik olduğu gözlenmiştir. Bu grup kendi içinde değerlendirildiğinde, revizyon talebi ile başvuranlar ve bedensel duyumları abartma ölçeğinde 25 puandan fazla alanlarda seçicilik anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Estetik rinoplasti talebi ile başvuran hastaların belirgin olmayan asimetrileri dahi normal olarak kabul edemeyecek bir algı biçimine sahip olabileceklerini unutmamak gerekir. Bu nedenle, hasta memnuniyetinin ve verilen vaatlerin ön planda tutulduğu eser sözleşmesi kapsamındaki bu cerrahiyi planlarken hastaya mükemmel simetri vaadinde kesinlikle bulunulmamalıdır. Bu durum özellikle revizyon talebi ile başvuran hastalarda ayrı bir önem kazanmaktadır. Bu gibi durumlarda bedensel

duyumları abartma ölçeği bize hastanın ameliyat sonrası dönemde olası asimetrileri abartma potansiyeli hakkında ipuçları verebilmektedir.

SS-180
Burun Tipi Şekillendirme Ve Rotasyonunda Kullanılabilecek Yeni Bir Flep: Alt Lateral Kartilaj Pediküllü Ligamento-Perikondrial Flep

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, Erol Kesiktaş, İbrahim Tabakan, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Burun tipinin kontrolü ve şekillendirilmesi rinoplastinin en önemli bölümlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Tip plasti ile burunda uygun projeksiyon

ve rotasyon sağlanabilir. Sık kullanılan tip plasti metodları sütürasyon, greft ve eksizyondur. Bu sunuda nazal tip plasti yöntemleri ile kombine uygulanabilen yeni bir tip düzenleme flebi uygulaması ortaya konmuştur.

Gereç Yöntem: Çalışmaya 2012 ile 2014 yılları arasında, rinoplasti uygulanan 24 hasta (10 erkek (%41,6), 14 kadın (%58,4)) dahil edildi. Tüm hastalar genel anestezi altında açık rinoplasti yöntemi ile ameliyat edildi. 21 hastaya primer, 3 hastaya sekonder rinoplasti uygulandı. 3 hasta (%12,5)(2 erkek ve 1 kadın) yarık dudak damak burnu nedeniyle opere edildi. Açık rinoplasti sırasında tüm hastalarda tip şekillendirilmesi ve rotasyonu için alt lateral kartilaj pediküllü (alt lateral kartilaj üst perikondriyumu ve Pitanguy ligamentini içeren) ligamento-perikondrial flep hazırlandı. Hazırlanan flep, burun tipinde istenilen etkiyi oluşturacak şekilde istenilen doğrultuda çekilerek suture edildi. Ayrıca tanımlanan flebin yaşayabilirliğini desteklemek amacıyla damarları ortaya koyan histopatolojik çalışma da yapıldı.

Bulgular: Hastalar ameliyat sonrası 6 ay ile 3 yıl arasında (ortalama 1 yıl) takip edildi. Takipte hiçbir hastada tanımlanan flebe bağlı enfeksiyon veya nekroz belirtisi görülmedi. Bir hastada ameliyat sonrası 7. ayda supratip bölgesinde geçmeyen dolgunlu şikayeti oldu ve hasta revizyon ameliyatına alınarak bu bölgedeki fazlalık oluşturan flep dokusu eksize edildi.

SS-181
Akordiyon Sütür Tekniği: Rinoplastide Bir Spreader Flep Modifikasyonu

Tahsin Görgülü
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

Estetik burun operasyonlarının belki de en sık sebebi nazal hump varlığıdır. Hump eksizyonu da rinoplastinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kemik ve kıkırdak hump eksizyonu sonrasında kıkırdak çatı rekonstrüksiyonu, hem bu bölgede yeterince genişliği sağlamak için hem de internal nazal valv açısını idealize ederek nefes alma problemlerini engellemek için gerekmekte olup çeşitli greft ve rekonstrüksiyon teknikleri tamamlanmıştır[1-4]. Özellikle spreader greftler daha iyi fonksiyonel ve estetik sonuç için sıklıkla kullanılmaktadır[2,5-7]. Ancak bu teknik ekstra kıkırdak dokusu gerektirmekte ve bu kıkırdak genellikle nazal septumdan alınmaktadır. Özellikle septum cerrahisi gerektirmeyen hastalarda bu ekstra cerrahi girişim komplikasyon riskini arttırmaktadır[8].

Kıkırdak çatı rekonstrüksiyonu için tercih edilen bir diğer popüler yöntem ise spreader flep tekniğidir[9]. Bu tekniğin dezavantajı ise üst lateral kartilajın(ÜLK) yeterince kalın olmaması nedeniyle yeterli dorsal genişliği sağlayamamasıdır. Bu genişliği sağlamak için çeşitli manevralar ve sütür teknikleri tanımlanmıştır[12-18]. Ancak bu tekniklerin internal nazal valve ve dolayısıyla solunum fonksiyonuna katkıları konusunda herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

Spreader fleplerin dezavantajı olan dorsal genişliği sağlamak ve kıkırdak hafızasını internal nazal valvi genişletmek amacıyla akordiyon sütür tasarladık. Her bir ÜLK'ın 3 er kez katlanması ve septumdan sütürün geçmesi ile 7 kat kıkırdağın bir araya gelmesi ve şekil olarak akordiyona benzemesi ile bu isim uygun bulunmuştur. Bu çoklu kıkırdak yapı, dorsal genişliği 8mm ye kadar arttırarak spreader flep tekniğinin dezavantajını ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca ÜLK'ların katlanmaya karşı gösterdiği -kıkırdak hafızasından kaynaklanan- direnç ile internal nazal valv açısı iyileşmekte ve kollapsı engellenmektedir.

Biz bu çalışmada, Kasım 2010 ile Aralık 2013 tarihleri arasında 64 hastada kullandığımız akordiyon sütür tekniğini, estetik ve fonksiyonel veriler ışığından değerlendirdik.

Hasta Metot:

Operasyon Prosedürleri:

Uygun sterilizasyon ve lokal solüsyon infiltrasyonunu ardından hastalarda; açık rinoplasti tekniğine uygun olarak tip flebi kaldırılmasını takiben, nazal dorsal kıkırdak ve kemik, subperikondirial ve subperiostal olarak diseke edildi. "Ters V" deformitesini engelleme amacı ile ÜLK'lar kemiğe yapışma yerinden ayrılmadı. Septuma ulaşıldı. Eksize edilecek dorsal ve kaudal septum ve septum ÜLK geçiş alanı submukozal planda intranazal mukozadan diseke edildi(Figür-1). Diseksiyonu takiben septumdan ÜLK'lar, septuma yapışma yerinden kesilerek ayrıldı(Figür-2). İntranazal mukoza her iki ÜLK'dan akordiyon sütür tekniğe izin verebilecek ölçüde diseke edildi(Figür-3). Kıkırdak hump makas ile ve kemik hump osteotom ile eksize edildi(Figür-4).

2.2. Sütür Tekniği:

Akordiyon sütür tekniği 5/0 yuvarlak prolen ile 3 kez farklı noktalardan uygulanmaktadır. Bu noktalar seviye olarak; sefalik(Keystone bölgesinin inferioru), sefalik ve kaudal sütürün orta noktası ve septum kaudali(ÜLK'ların en inferior noktası) dir.

Her sütürde iğne, aynı horizontal aksta, 7 kez tam kat olarak kıkırdaklardan geçirilmekte ve sonrasında fazla sıkılmadan bağlanmaktadır. Sol veya sağ ÜLK'dan sütür işlemine başlanabilir. Aşağıda sol ÜLK'dan başlanmış halde tariflenmiştir.

Adım 1: İğne, sol ÜLK'ın intranasal mukozadan disseke edildiği ve mukozaya en yakın noktasından(Lateral), dıştan içe doğru geçilir(Figür 5a).

Adım 2: İğne, sol ÜLK'da ilk giriş yerinden ~1mm medialinden içten dışa doğru geçilir(Figür 5b).

Adım 3: İğne, sol ÜLK'da 2. Giriş yerinden yine ~1mm medialinden dışarıdan içeriye doğru geçirilir(Figür 5c).

Adım 4: İğne septumdan oluşturulan 3 katlı ÜLK ile septum dorsal sınırı aynı hizaya gelecek şekilde(Muhtemel dorsal sınırın 1mm altından) soldan sağa geçirilir(Figür 5d). Böylece oluşturulan 3 katlı ÜLK ile septum dorsali aynı seviyeye getirilmiş olur.

Bu 4 adımın ardından Sağ ÜLK'a adım 3-2-1 şeklinde uygulanır ve çok sıkılmadan sütür bağlanır(Figür 6).

Lateral osteotomiler, alt lateral kıkırdak eksizyon ve sütürleri ile cilt-mukoza primer kapaması rutin açık rinoplastiye uygun olarak gerçekleştirilir. İnternal nasal splint ve eksternal termoplastik atel uygulamasına postoperatif 1 hafta devam edilir ve 1 haftanın sonunda splint ve ateller alınır.

2.3. Hastalar ve Veriler
Kasım 2010-Aralık 2013 yılları arasında toplamda 64 (45 kadın, 19 erkek) nazal dorsal hump şikayeti olan hastaya açık rinoplasti operasyonu uygulandı. Ortalama hump azaltılması 3mm(2-3,5mm) idi. Ortanca hasta yaşı 24 yaş(19-33 yaş) idi. Hastalar postoperatif ortalama 18. ay(12-24 ay) fotoğraflanarak takip edildi.
Hastalardan 2 sorudan oluşan anketi preoperatif ve postoperatif olarak doldurmaları istendi.
1) Burnunuzun mevcut estetik görünüşünü 1'den 10'a kadarki derecelendirmede nasıl skorlarsınız?
2) Mevcut nefes alma kalitenizi 1'den 10'a kadarki derecelendirmede nasıl skorlarsınız?
Ayrıca, nazal hava direnci(NHD) rinomanometre ile preoperatif ve postoperatif 12. ayda değerlendirildi.
İstatiksel analizler SPSS 18.0 software(SPSS, Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorove-Smirnov test kullanılarak hesaplandı. Tanımlayıcı istatistikler "medyan(aralık)" şeklinde ifade edildi. Değişkenler Wilcoxonsigned-rank test kullanılarak karşılaştırıldı. Tüm testler için $p<0.05$ istatistiksel önemlilik değeri olarak kabul edildi.

Sonuçlar: Tüm hastalardan alınan postoperatif geri dönüşler olumluydu(Figür 7). Postoperatif olarak hiçbir hastada palpabl nazal dorsal düzensizliğe rastlanmadı.
Dinlenme sırasında, preoperatif ve postoperatif 6. ayda nazal dirençler anterior aktif rinomanometre ve RhinoPocket® cihazı kullanılarak ölçüldü. Preoperatif ortalama inspiratuar NHD 0.257 (0.224-0.276)Pa/cm3/s iken postoperatif 0.144 (0.132-0.163) Pa/cm3/s olarak tespit edildi ve dirençteki azalma istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Aynı şekilde preoperatif ortalama ekspiratuar NHD 0.194 (0.162-0.216) Pa/cm3/s iken postoperatif 0.138 (0.126-0.159) Pa/cm3/s olarak azaldığı görüldü ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.001$).
Pre ve postoperatif anket skorları sırasıyla 1. soru için 4.50 (1-7) ve 8.33 (4-10), 2. soru için ise 4.00 (1-8) ve 8 (4-10) olarak tespit edildi. Her iki soruya verilen cevaplar arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu($p < 0.001$).
Ayrıca akordiyon teknik kulanılarak oluşturulan dorsal kıkırdak çatı genişliğini el yapımı kumpas ile 8mm olarak ölçüldü[10] (Figür 8).

Tartışma: Spreader greft tekniği hump eksizyonu yapılmış burunlarda nazal dorsum rekonstrüksiyonu için kullanılan yaygın bir prosedürdür. Estetik sonuçları ve artmış internal nazal valv açısı bu tekniğin önemli avantajlarıdır. Ancak spreader greft tekniği ekstra kıkırdak greft materyali gerektirir ve sıklıkla bunun için nazal septum donör saha olarak kullanılır. Şu unutulmamalıdır ki; septal cerrahi, özellikle septal patoloji olmadığında, komplikasyon riskini arttırmaktadır[8]. Ek olarak, greft hazırlığı ve yerleştirilmesi operasyon süresini uzatmaktadır. Greftin septum ve mukoperikondrial flepler arasına düşmesi, ve intraoperatif/ postoperatif greft kayması, spreader greft uygulamalarında en sık karşılaşılan problemlerdendir[19].
Spreader flep tekniği ise grefte alternative bir tekniktir fakat bu teknikte ÜLK gerekli dorsal genişliği sağlayacak kalınlığa sahip değildir[11]. Bu dezavantajın ortadan kaldırmak için bir çok teknik tanımlanmıştır[12-18]. Bu teknikler çoğunlukla ÜLK'nın matress sütürler ile katlanmasına yöneliktir, fakat ÜLK spreader greftlerden yaklaşık 4 kat daha incedir. Bu yüzden, bu teknikler istenen genişliği sağlamak için yeterli olmayabilmektedir.
Gruber ve ark., ÜLK'nın serbest uçlarını içe doğru katlama usulüne dayalı bir sütür tekniği kullanmışlardır. Bu çalışmada, yeterli dorsal genişlik sağlamışlar; fakat hava yolu direncini değerlendirmek için bir test yapmamışlardır[16]. Manavbaşı ve ark., ÜLK için asimetrik sütür tekniği tanımlamışlardır. Bu teknik kıkırdak çatının konvansiyonel spreader flep tekniğine göre 2mm daha geniş(total genişlik 7mm olacak şekilde) olmasını sağlamaktadır[18].
Nazal havayolu direnci(NHD) toplam havayolu direncinin %50'den fazlasını oluşturmaktadır ve bu direncin oluşturulmasındaki en önemli komponentlerden biri internal nazal valv'dir[20]. Geçmişte yapılmış birçok çalışmada nazal havayolu akımındaki iyileşme, hastalardan alınan geribildirimler ile değerlendirilmiştir ve ayrıca bu çalışmalar geri bildirimleri istatistiksel olarak analiz etmemişlerdir[12-18]. Bizim çalışmamızda rinomanometrik analiz ile postoperatif dönemde, NHD'nin hem ekspiryum hem de inspiryumda önemli derecede azaldığı gösterilmiştir. Ek olarak çalışmamız, rinoplastide NHD'nin spreader flep uygulaması ile azaldığını kantitatif olarak gösteren ilk çalışmadır. Ayrıca, hastalardan alınan geri bildirimler istatistiksel olarak değerlendirilmiş olup, hastaların estetik ve fonksiyonel yönlerden belirttikleri düzelme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu doğrultuda hasta memnuniyeti olumlu olarak değerlendirilmiştir.
Serimizde eksize edilen nazal hump yükseklikleri 2-3,3mm arasında(ortalama 3mm) değişmekte olup ÜLK yüksekliği hump yüksekliği ile doğru orantılı olarak değişmekteydi. Tüm hastalar ÜLK'nin üç kez katlanması için yeterli ÜLK uzunluğuna sahipti; fakat akordiyon sütür tekniği 2mm'den az humpı olan hastalarda uygulanamamaktadır çünkü ÜLK yüksekliği katlanmaya izin vermemektedir. Bu yüzden bu teknik, septal deviasyonu müdahale gerektirecek boyutlarda olmayan ve ileri derece hump'ı olan primer rinoplasti hastaları için uygundur.
Akordiyon tekniği kullanarak 8mm'lik dorsal genişlik elde ettik ve internal nazal valv açısının ÜLK direncine bağlı artmasıyla nazal havayolu direncinde azalma sağladık. Spreader flep tekniğinde spreader greft tekniğinde görülen greft yerinden oynaması riski ÜLK'nın anatomik pozisyonu sayesinde yoktur. Ek olarak akordiyon sütür tekniğinin öğrenmesi ve uygulaması kolaydır. Bu teknikle operasyon zamanı; kıkırdak grefti ihtiyacının olmayışı ve matress sütür yerine basit sütür bir sütür tekniği kullanılması sayesinde önemli ölçüde azalmaktadır.

5. Sonuç: Tekniğimiz, kıkırdak hafızasının oluşturduğu direncin artmış nazal valv açısını arttırması üzerine kurulmuştur. Ayrıca dorsal nazal genişlik ek bir kıkırdak grefti kullanılmadan arttırılmıştır. Hastaların da estetik ve fonksiyonel açıdan memnuniyeti üst düzeyde bulunmuştur. Ek olarak ilk kez bir spreader flep çalışmasında postoperatif olarak NHD'nin azaltıldığı gösterilmiştir. 2mm'den fazla hump azaltılması gereken rinoplastilerde bu tekniğin kullanılmasını önermekteyiz. Unutulmamalıdır ki bu teknik, rinoplasti revizyon operasyonlarında önerilmemektedir.

Kaynakça
1. Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1984 Feb;73(2):230-9.
2. Constantian MB, Clardy RB. The relative importance of septal and nasal valvular surgery in correcting airway obstruction in primary and secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1996 Jul;98(1):38-54
3. Skoog T. A method of hump reduction in rhinoplasty. A technique for preservation of the nasal roof.
Arch Otolaryngol. 1966 Mar;83(3):283-7.
4. McKinney P. An aesthetic dorsum: the CATS graft. Cartilaginous autogenous thin septal. Clin Plast Surg 1996 Apr;23(2):233-44.
5. Rohrich RJ, Muzaffar AR, Janis JE. Component dorsal hump reduction: the importance of maintaining dorsal aesthetic lines in rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2004 Oct;114(5):1298-308.
6. Howard BK, Rohrich RJ. Understanding the nasal airway: principles and practice. Plast Reconstr Surg. 2002 Mar;109(3):1128-46
7. Arslan E, Majka C, Beden V. Combined use of triple cartilage grafts in secondary rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007;60(2):171-9

8. Teichgraeber JF, Riley WB, Parks DH. Nasal surgery complications. Plast Reconstr Surg 1990;85:527Y531
9.Oneal RM, Berkowitz RL. Upper lateral cartilage spreaderflaps in rhinoplasty. Aesthet Surg J. 1998 Sep-Oct;18(5):370-1.
10. Gorgulu T, Buz A, Kargi E. How to Make a Sensitive and Sterile Caliper in Less Than a Minute During an Operation. Surg Innov. 2014 Apr 7. doi:10.1177/1553350614528385.
11. Mowlavi A, Masouem S, Kalkanis J, Guyuron B. Septal cartilage defined: implications for nasal dynamics and rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 2006 Jun;117(7):2171-4.
12. Seyhan A. Method for middle vault reconstruction in primary rhinoplasty: upper lateral cartilage bending. Plast Reconstr Surg 1997 Dec;100(7):1941-3.
13. Acartürk S, Gencel E. The spreader-splay graft combination: a treatment approach for the osseocartilaginous vault deformities following rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 2003 Jul-Aug;27(4):275-80.
14. Fayman MS, Potgieter E. Nasal middle vault support: a new technique. Aesthetic Plast Surg 2004 Nov-Dec;28(6):375-80.
15. Byrd HS, Meade RA, Gonyon DL. Using the autospreader flaps in primary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 2007 May;119(6):1897-902.
16. Gruber RP, Park E, Newman J, Berkowitz L, Oneal R. The spreader flap in primary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2007 May;119(6):1903-10.
17. Neu BR. Use of the upper lateral cartilage sagittal rotation flap in nasal dorsum reduction and augmentation. Plast Reconstr Surg. 2009 Mar;123(3):1079-87.
18. Manavbaşı YI, Başaran I. The role of upper lateral cartilage in correcting dorsal irregularities: section 2. The suture bridging cephalic extension of upper lateral cartilages. Aesthetic Plast Surg. 2013 Feb;37(1):29-33.
19. Varedi P, Bohluli B, Bayat M, Mohammadi F. Spreader graft placement: a simplified technique for young surgeons. Int J Oral Maxillofac Surg. 2014 Oct;43(10):1216-7.
20. Bailey B, ed. Nasal function and evaluation, nasal obstruction. In: Head and Neck Surgery: Otolaryngology. 2nd ed. New York, NY: Lippincott-Raven; 1998:335-44, 376, 380-90.

7. Figür Hikayeleri:
Figür 1: Üst lateral kıkırdaklar ve septumun kısmi submukozal disseksiyonu
Figür 2: Üst lateral kıkırdakların septumdan ayrılması.
Figür 3: Nazal mukozanın üst lateral kıkırdaktan diseksiyonu ile üst lateral kıkırdak flebi hazırlanması ve hump eksizyonu planlanması.
Figür 4: Hump eksizyonu
Figür 5: Akordiyon sütür tekniğinin uygulanış basamakları. 5/0 prolen dikişin aynı horizontal aksta tam kat uygulanış noktaları: a) Dıştan içe nazal mukoza-kıkırdak flep sınırından giriş; b) İçten dışa ilk giriş noktasının 1 mm medialinden geçiş; c) Dıştan içe 2. geçiş noktasından 1mm medialden geçiş; d) Katlanmış ÜLK'ın üst sınırı ile septumun dorsal sınırını eşitlemek için iğnenin septumdan horizontal olarak geçişi (Septumun dorsal sınırının yaklaşık 1mm derininden)
Figür 6: Akordiyon tekniği ile şekillendirilmiş kıkırdaklar
Figür 7: 2 hastanın preoperatif ve postoperatif 18. Aydaki görünümleri
Figür 8: Greft kullanılmaksızın oluşturulan 8mm'lik dorsal kıkırdak çatı

SS-182
Dev torakodorsal arter perforatör ada flebi ile omuz bölgesi defektinin rekonstruksiyonu

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

Giriş: Omuz bölgesindeki defektlerin rekonstruksiyonu ayrı bir zorluk içermektedir. Omuz atrafındaki dokular tabana sıkıca yapışık ve gergin dokular olmaları sebebiyle özellikle geniş defektlerde local seçeneklerle rekonstrüksiyon konusunda ciddi kısıtlılık bulunmaktadır. Torakodorsal arter perforatörleri ile omuz bölgesi defektlerinin rekonstruksiyonunun yapılabileceğini bilmekteyiz. Bu olguda oldukça geniş bir omuz defektinin tek perforatörün beslediği torakodorsal arter perforator propeller ada flebi ile rekonstruksiyonunu paylaşmak istiyoruz.

Yöntem-Gereçler: Omuz bölgesinde büyük bir tümör nedeniyle biyopsi alınan ve patoloji sonucu küçük yuvarlak hücreli malign tümör tanısı alan hastaya kemoterapi uygulanmıştır. Ancak tümörün hızla büyümesi sonrası konsulte edilen hastanın tümörü eksize edildi. Eksizyon sonrası 20x18 cm'lik defekt oluşmuştur. Bu defektin rekonstruksiyonu için 22x19 cm'lik dairesel olarak dizayn edilmiş torakodorsal arter perforator propeller ada flebi planlandı. Posterior aksiller çizginin 5 cm inferiorunda torakodorsal sisteme ait bir tek perforatör bulundu. Bu perforatör üzerinden inferiordan superiora doğru flep kaldırıldı. Torakodorsal sinir ve dalları korundu. Latisimus dorsi kasının proksimal tarafında kasın origosu etraf dokudan diseke edildi ve flep pedikülü ile birlikte kink yapmadan kasın origosunun altından geçirildi. Defektin üzerine getirilip sütüre edildi. Flep donör sahası uyluk lateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrukte edildi.

Bulgular: Postoperatif dönemde hematom, seroma gibi komplikasyonlarla karşılaşılmadı. Venöz konjesyon görülmedi. Sütür hatlarında dehisens olmadı. Flep total olarak canlılığını korudu.

Sonuçlar: Omuz bölgesi defektlerinde torakodorsal arter perforatör flepleri elimizdeki en önemli silahlardandır. Bu amaçla böyle büyük bir defekt tek perforatörün beslediği dev bir flep ile rekonstrukte edilmiş oldu. Omuz bölgesi defektlerinin tek perforatörlü torakodorsal arter propeller ada flebi ile rekonstruksiyonunun güvenilirliği hakkında geniş vaka serilerine ihtiyaç duyulsa da bilebildiğimiz kadarıyla bu olguda kullanılan flep, bugüne dek kaldırılan tek perforatörün beslediği en büyük yüzey alanına sahip torakodorsal arter perforator flebidir.

Tartışma: Omuz bölgesi hareketli bir bölgedir. Dolayısı ile bu bölgenin fleplerle rekonstrukte edilmesi öncelikli tercihlerimiz arasındadır. Ancak lokal olarak bu bölgede, böyle geniş defektlerin rekonstruksiyonu için torakodorsal arter perforator fleplerinden başka seçenek bulunmamaktadır. Bunun haricinde latisimus dorsi kas flepleri de omuz bölgesi defektlerinin rekonstruksiyonunda kullanılabilmektedir. Ancak latisimus dorsi kas fleplerinin kullanımı kanat scapula ve fonksiyonel kayıplara sebep olmaktadır. Torakodorsal arter perforator propeller flepleri, bu vakada olduğu gibi, latisimus dorsi kasının fonksiyonunu koruyabilme olanağı sağlar. Ayrıca torakdorsal arter perforatörlerinin beslediği bölge, omuz bölgesindeki defektin üzerine getirildiğinde mükemmel bir kontür uyumu sağlanabilmektedir.

SS-183
Baş Boyun Bölgesi Rekonstrüksiyonunda Serbest Septumdan Bağımsız Osteokutan Fibula Flebi

Ersin Gür, Mehmet Erdem, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Ecmel Songür
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Baş boyun bölgesinde oluşan kompozit defektlerin en sık nedenleri travma ve ileri evre kanser cerrahisidir. Bunların sonucunda, kemik ve yumuşak doku rekonstrüksiyonu gerektiren üç boyutlu defektler oluşabilmektedir. Serbest fibula ostekutan flebi bu bölgede oluşan üç boyutlu defektler için uygun bir fleptir. Bu çalışmanın amacı; peroneal arter perforatörüne (PAP) baze deri adalı serbest osteokutan fibula flebinin baş boyun bölgesi rekonstrüksiyonu için deneyimlerimizi, perforatör deri adasının klasik intermuskuler septum tabanlı yönteme göre kolaylığını ve flep disseksiyon tekniğimizi paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: Geriye dönük tarama şeklinde planlanan çalışmaya Eylül 2013-Ağustos 2015 tarihleri arasında kliniğimizde kanser cerrahisi sonrasında mandibula ve çevre yumuşak dokuda defekti olan, ostekutan perforatör deri adalı fibula flebi ile rekonstrüksiyon uygulanan 12 hasta dahil edildi.

Bulgular: PAP deri adası 6x5 cm ile 9x10 cm boyutları arasında değişmekteydi. Ortalama pedikül uzunluğu 8.7 cm olarak bulundu. Beş hastada donör saha primer kapatıldı. İki hastada venöz tromboz nedenli tekrar operasyona alınıp tromboz açıldı ve flepler kurtarıldı. Bir hasta ağız içi abondan kanama nedeniyle acil operasyona alındı. Derin boyun enfeksiyonu ile birlikte eferent damarın (superior tiroidal arter) kanadığı gözlendi. Boyunda enfeksiyona bağlı akıntı kötü koku görülmesi, flepte dolaşım gözlenmemesi üzerine kaybedilen flebin debridmanı sonrası deri adalı pektoral fleple geçici defekt rekonstrüksiyonu yapıldı.

Tartışma: PAP deri adası tabanlı osteokutan fibula flebi yapılan olgularda kemik şekillendirme ve fiksasyon aşamalarında klasik intermuskuler septum deri adalı yönteme göre belirgin bir kolaylık gözlendi. Bir olguda bu flep, iki adet PAP üzerinde ayrı ayrı tasarlanan iki ayrı deri adası ve bağlantılı olduğu fibula segmentleriyle mandibula rekonstrüksiyonu dışında maksilla,üst ve alt dudak rekonstrüksiyonu aynı anda yapılabilmişti. Cilde giden perforatörler kemik üzerinden künt disseksiyonla serbestlenerek ağız içinde flebin inset aşaması daha sorunsuz ve kolay bir şekilde olmuştu. Bir başka olguda da yine iki adet PAP flebiyle ağız içi mukoza ve yanak derisi rekonstrükte edilebilmişti. Flebin bu kompozit yapısı yumuşak doku rekonstrüksiyonu için ikinci bir serbest flep operasyonunun önüne geçmiştir.

Örnek Olgu 1: 55 yaşında bayan hasta. Ağız içinde sağ parasimfizyal mandibula bölgesinde ağız tabanına invaze skuamöz hücreli karsinom nedeniyle başvurdu. Hastaya mandibula ön segment, ağız tabanı rezeksiyonu ve en-bloc sağ fonksiyonel boyun disseksiyonu, sol supraomohyoid boyun disseksiyonu yapıldı. Oluşan defekt perforatör deri adalı serbest fibula osteokutan flebi ile onarıldı. Postoperatif izleminde fleple ilgili herhangi bir problem yaşanmadı. Flep donör saha primer kapatıldı.

Örnek Olgu 2: 42 yaşında erkek hasta. Ağız içi sağ retromolar bölgede kemiğe invaze skuamöz hücreli karsinom nedeniyle başvurdu. Hastaya yanak derisi, mukoza ve mandibula segmenter rezeksiyonu ile sağ fonksiyonel boyun disseksiyonu yapıldı. Ağız içinde mukoza defekti, boyunda cilt defekti ve mandibulada korpus ile ramus uzanımlı kemik defekti meydana geldi. Oluşan defekt iki perforatör tabanlı ayrı iki deri adalı serbest osteokutan fibula flebi ile onarıldı. Postoperatif Üçüncü günde flepte venöz konjesyon gelişmesi üzerine ekplorasyon yapıldı. Venöz tromboz gözlendi. Tromboz açıldı. Postoperatif takibinde boyundaki defekti örten flebin submental alana yakın uç kısmında parsiyel nekroz gelişti. Debridman ve pansumanlarla takip sonrasında bu sorun da giderildi.

Kimerik flep



SS-184
Kliniğimizce Tedavi Edilen Suriye İç Savaşı Mağduru Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi

Mustafa Nihat Koç, Berat Çiğdem, Serdar Kara, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Suriye iç savaşı bir yandan devam ederken yaklaşık 4 milyon kişi ülkesini terk etmiş ve 220 bin kişi hayatını kaybetmiştir. Yaşanan iç savaş sonucu sağlık sistemleri çöken Suriyeli hastalar Türkiye sınırını geçerek savaş yaralanmalarının tedavisi amacıyla hastanemize başvurmuşlardır. Bu çalışmada Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrültif ve Estetik Cerrahi Kliniğince opere edilen Suriye iç savaşı mağduru çocuk hastaların yaralanmalarını, tedavi seçenelerini ve sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Ocak 2012 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında kliniğimizce tedavi edilen 225 Suriye uyruklu hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Suriye uyruklu 73 çocuk hasta opere edildi. Operasyon nedenleri arasında en sık ateşli silah yaralanmasına bağlı komplikasyon ve sekellerin rekonstrüksiyonu ile konjenital deformitelerin onarımı yer almaktadır. Ateşli silah yaralanması sebepli operasyon nedenleri arasında başlıca yanığa bağlı skar ve kontraktürler, üst ekstremitede fonksiyon kayıpları ile alt ekstremite doku defektleri yer almaktadır. Konjenital sebepli başlıca operasyon nedeni ise yarık dudak ve damak onarımlarıdır.

Sonuçlar: Türkiye sınırını geçmek yoluyla ya da mülteci kampından başvurmak suretiyle bu denli yoğun yabancı uyruklu hasta başvurusu daha önce yaşanmamıştı. Bu tür hastaların tedavisinde savaş cerrahisi prensiplerinin uygulanması önem arz etmektedir. Ayrıca mülteci hastaların hastaneye ulaşmada yaşadıkları sıkıntılar, yaşam koşullarının yara bakımı için uygun olmaması ve artan hasta yoğunluğunun uzun süreli yatış imkanı tanımaması nedeniyle mümkün olduğunca tek aşamalı ameliyatların tercih edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Alt ekstremitede doku defekti



Ateli silah yaralanması sonrası alt ekstemite doku defekti gelişen 2 yaşındaki hastanın debridman sonrası görünümü

Burunda doku defekti; prefabrike radial ön kol flebi



Ateşli silah yaralanması nedeniyle burunda doku defekti oluşan 17 yaşındaki hastaya prefabrike radial ön kol flebi hazırlandı ve ikinci seansta serbest flep olarak yüze taşındı.

Burunda Doku defekti; prefabrike radial ön kol flebi ikinci seans



Ateşli silah yaralanması nedeniyle burunda doku defekti oluşan 17 yaşındaki hastaya prefabrike radial ön kol flebi hazırlandı ve ikinci seansta serbest flep olarak yüze taşındı.

SS-185
Myelomeningosele Bağlı Cilt Defektlerinin Onarımında Yeni Bir Guideline

Cemal Alper Kemaloğlu, Ömer Faruk Ünverdi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Amaç: Myelomeningosel 1:1000 canlı doğumda görülen en yaygın konjenital anomalilerden biridir. En sık etkilenen bölge vakaların 3/4›lük kısmında olduğu gibi lumbosakral bölgedir. Nörolojik bulgularda değişiklik olmasa da myelomeningosel sonucu oluşan defektin erken dönemde onarılması enfeksiyon oranlarını azaltmaktadır.

Geniş myelomeningosel defektlerinin onarılmasında primer onarım, deri flebi, kas-deri flebi, kas-kemik flepleri uygulanabilmektedir. Her ne kadar çeşitli metodlar bulunsa da henüz geniş defektlerin onarılma algoritmasına dair guideline bulunmamaktadır.

Materyal-Metod: Mart 2014 ve Temmuz 2015 tarihleri arasında opere edilen 12 myelomeningosel hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların 6 sı erkek 6 sı kız bebek olaral saptandı. Defekt bölgesi 8 hastada torakolomber bölge iken 4 hastada lumbosakral bölgeydi. Defekt boyutları 8x6.1 cm ile 12.5x9cm arasında değişmekteydi.

1)Tariflediğimiz guidelineda myelomeningesele bağlı defektin boy/en oranı eğer 1,5 ten büyük ise posterior aksiller çizgiler arası mesafenin, myelomeningosele bağlı defektin genişliğine(PAÇ/Genişlik) oranına bakılmaktadır.

a)Bu oran 3›e eşit veya 3 ten büyükse primer onarım mümkündür

b)Bu oran 3›ten küçükse flep ile onarım gerekmektedir.

2) Tariflediğimiz guidelineda myelomeningesele bağlı defektin boy/en oranı eğer 1,5 ten küçük veya eşitse flep ile onarım gerekmektedir.

Sonuçlar: Hastaların yaşı 1-5 gün olarak belirlendi. Ortalama takip süresi 11.6 aydı. Tüm hastalar operasyonu tolere etti ve operasyon esnasında komplikasyon gelişmedi. Sadece bir hastada flep tip bölgesinde sınırlı nekroz gelişti ve sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hastalar 12-14 içinde taburcu edildi. Taburculuk sonrasında 2 haftalık periyotlarla takip edildi.

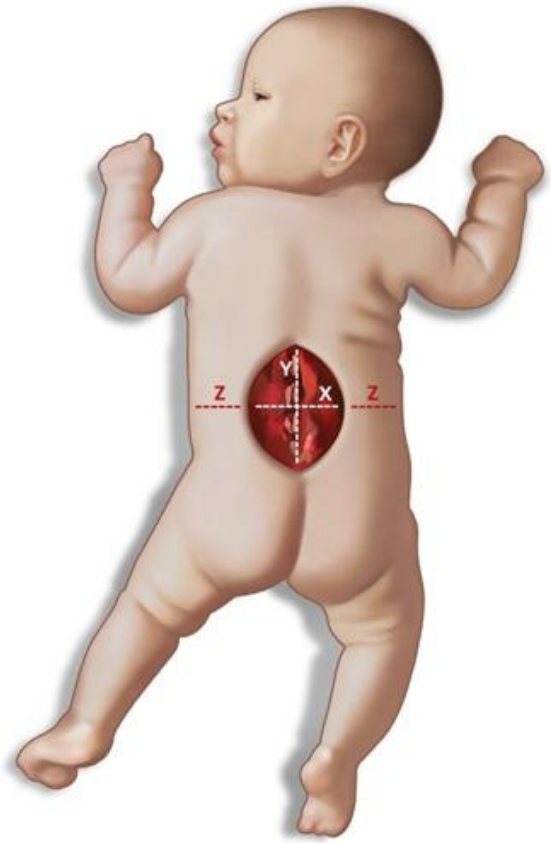
Tartışma: Folik asit eksikliği, genetik faktörler ve düşük sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler nöral tüp defktlerinin etyolojisinde yer almaktadır. Literatürde defekt onarımı için çeşitli teknikler tariflenmiştir. Tüm tekniklerde amaç nöral tüp defektine bağlı oluşan defektin üstünü kapatacak yeterli ve sağlam yumuşak dokuyu sağlamak ve beyin omurilik sıvısı kaçağını engellemektir.

Çeşitli çalışmalarda muskülokutan flepler uygulanmıştır. Yalnız yüksek komplikasyon oranları ve ilerleyen dönemlerde postür bozukluklarına neden olması nedeniyle tarafımızca tercih edilmemektedir.

Literatürde 5 cm den geniş defektlerin flep ile onarılması önerilmesine rağmen her hastanın vücut ölçülerinin değişkenlik göstermesi nedeniyle standart bir veri ve teknik uygulanamaktadır. Oysa tariflediğimiz oranlar ise her hastaya özel olarak ölçülüp tariflenen verilere göre güvenle uygulanabilmektedir.

Myelomeningosel onarımında başarılı olmak için hangi flebin tercih edileceğinden çok hangi hastada flep ile onarımın yapılması gerektiğinin saptanmasının daha önemli olduğunu düşünmekteyiz. Böylelikle daha düşük morbidite ve komplikasyon oranlarını elde etmek mümkün olabilecektir.

Defektin en/boy oranının ölçülmesinin şematik çizimi



Defektin en/boy oranına göre flep veya primer onarımın tercih edilmesi.

Hasta bilgilerine ait tablo

Table 1 Clinical data.

Patient No./sex	Age (days)	Defect size (cm)	Defect localisation	Early complication	Surgical procedure
1/M	2	10.1x5.8	Lumbosacral	None	Primary closure
2/F	1	8x6.1	Thoracolumbar	None	Limberg flap
3/F	3	10.8x7	Thoracolumbar	None	Primary closure
4/M	2	11x7.2	Thoracolumbar	None	Primary closure
5/M	5	12x7	Thoracolumbar	None	Primary closure
6/F	2	11.7x8	Thoracolumbar	Minor tip necrozis	Limberg flap
7/M	1	9x5.2	Lumbosacral	None	Primary closure
8/F	3	12x7.8	Thoracolumbar	None	Limberg flap
9/F	3	9.4x7.1	Lumbosacral	None	Limberg flap
10/M	2	10x6.2	Thoracolumbar	None	Primary closure
11/M	5	12.5x9	Thoracolumbar	None	Limberg flap
12/F	3	11.8x7.5	Lumbosacral	None	Primary closure

Opere edilen myelomeningosel hastalarına ait bilgiler

Hastanın torakolomber bölgede bulunan myelomeningosele bağlı defektinin en/boy oranının tespiti sonrasında flep ile onarılması



Hastanın torakolomber bölgesinde bulunan defektin en/boy oranı ölçüldükten sonra 2 adet Limberg flep ile defektinin onarılması.

SS-186
Pediatrik Pilonidal Sinüslerin Tedavisinde Yeni Bir Kapatım Yöntemi: Mutaf Reading Man Flebi

Ertan Günal[1], Metin Temel[2], Ömer Berberoğlu[3], Emine Ayla Gökçe[4]
[1]SEV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY
[3]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.
[4]T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Küçük bir sinus ağzından, akut ağrılı bir apseye kadar geniş bir klinik yelpazeye sahip olan pilonidal sinüslerin tedavisi için birçok cerrahi yöntem tanımlanmış olmasına rağmen, yüksek nüks oranları nedeniyle henüz ideal bir tedavi yöntemi mevcut değildir. Küçük defektlerde primer kapatımı öneren çalışmalar mevcutsa da pilonidal sinuslerin geleneksel tedavisi etkilenmiş yumuşak dokunun geniş olarak çıkarılması sonrasında defektin sekonder iyileşmeye bırakılması ya da lokal flepler ile kapatılması şeklindedir. Özellikle geniş bir alanı etkileyen ve/veya tekrarlamış komplike sinüslerde normalden daha geniş bir cerrahi sınırla eksizyon yapılması gerekmekte ve mevcut lokal flep seçenekleri bazen yetersiz kalabilmektedir. Bu çalışmada sirküler defektlerin kapatımı için tanımlanmış olan Reading Man Flep (1) tekniği ile pediatrik olgularda pilonidal sinüslerin cerrahi tedavisinde kullandığımız yeni bir kapatım yöntemi ile 3 yıllık klinik deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: Ekim 2011- Nisan 2015 arasında kronik pilonidal sinus ile kliniğimize başvuran 14-17 yaşlarında toplam 18 (12'si erkek, 6'sı kadın) hastada cerrahi çıkarım sonrası oluşmuş geniş sakral defektler, yeni bir kapatım yöntemi olan "Mutaf Reading Man Kapatım Tekniği" ile onarılmıştır. Bu yöntemde pilonidal sinüsün metilen mavisi enjeksiyonu sonrası, sağlam sınırlar korunarak çıkarılması ile oluşan defekt dairesel bir defekte dönüştürülmekte ve defektin uzun kenarına komşu olarak, eşit olmayan (=unequal) Z-plasti prensibi ile planlanan 2 adet fasyokutan flep kaldırılmaktadır. Fleplerin biri defekt bölgesini, diğer flep ise donör alanının kapatımında kulanılmaktadır. Yara kapatımı penrose drenlerin yerleştirilmesini takiben derialtı (4/0 vicryl) ve deri (4/0 polypropylene) sütürleri ile rutin olarak gerçekleştirilmektedir.

Bulgular: Eksizyon sonrası oluşan defekt büyüklüğü ortalama 8.0 cm2 (6,5–10.5 cm2) olup, bütün olgularda sağlıklı ve iyi vaskülarize lokal derinin kullanımı ile gergin olmayan bir primer kapatım sağlanmıştır. Cerrahi girişim süresi ortalama 30 dakika olarak saptanmıştır. Bütün hastalar drenlerinin çekilmesini takiben postoperatif birinci günde mobilize edilmiştir. Hastaların hastanede kalma süreleri 1 ile 2 gün arasında değişmekte olup, ortalama takip süresi 18 aydır. Hastaların hiçbirinde flep nekrozu, insizyon hattında maserasyon, infeksiyon, yara iyileşme problemleri ve nüks izlenmemiştir.

Sonuç: Pilonidal sinüs, sıklıkla sakrokoksigeal bölgede görülen, intergluteal sulkustaki kıl foliküllerinin kronik, tekrarlayan enfeksiyonu ile karakterize ve hasta için oldukça rahatsızlık verici bir hastalıktır. Pilonidal sinüsler özellikle gençlerde ve erkeklerde sık görülür. Hastalık yaşam konforunu bozduğu gibi, yetersiz tedavi sonrası sıklıkla nüksle sonuçlanır (2,3) Genç insanları etkilemesi dolayısıyla, üretim gücünün azalmasına neden olur. Günümüzde ideal bir tedavi yöntemi üzerinde birlik sağlanamamıştır (4). Pilonidal sinüs hastalığı için, birçok cerrahi ve konservatif tedavi metodları açıklanmıştır. Ancak bunların hiçbiri nüks riskini ortadan kaldıramamıştır (5,6). Nüks riskini azaltmak için genel cerrahlarca sıkça kullanılan sekonder yara iyileşmesi seçeneği operasyon sonrası dönemde orijinal hastalığın yarattığı sorundan daha büyük oranda hasta yaşamında kısıtlamalara yol açabilmekte ve cerrahinin morbiditesi, hastalığın kendisinin önüne geçebilmektedir. Primer kapatımın mümkün olmadığı durumlarda hastayı ve cerrahı sekonder iyileşmenin handikaplarından kurtarabilecek tek çözüm, lokal flep yöntemlerinin kullanımıdır. Pilonidal sinüs çıkarımları sonrası oluşan sakral defektlerin kapatımında kullanılacak ideal bir flep yöntemi geniş defektlerin kapatımına uygun, kolay öğrenilebilir, donor alan kapatım pronlemleri olmayan, iyi kanlanan doku ile defektin kapatıldığı, stur hattının orta hatta denk gelmediği, nüks riskini azaltan, ambulasyon süresinin kısa olması gerekmektedir. Şimdiye kadar pilonidal sinüslerin tedavisi için bir çok lokal flep yöntemi tanımlanmışsa da bütün bu özellikleri taşıyan bir yöntem henüz mevcut değildir. Tanımladığımız bu yeni teknik, mevcut yöntemlerden farklı olarak, Z- plasti manevrası sağlanan ektra doku releksasyonu ile geniş defektlerin kapatımında bile sutur hatlarında gerginliğe yol açmadan kapatım sağlamaktadır. Defekt kapatımı için gerekli olan dokuyu sadece bir yönden çalan Limberg flep ve diğerlerinden farklı olarak bizim yöntemimizde kapatımda kullanılan doku birden çok yönden alınmaktadır. Bu durum, dog-ear oluşumunu önlediği gibi gerginliği de etkin olarak azaltmaktadır. Kapatım hattında gerginliğin azaltması yanı sıra intergluteal sulkusun flep dokusu ile düzleştirilmesi ve yarada ölü boşluk bırakmama ile elde edilen sıfır nüks oranı tekniğin en önemli avantajıdır. Bunun yanı sıra erken mobilizasyon süresi hastaların kısa zamanda işlerine ve normal hayatlarına dönmesine izin veriyor olması da diğer olumlu hususlar olarak göze çarpmaktadır. Bu avantajları ile "Mutaf Reading Man Kapatım Yöntemi"nin pilonidal sinüslerin cerrahi tedavisinde önemli bir alternatif olacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

1. The «reading man» procedure: a new technique for the closure of circular skin defects. Mutaf M, Sunay M, Bulut O. Ann Plast Surg. 2008 Apr;60(4):420-5. doi: 10.1097/SAP.0b013e31812f5aa0.

2. Sondenaa K, Nesvik I, Anderson E, Natas O, Soreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis. 1995;10(1):39-42
3. Dwight RW, Maloy JK. Pilonidal sinus: experience with 449 cases. N Engl J Med.1953;249(23):926-930
4. Jaschke CW, Marhlein R. Mangold G. Results of the Limberg transposition fap in the treatment of pilonidal sinus. 2002;127:712–5.
5. Cihan A, Mentes BB, Tatlıcıoğlu E, Özmen S, Leventoğlu S, Ucan BH (2004) Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgey. ANZ J Surg 74:238-242
6. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. Surg Clin N Am 2002; 1169-1185.

SS-187
En coup de sabre deformitesinin tedavisinde Lopasce tekniği ile yağ grefti uygulaması

Özay Özkaya Mutlu, Kadir Tasasız, Özlem Çolak, Derya Bingöl
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Morfea, lokalize skleroderma olarak bilinen deri ve subkutan dokuda fibrozis ile seyreden kronik inflamatuar bir hastalıktır.(1)Toplumda nadir rastlanan daha sık kadınlarda görülen hastalığın insidansı yüzbinde 0,4 ile 2,7 arasındadır.(2) Etkilenen bölgede renk değişikliği,deri ve subkutan dokuda depresyon agresif seyirli vakalarda ise fasyal osseoz yapınında etkilenmesiyle hemifasyal atrofi gibi bulgular vermektedir. Morfea plak, generalize, lineer, pansklerotik ve miks tip olmak üzere 5 grupta toplamıştır. Özellikle frontopariatel bölgeyi içine alan lineer skleroderma ''en coup de sabre'' olarak adlandırılmaktadır.(3) Cerrahi yaklaşımda ise yapılacak tedaviyi başta etkilenen bölgenin büyüklüğü belirleyebilir diyebiliriz.Cerrahi yaklaşımda başlıca eksizyon primer, lokal flepler, otolog dermal- yağ greftleri, kemik greftleri,implant materyalleri, serbest doku aktarımı gibi seçenekler uygyulanabilir.(4)(5)Bu çalışmada kliniğimize başvuran ''en coup de sabre '' tanılı hastalarda tedavi olarak otolog yağ grefti uygulamamızın erken dönem sonuçlarının sunacağız.

Materyal-Metod: Linear skleroderma tanılı dört kadın hasta 2011 ve 2015 yılları arasında kliniğimize başvurdu. Yaş ortalamaları 22, 2(15-31) idi. Yağ greftleri periumblikal bölgeden lopasce tekniğine uygun şekilde elde edildi.

Sonuç: Yüzde lokalize alan olarak 3 hastada frontoparyatel bölgede ve bir hastada malar bölge idi.Frontaparyatel bölgeden etkilenen iki hastaya eksizyon primer onarım sonrası yağ grefti uygulması yapıldı..Step insizyonlar açılarak yağ greftleri ortalama 7,5 cc (5,5-11 cc) olarak etkilenen bölgelere enjekte edildi.Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma: Özellikle fasyal bölgeyi tutan lineer skleroderma için diğer cerrahi tedavi seçeneklerin oluşturacağı estetik morbiditenin otolog yağ grefti uygulamasında izlemediğimizi, yöntemin kolay uygulanabilirliği,yeterli kontür sağlaması, minimal invaziv bir işlem olduğunu ve erken dönem sonuçlarının sevindirici olduğunu görmekteyiz.

Kaynaklar:

1) LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. J Rheumatol 1988; 15: 202-205.
2) Peterson LS, Nelson AM, Su WP, Mason T, O›Fallon WM, Gabriel SE: The epidemiology of morphea (localized scleroderma) in Olmsted County 1960-1993. J Rheumatol 1997;24:73-80.
3) Audrey MN. Linear scleroderma. In: Cassidy J.T., Petty R.E. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia: Saunders, 2001; 536-43.
4) Lapiere JC, Aasi S, Cook B, Montalvo A. Successful correction of
depressed scars of the forehead secondary to trauma and morphea
en coup de sabre by autologous dermal fat graft. Dermatol Surg
2000;26:793–7.
5) Ho-Asjoe M, Khan J, Frame JD. Dermal grafting for a patient with
scleroderma: case report. Scand J. Plast Reconstr Surg Hand Surg
1996;30:325–7.

postoperatif 5. ay frontoparietal skleroderma



postoperatif 5. ay frontoparietal skleroderma



preoperatif frontoparietal skleroderma



SS-188
Tanısal ve rekonstrüktif meme girişimleri sonrası nadir ve korkutucu bir komplikasyon: Pyoderma Gangrenosum

Ömer Polat[1], Özgür Hürkal[1], Serhat Şibar[1], Serhan Tuncer[1], Sühan Ayhan[1], Esra Adışen[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Pyoderma gangrenosum nadir görülen nötrofilik dermatoz sınıfında olan letal sonuçlar doğurabilen ülseratif bir cilt hastalığıdır. Prevalansı milyonda 3 tür. Etiyolojide otoimmun hastalıklar (IBH, RA) hematolojik maligniteler, oto inflamatuar bozukluklar (PAPA, PAPASH sendromları) ve travma vardır. Bir tür paterji fenomeni olduğu düşünülmektedir. En sık görüldüğü vücut bölümleri meme, toraks, abdominal bölge ve obstetrik cerrahi alanlardır. Kliniğinde enfeksiyon ile karışabilen bulgular; eritem, papulopüstüler lezyonlar (sarı papüller tipiktir) etraf sınırları menekşe rengi nekrotik ülserler ve ağrı hassasiyet gibi belirtiler vardır. Biyopsi bulguları non spesifik inflamasyona ait olup tanı klinik olarak konulur. Cerrahi sonrası gelişen pyodermada enfeksiyon nedeniyle yanlış tedavi verilmesi lezyonların ilerlemesine moribiditenin artmasına ve tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır. Kliniğin yara ayrılması veya nekrozuyla karışması halinde yapılacak cerrahi debridman ve benzeri girişimler durumun şiddetlenmesine neden olabilir. Bu nedenle ayırıcı tanıda klinik tecrübe ve enfeksiyonun ekartasyonu önemlidir. Tedavisinde immunsupresanlar yer almaktadır. Prednisolone ve siklosporin öne çıkan ilaçlardır. Yeterli klinik çalışma olmasa da amaç immunsupresyon olduğu için hafif seyreden hastalıklarda topikal takrolimus, siklosporin veya tedaviye yanıt alınamayan hastalarda sistemik azotioprin, i.v immunglobulinler, dapsone, sulfasalazin gibi pek çok ilaç kullanılabilir. Kliniğinde ciddi ağrı olabileceği için algoloji konsültasyonu istenmeli ve etkili analjezik tedavi uygulanmalıdır. Kliniğimizde tanısal ve meme rekonstrüksiyonu amacıyla girişimsel işlemler gerçekleştirilen ve tedavisi yapılan 3 olgunun pyoderma gangrenosum tanısı süreci ve tedavi yaklaşımları anlatılmaktadır.

Gereç Yöntem: *OLGU 1:* 38 yaşında kadın hasta dieap flebi ile geç dönem meme rekonstrüksiyonunun postop 5. gününde taburcu edilmiş olup taburculuk sonrası 48. saatte flep çevresinde ve donör alanda ağrı hassasiyet şikayeti ile tekrar başvurmuştur. Cerrahi alan enfeksiyonu olarak değerlendirilip kültür örneklemesi sonrası ampirik antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Tedaviye yanıtsızlık, enfeksiyon lehine sistemik bulguların ve kültürde üremenin olmaması nedeniyle dermatolojiye danışıldı. 3 gün sonra alınan biyopsi non-spesifik inflamatuar durum olarak raporlandı. Pyoderma gangrenosum şüphesi ile i.v prednisolone tedavisi başlandı. (1mg/kg) 2.haftada lezyonlar flebi de içine alacak şekilde yayıldı. Erken dönemde steroide yanıt veren lezyonların tedavinin 1. ayında gerilemesinin durması ve yeni lezyonların oluşması üzerine siklosporin (3mg/kg) başlandı. Bu sırada 2 kez yatak başı sağlam cilde dokunulmadan izole nekrotik dokulara debridman yapılan hastaya ek cerrahi girişim uygulanmadı. İlaç tedavisi 1 yıla tamamlanan hastanın lezyonları 3 aylık tedavi sonrası ikincil olarak epitelizasyonla iyileşti.
OLGU 2: Dieap flebi ile geç dönem meme rekonstrüksiyonu yapılan 40 yaşında kadın hasta. Postop 4. gününde memede şiddetli ağrı, hassasiyet, sertlik, yaygın kızarıklık tespit edilmesi üzerine kültür örneklemesi ve ampirik antibiyotik tedavisi başlanmış olup ani gelişen klinik tablodaki kötüleşme ve yara kenarındaki karakteristik papülopüstüler lezyonlar üzerine pyoderma gangrenosum tanısı erken

dönemde düşünüldü. Dermatoloji konsültasyonu sonrası steroid tedavisine erken dönemde başlanan hastada steroide bağlı sistemik yan etkiler görülmesi nedeniyle doz azaltılıp siklosporin ile kombine edilerek tedavi edildi. Postop 1. ayda yüzeysel debridman uygulandı. Postop 3.ayda büyük oranda lezyonların epitelize olması ve oral prednisolone a geçilmesi üzerine ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.
OLGU 3: 43 yaşında kadın hasta genel cerrahi tarafından sağ meme areolanın 2 cm superiorundaki lezyona sirkumareolar insizyondan girilerek yapılan biyopsi sonrası postop 6. günde yukarıda klavikula aşağıda inframammarian folda uzanan göğüs ön duvarını kaplayan papüllopüstüler lezyonlar oluşması üzerine erken dönemde pyoderma gangrenosum düşünülmüş olup hastanın özgeçmiş sorgulamasında 3 yıl önce bacak ön yüzündeki lezyona yönelik yapılan girişim sonrası pyoderma gangrenosum geliştiği ve dermatoloji servisinde yatarak tedavi edildiği öğrenildi. Erken dönemde prednisolone tedavisine başlandı. 6 hafta içinde ikincil olarak epitelizasyon gerçekleşti.

Tartışma Sonuç: Pyoderma gangrenosum nadir görülmesi nedeniyle sıklıkla atlanan ancak erken tanı konulması durumunda tedaviye yanıtı ve iyileşme süresi hızlı olan bir hastalıktır. Tanıda gecikmeler geniş doku defektlerine sistemik immunsupresan tedavide uzamaya, yan etkilerin (renal toksisite, enfeksiyon) artmasına neden olmaktadır. Memede daha sık görülmesi nedeniyle özellikle meme cerrahisi ile uğraşan hekimlerin akılda bulundurması gereken bir hastalıktır. Tedavi klinik cevaba göre esnek ve geçişimli olmalıdır. Klinik tecrübemiz olmamasına rağmen bu hastalarda iyileşme sonrası immunsupresyon altında cerrahi girişim uygulanabileceğini öngörmekteyiz.

olgu 2



olgu 2 geç dönem

olgu 2



olgu 2 erken dönem

olgu 3



olgu 3 tedavi öncesi

SS-189
Omega İlerletme Flebi; Sirküler Deri Defektlerinin Onarımında Yeni Bir Yaklaşım

Enver Arpacı[1], Hüseyin Borman[2], Ahmet Çağrı Uysal[2], Serdar Altun[3]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

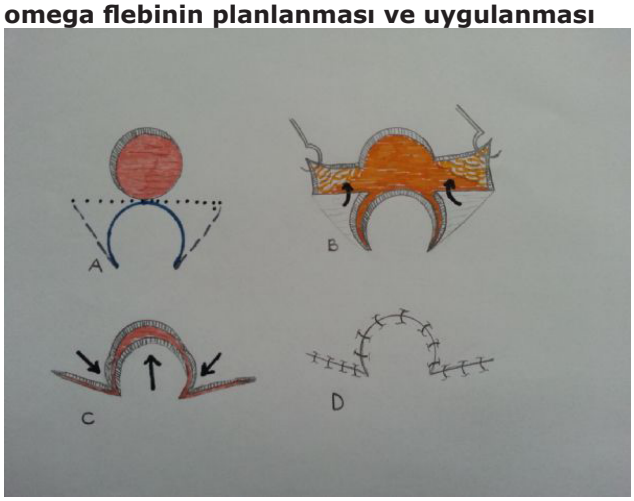
Amaç: Özellikle cilt tümörlerinin eksizyonu sonrası oluşan cilt defektleri genellikle sirküler bir şekilde ortaya çıkar. Bu defektlerin onarımında birçok lokal flep tekniği tanımlanmıştır. İlerletme flebi ve modifikasyonları bu amaçla kullanılan en eski ve yaygın yöntemlerin başında gelir. Biz bu çalışmamızda sirküler defektlerin onarımında kullanılabilecek «Omega ilerletme flebi» olarak adlandırdığımız tekniği ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Bu teknikte sirküler defekt ile aynı şekil ve boyutta bir sirküler flep planlanarak ilerletme flebinin temel kaideleri uygulanmıştır. İlerletme işlemi ile flebin her iki tarafında oluşan cilt fazlalıklarını bertaraf etmek, flebin ilerlemesini kolaylaştırmak ve sütürasyon sonrası flep üzerinde oluşan gerginliği azaltmak amacı ile sirküler flebin her iki yanında dezepitelize subkutan üçgen dokular kullanılmıştır. Bu modifikasyon; klasik Burow üçgeni eksizyonu, back-cut uygulaması ve tariflenmiş diğer insizyon şekilllerinden farklılık arz etmektedir. 2 yıllık süreçte 18 hastanın (10 erkek, 8 kadın) yüz, göğüs ön-arka duvarı, el sırtı ve kalça bölgelerinde Omega ilerletme flebi uygulanmıştır. Defekt çapları 1.5-15 cm arasında değişmekte olup bu defektler tümör eksizyonu sonrası ve nekrotik dokuların debridmanı sonrası oluşmuştu. Hastalar ortalama 13 ay takip edilmiştir.

Sonuç: Hiçbir hastada enfeksiyon ve flep nekrozu görülmemiştir. Flepler defekt bölgesine gergin olmayan bir şekilde ilerletilmiştir. Trap-door veya benzer kontur deformiteleri oluşmamıştır. Takip süreci sonunda fonksiyonel ve estetik açıdan uygun sonuçlar elde edilmiştir.

Tartışma: Omega ilerletme flebi tekniği diğer birçok lokal deri flebi metodunun aksine, oluşan doğal sirküler defekt şekline göre bir flep tasarlanmasını olanaklı hale getirmektedir. Ayrıca vücudun her bölgesinde uygulanabilir olması endikasyon sahasını genişletmektedir.

omega flebinin planlanması ve uygulanması



sağ yanak bölgesinin post op 3. ay görünümü



sağ yanak lateral sınırında şüpheli kitle ve flebin ameliyat öncesi çizim şekli



SS-190
Plastik Cerrahi özelinde Tıp Mesleklerinde Sınır İhlalleri Çalıştay Sonuç Bildirgesi

Nedim Sarıfakıoğlu
Gestalt Estetik ve Cerrahi Pratikler

Tıp Mesleklerinde Sınır İhlalleri sorunu, tüm dünyada giderek artan sağlıkta globalizasyon trendinin branşımıza bindirerek yüklediği «değiş, uyumlan ve dönüş» projesidir. Kendi seyir ve haline bırakılırsa sürpriz karşılanmaması gereken gelinecek nokta, plastik cerrahinin bir iki yıl içinde bir üst dal veya yan dal konumuna indirgenmesi olacaktır.

Sağlıkta tekelleşmekten ayrı düşünülmesi gereken konulardan biri de, alınan uzmanlık eğitim sonrası pratikte ilgili uzmanlığın çalışma alan ve sınırlarına gösterilmesi gereken asgari saygının öncelenmesidir. Bunun kısa adı, komşunun bahçesine, meyvesine göz dikmemektir.

Bu amaçla biraraya gelen her biri kendi sahasında uzman tıbbi, bürokratik, felsefi, akademik ve hukuk alanından gelen konuşmacılarla Tıp Mesleklerinde Sınır İhlallerini bir Çalıştay çerçevesinde tüm gün boyunca tartıştık.

Sunuda özellikle plastik cerrahi özelinde, Çalıştay sonuç bildirgesini, üzerinde hemfikir olunan etik kodları ve çıkış yolunu gösteren çözüm önerilerini paylaşacağız. Çünkü sınır ihlali, tıp mesleklerinde bir anlamda ve özetle bir etik ihlalidir.

SS-191
Plastik Cerrahi Mesleki Dayanışma, Beraberlik ve Güç Birliği Loncasına Hoşgeldiniz

Nedim Sarıfakıoğlu
Gestalt Estetik ve Cerrahi Pratikler

Plastik Cerrahi Lonca Organizasyonu Lonca, üzerinde hem fikir olunan mesleki ve etik ilkeler çerçevesinde bir meslek grubundaki kişilerin yardımlaşma, dayanışma, güç birliği sağlamak amacıyla bir araya geldiği gönüllü organizasyonlardır.

Plastik Cerrahi Loncası ülke genelinde ve Kent bazında teşkilatlanır, mesleki derneklerle eş güdümlü ve paralel çalışır. Üst düzeyde ve az bilinen bilgileri (trivia) kullanır, yüksek kalitede çalışmalar yapar ve sonuçları başta üyeleri, camiamız, toplum ve ülkemizin yüksek menfaatleri ve gelişmesi için paylaşır.

Her kent Loncasında sadece ihtiyacı olanlara sağlanmak üzere "askı hesabı" sistemi kullanılır. Her Loncanın bulunduğu kentte "en az 1" sosyal gönüllülük projesine aktif katılım yapması istenir. Loncada planlı eğitim programları işlenebilir. Davetli konuşmacı çağrısı yapılabilir.

Resmi dernek organizasyonundan "üyelik ve çalışmaların sürdürülebilir süreklilik içinde kent bazında örgün olması ile" diğer sosyal kulüp ve organizasyonlardan ise "üyelerini sadece aynı camiaya mensup meslektaşlardan seçmesiyle» ayrışır. İlk kurulan Loncamız, Merkez Lonca olan Ankara Loncasıdır (ML.06.01)

Sunuda, Plastik Cerrahi Loncası "Mesleki Dayanışma, Beraberlik ve Güç birliği" oluşumunun etik kodları, vizyonu ve çalışma mekanizması paylaşılacaktır.

SS-192
Total ve totale yakın alt göz kapağı defekt rekonstrüksiyonunda malar myokutan köprü flebi, nazojugal flep ve septal kondromukozal greft kullanımı

Cengiz Eser, Erol Kesiktaş, Eyüphan Gencel, İbrahim Tabakan, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekostrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Alt göz kapak defektleri genellikle tümör ablazyonu ve travma sonrası meydana gelir. Epitelyomalar, en sık fasyal tümörlerdir ve alt göz kapağında üst kapaktan daha sık görülür. Bu tümörlerin eksizyonu ise rekonstrüksiyon arayışlarını gündeme getirir. Analiz yapılırken hangi anatomic yapının eksik olduğu (anterior lamella, posterior lamella, tam kat defekt) belirlenmeli ve buna göre rekonstrüktif plan yapılmalıdır. Küçük alt göz kapağı defekt onarımlarında basit prosedürler yeterli olurken kompleks defektlerde daha karmaşık cerrahiler uygulanabilir. Genel olarak %25 ten az olan veya sadece ön lamella defektlerinde primer sütürasyon veya deri grefti ile onarım mümkündür. Daha geniş defektlerde ise birçok onarım yöntemi (Fricke flep, Mustarde´ flep, Hughes transokonjunktival flep, Tenzel semisirküler rotasyon flebi, Tripier flep, servikofasyal flep gibi) tariflenmiştir. Bu fleplerin de yetersiz kaldığı durumlarda serbest flepler kullanılabilir). Total veya totale yakın alt göz kapağı defektlerinde lokal flepler tek başına rekonstrüksiyon için veya ektropion gibi komplikasyonların önlenmesinde yeterli olmayabilir. Bu durumda lokal flep kombinasyonlarına ihtiyaç duyulabilir. Bu makalede totale yakın alt göz kapağı defektlerinde her iki lamella ve septum rekonstrüksiyonunun sağlandığı, orbiküler kasın preseptal ve pretarsal rekonstrüksiyonunun sağlandığı, uzun dönemde ektropionu önleyici bir prosedür olan malar köprü flebi+v-y ilerletme flebi+septal kondromukozal greft kombinasyonu tanıtılmıştır.

Yöntem: Tanımlanan prosedür tumor eksizyonu veya travma sonrası oluşan total veya totale yakın alt göz kapağı defekti nedeniyle opere edilen 7 hastada uygulandı. Hastaların 5 tanesi tümöral kitle nedeniyle, 2 tanesi travmatik defect nedeniyle opera edildi. ortalama yaşı 46,5 (13 ila 67 arası) idi. Tümor hastalarının biyopsileri sonucu 3'ünde bazal hücreli karsinom, 1'inde yassı hücreli karsinom ve 1 tanesinde mukozis fungoides saptandı. Tüm hastalar genel anestezi altında ameliyat edildi. Hastaların genel özellikleri tablo 1de belirtildi. Defektler, ön ve arka lamellanın eşzamanlı olarak rekonstrükte edildiği bipediküllü malar miyokutan köprü flebi (ön lamella onarımı), nazojugal transpozisyon flebi (köprü flebi donor alan onarımı ve ektropionu önlemek) ve septal kondromukozal greft (tarsal ve konjonktival onarım) kombinasyonu ile onarıldı (Resim 1 A,B). Oluşan defektler için önce septumdan kondromukozal greft alındı. Mukozal kısım, konjonktival defekt kenarına 6/0 emilebilen dikiş materyaliyle sütüre edildi. Septal kartilaj, alt tars güdüklerine veya medial-lateral kantuslara sütüre edildi. defektin yanağa komşu bölgesinden, preseptal bölgedeki defektle eşit boyutta orbiküler kasın orbital parçasını içeren bipediküllü horizontal akslı miyokutan köprü flebi kaldırıldı (Resim 2A-C ve 3A-C). flep altında kalan preorbital kas, preseptal bölgedeki kas defektine her iki yandan sütüre edildi. Böylece kapak kompetansı daha merkezde sağlanmış oldu. Köprü flebinin üst kenarları her iki kantusa emilmeyen 4/0 dikiş materyali ile sütüre edildi. daha sonra superior pediküllü nazojugal cilt flebi kaldırılarak köprü flebinin verici alanına sütüre edildi. Nazojugal flebin donor alanı primer kapatıldı (Resim 2D,E ve 3D). Hastalar rekürrens ve skleral görünüm açısından takip edildi (Resim 2F ve 3E). Skleral görünüm 12. ayda, alt limbus ile alt kapak marjini arasındaki mesafenin milimetrik ölçümü ile belirlendi.

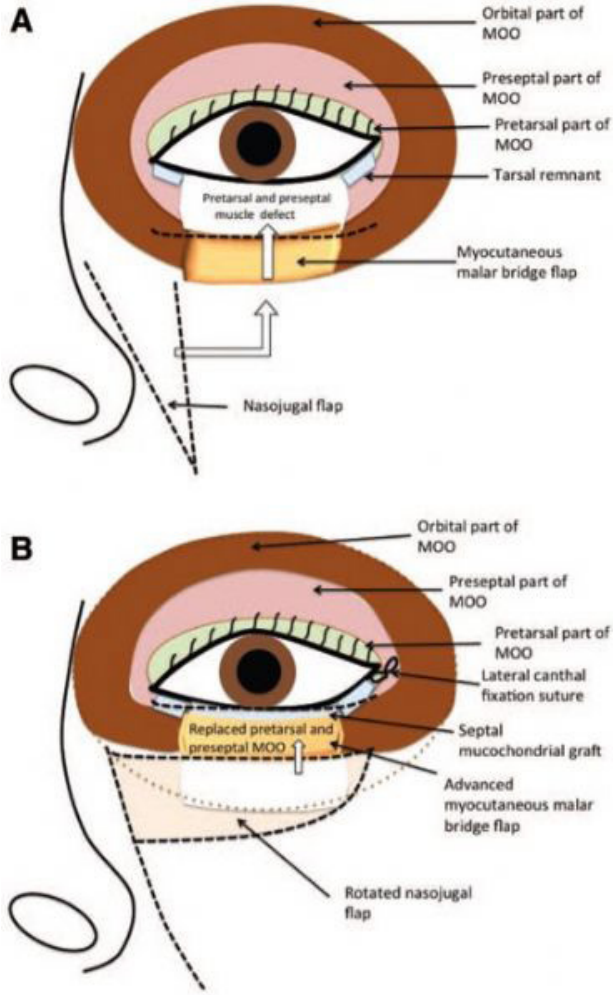
Bulgular: Hastalar ameliyat sonrası ortalama 18 ay takip edildi. fleplerde herhangibir komplikasyona rastlanmadı. 2 hastada minimal skleral görünüm tespit edildi. hastalarda kapak gevşekliği gözlenmedi(Resim 3F). Ameliyat izleri kabul edilebilir görünümde idi.

Tartışma: Alt göz kapak defektleri genellikle tumor eksizyonları veya travma sonrası oluşur. Oluşan defektler tam olarak belirlenmeli (ön-arka lamella veya tam kat) ve defect oranı ortaya konmalıdır. %25'ten az alt göz kapağı defektlerinde primer onarım mümkündür. %50 ye kadar olan defektlerde kantolizisle beraber primer onarım sağlanabilir. Tam kat olmayan ön lamella defektlerinde ise deri greftleri ile onarım gereklidir. Ancak bu da kontraktür ve renk değişimlerine neden olabilir. Bu durumda local fleplerden yararlanılabilir. %60'a kadar olan alt kapak ön lamella defektleri Tenzel Flebi ile onarılabilir. Total ön lamella defektlerinde Tripier flepler kullanılabilir. Ancak 2 aşamalı ameliyat gerektirir. Aynı durumda Fricke flepten de yararlanılabilir. Bu flebin dezavantajları ise kalın bir cilde sahip olması ve donor alanda yüz siniri hasarı olabilmesidir. Ön lamellar onarımlarda genel olarak arka duvar onarımı, kapak kenar düzensizlikleri, renk değişiklikleri, ektropion ve skleral görünüm gibi problemlerle karşılaşılabilmektedir. Çalışmamızda köprü flebi ile komşu doku uyumu altında onarım sağlanmıştır. Ayrıca preseptal kas defekti, köprü

flep tabanında kaldırılan orbital orbiküler kasla onarılmıştır. Hastalarımızda Tenzel flebi, total defektlerde yeterli doku sağlayamadığından tercih edilmedi.Tripier flep ise yaterli vertical yükseklik sağlayamadığından kullanılmadı. Ek olarak Fricke flebin donor alan riskinden de korunuldu. %50 den fazla alt göz kapağı arka lamella defektlerinde Hughes ve Hewes tekniklerinden faydalanılabilir. Ancak bu teknikler iki aşamalıdır ve 2 hafta göz kapamayı gerektirir. Büyük vertical defektlerde Mustardee flepten faydalanılabilir. Ancak kapak malpozisyonu, saç çizgisi değişimi ve arka lamella onarımını sağlayamaması gibi dezavantajları vardır. Tanımladığımız teknikte bu riskler bulunmamakla birlikte septal kondromukozal greft sayesinde posterior lamella onarımı da sağlanmıştır. Nazojugal flep, alt kapak ve medial yanak defektlerinde kullanışlı bir fleptir. Çalışmamızda kööprü flep donor alan onarımı ve bu flebin alttan desteklenmesi amacıyla bilobe flep mantığına benzer şekilde kullanılmıştır. Donor alanine primer kapanması da önemli bir avantajdır.

Sonuç: Klasik rekonstrüksiyonlara ek olarak total ve totale yakın alt göz kapakdefektlerinde tanımlanan bu yeni teknik ile anatomik, fonksiyonel ve stabil rekonstrüksiyon sağlanabilir.

resim 1 a,b



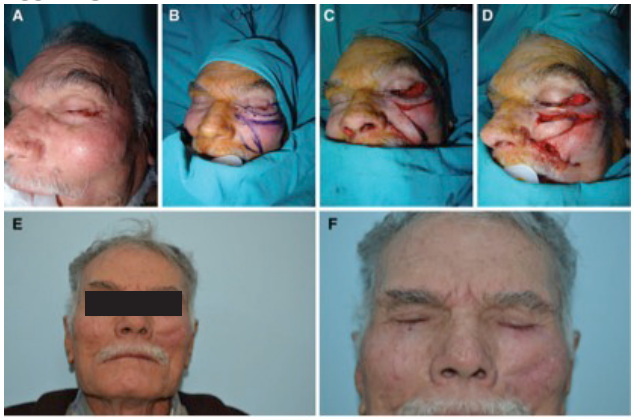
Resim 1a: Defekt bölgesi ve flep insizyonları (kesikli çizgi). Resim 1b: Defektin onarımı MOO: Muskulus orbikularis okuli, Not: Oklar, flep yçnlerini göstermektedir.

resim 2



Resim 2a: Mukozis Fungoidesli bir hastanaın ameliyat öncesi görünümü. Resim 2b: Septal kondromukozal flepuygulanışı. Resim 2c: Köprü flebinin uygulanışı. Resim 2d: Nazojugal flep kaldırılması ve transpose edilmesi. Resim 2e: Ameliyattan sonra erken dönem görünü. Resim 2f: Ameliyattan 24 ay sonraki görünüm.

resim 3



Resim 3a: Alt göz kapağı Bazal Hücreli karsinom olgusunun ameliyat öncesi görünümü. Resim 3b: Köprü flebi ve Nazojugal flep çizimleri. Resim 3c: Kaldırılmış Köprü ve Nazojugal flep. Resim 3d: Yukarı taşınmış Köprü flebi ve transpose edilmiş Nazojugal flep. Resim 3e: Ameliyattan 18 ay sonraki görünüm. Resim 3f: Ameliyat sonrası göz kapama fonksiyonu.

tablo 1

Hasta	Yaş	Alt göz kapak defekti (%)	Defekt nedeni	Defekt boyutu (cm)	Köprü flep boyutu (cm)	Nazojugal flep boyutu (cm)	Rekürrens Rekürrens	Skleral görünüm (mm)	Takip süresi (ay)
1	55	90	BCC	3,5x1,5	3,5x1,5	4x1.5	yok	1	18
2	62	100	BCC	4x2	4x2	4x2	yok	2	12
3	24	80	Travma	3x1,5	3x1,5	3.5x1.5	değer-lendirile-mez	0	20
4	48	90	Travma	3,5x1,5	3,5x1,5	4x1.5	değer-lendirile-mez	0	18
5	13	100	MF	4x2	4x2	4x2	yok	0	24
6	57	100	BCC	4x1,5	4x1,5	4x2	yok	0	20
7	67	90	SCC	2,5x2	2,5x2	3x2	yok	0	12

hastaların genel özellikleri

SS-193
Superior Toraks Defektlerinin Pektoralis Major Kası ile Rekonstruksiyonunda Pektoralis Major Kasının Kaudal Parçasının Korunması: Pektoral Uçurtma Flebi

Gökhan Temiz[1], Emre Güvercin[1], Hakan Şirinoğlu[1], Murat Sarıcı[1], Nebil Yeşiloğlu[1], Recep Demirhan[2], Mehmet Bozkurt[1], Murat Ersin Çardak[3]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[3]Beyhekim Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

Giriş: Göğüs duvarı rekonstruksiyonu sıklıkla lokal veya rejyonel flepler ve/veya prostetik materyaller kullanılarak yapılmaktadır. Pektoralis majör kası göğüs duvarı rekonstrüksiyonunda en sık kullanılan seçeneklerdendir. Bununla beraber kası infiltre eden göğüs duvarı tümörlerinde kullanımından kaçınılmalıdır. Bu çalışmada tümör infiltrasyonu nedeniyle kranial parçasının rezeksiyonu gereken pektoralis majör kasının pediküllü flep olarak rekonstrüksiyonda kullanımı sunulmuştur.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2011-2015 arasında opere edilen 18 hasta dahil edildi. 10 hasta erkek, 8 hasta kadındı. Ortalama yaşları 60.3 (47-69 yıl) olarak tespit edildi. Tüm tümörler primer veya metastatik malign göğüs duvarı tümörleriydi. 10 vakada tam kat göğüs duvarı rekonstruksiyonu uygulandı. Flep torakoakromial arterin pektoral dalı bazlı eleve olarak ada flebi şeklinde eleve edilerek defektlere adapte edildi.

Sonuç: Ortalama takip süresi 13 aydı. Fleplerde parsiyel veya total flep nekroz olmaksızın tüm defektler kapatıldı. İki vakada drenaj gerektiren hematom varlığı, 2 vakada lokal rekürrens ve 2 vakada ise lokal iyileşme problemi gözlendi. Tartışma: Pektoral uçurtma flebi superior toraks duarı defektlerinde minimal morbidite ile güvenli ve geniş seçenekli bir rekonstrüksiyon olanağı sağlamaktadır. Tüm pektoral kasın rezeksiyonu gerekmeyen vakalarda tümörle infiltre olmayan kaudal parça kullanılarak ek kas flebi ihtiyacını ortadan kaldırır.

Kaynaklar:

1. Losken A, Thourani VH, Carlson GW, et al. A reconstructive algorithm for plastic surgery following extensive chest wall resection. Br J Plast Surg 2004 Jun;57(4):295e302.

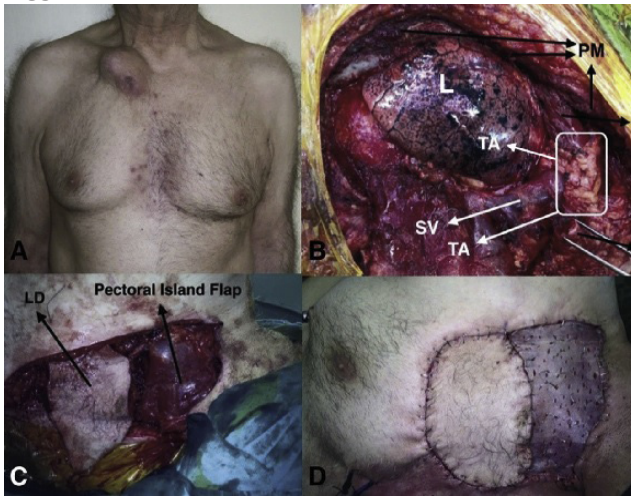
2. Skoracki RJ, Chang DW. Reconstruction of the chest wall and thorax. J Surg Oncol 2006 Nov 1;94(6):455e65.

3. Cheng HW, Lee HY, Chen HC. Reconstruction of upper chest wall defects with a function-preserving pectoralis major muscle flap: case report. Chang Gung Med J 2000 Feb;23(2):107e12.

4. Brown RG, Fleming WH, Jurkiewicz MJ. An island flap of the pectoralis major muscle. Br J Plast Surg 1977 Apr;30(2): 161e5.

5. Teo KG, Rozen WM, Acosta R. The pectoralis major myocutaneous flap. J Reconstr Microsurg 2013 Sep;29(7):449e56.

Resim 1



Pektoral uçurtma flebi ve latissimus dorsi ile kombine superior toraks defekti rekonstruksiyonu

SS-194
Fournier Gangreni İle Başvuran Hastaların Tanı, Tedavi ve Takip Süreçlerinde Klinik Deneyimlerimiz

Dudu Dilek Yavuz, Selman Hakkı Altuntaş, Fuat Uslusoy, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Fournier gangreni perineal, genital veya perianal bölgelerin genelikle polimikrobial infeksiyonuna bağlı gelişen bir nekrotizan fasit tablosudur. Tanı ve tedavisinde oluşabilecek gecikme hastanın kaybıyla sonuçlanabileceğinden erken tanı ve erken cerrahi müdahale oldukça önem arzetmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde tedavi gören fournier hastaları taranmış etiyolojileri, cerrahi tedavileri, yatış süreleri, verilen medikal tedavileri ve hastaların cerrahi sonrası oluşan doku defektlerinin rekonstrüksiyonları değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2006-2015 yılları arasında fournier gangreni tanısı almış 18 hasta retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Taranan tüm hastalar erkek ve hastaların yaş ortalaması 54 olarak bulundu. Hastaların 11 in de DM, 2 hastada sonda takılma öyküsü ve İYE,2 hastada anal fissür-abse, 2 hastada parapleji ve 1 hastada ADTK sonrası hematoma ve genel durum bozukluğuna bağlı fournier gangreni geliştiği gözlendi. Tüm hastalara acil servise başvurularından hemen sonra debridman yapıldığı buna rağmen 3 hastanın kaybedildiği saptandı. Neredeyse tüm hastalarda Fournier gangrenine genel durum bozukluğu, CRP yüksekliği, albümin düşüklüğü, WBC yüksekliği ve DM si olan hastalarda kan şeker yüksekliği olduğu gözlendi. Hastaların yarısının postoperatif 1-7 gün arasında yoğun bakımda takip edildiği ve tüm hastalara geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandığı saptandı. Hastaların yarısına devam eden süreçte debridmanlar yapıldığı ve diğer yarısına ise serviste sık aralıklar ile kuru pansuman yapıldığı tesbit edildi. 18 hastanın 3 tanesinin kaybedildiği ve doku defektlerine rekonstrüksiyon yapılamadığı, 3 hastanın testislerinin

kasık bölgesinde açılan poşlara yerleştirmek suretiyle kapatıldığı,2 hastanın oluşan defektinin primer sütürasyon ile onarıldığı ve geriye kalan 10 hastanın defektlerinin pansuman önerisiyle taburcu edilip ortalama 2. Ayda kontrakte olmuş ve küçülmüş doku defektlerine STDG ile onarım yapılmasıyla tedavi edildi.

Sonuç: Fournier gangreni acil debridman ve destek tedavisi gerektiren bir durumdur. Her ne kadar acil debridman ve destek tedavisi sağlansa gerek ek hastalıkların genellikle eşlik etmesi, gerek hastaların yaş ortalamasının yüksek olması nedeni ile mortalite oranı yine de oldukça yüksektir. Debridman sonrası oluşan doku defektlerinin kapatılması da farklı yöntemler ile sağlanabilmekte lokal flepler, defektin az olduğu olgularda primer sütürasyon ve ya deri greftleri öncelikli seçeneklerdi. Bizim klinik olarak deneyimimiz hastaların debridmanlarının tamamlanıp enfeksiyon kontrolü sağlandıktan sonra ortalama 1-2 ay arasında sekonder iyileşmeye bırakılarak yaranın kontrakte olmasını beklemek yönündedir. İyi yara bakımı eğitimi verilen hastalarda yara boyutlarının oldukça küçüldüğü ve bu hastalarda ihtiyaç olan deri grefti miktarının çok azaldığını klinik olarak gözlemlemekteyiz

SS-195
İnfantil Hemanjiyomda İlk Seçenek Olarak Oral Propranolol Tedavisi

Derya Bingöl[1], Özay Özkaya[1], Bedir M. Akyol[2], Tolga Aksan[3], Mithat Akan[4]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[3]Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzincan
[4]Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İnfantil hemanjiyomlar, yenidoğanların %5-10'unu etkileyen; çocukluk çağının en sık görülen tümörleri olup; kızlarda erkeklere göre 3 kat fazla, pretermlerde termlere göre daha sık görülmektedir (1,2). Lezyonlar sıklıkla yüzeysel ve tek olarak en sık baş-boyun bölgesinde görülmekle birlikte, vücudun her yerinde izlenebilmektedir (2). Lezyonlar, selim karakterli, kendini sınırlayan özellikte olup; süt çocukluğu döneminde hızlıca büyüme-proliferasyon fazı özelliği gösterip; bir yaştan sonra, spontan gerilemenin başladığı involusyon fazına girerler (3). İnvolusyon fazının vakaların %50'sinde 5 yaş, %75'inde 7 yaş ve %90'ında 9 yaş itibariyle tamamlandığı kabul edilse de; lezyonların seyri ve fazların geçiş süreci tam olarak önceden tahmin edilemektedir (1,2,4,5). Medikal veya cerrahi tedavi vakaların sadece %10'unda, ülserasyon, kontrol edilemeyen büyüme, vital organ disfonksiyonu, kanama ve baş-boyun bölgesi lezyonlarında estetik ve psikolojik durumun düzeltilmesi için gereklidir (6,7). Le›atue›-Labre`Z ve arkadaşlarının 2008 yılında, steroide bağlı hipertrofik kardiyomyopati olgusunun tedavisinde propranolol kullanımı sonrası, yüz bölgesinde yerleşen infantil hemanjiyomun hızlıca gerilediğini yayınlaması sonrasında, günümüze kadar literatürde yapılan birçok çalışma ile; propranolol infantil heanjiyom tedavisinde ilk seçenek olarak yerini almaya başlamıştır (1,2,6,8) Bu çalışmada, kliniğimizde infantil hemanjiyom tedavisi için kullandığımız standart oral propranolol protokolünün etkinlik, güvenlik, morbidite ve uzun dönem sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2011-Ağustos 2015 arasında kliniğimizde, infantil hemanjiyom tanısı ile oral propranolol tedavisi almış 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Tanı; klinik ve görüntüleme yöntemiyle kondu. Tedavi öncesinde ailelere konservatif takip de dahil olmak üzere tüm tedavi seçenekleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi verilerek, detaylı onam formu alındı. Tedaviyi kabul eden hastalar pediatrik kardiyoloji hekimi tarafından değerlendirilerek tedaviye engel bir durum olup olmadığı belirlendi. İlaç dozu 2 mg/kg/gün olarak hesaplandı ve iki eşit doza bölünerek oral yoldan uygulandı. Tedavi başlangıcında ilk 2 gün hastalar klinikte yatırılarak, kan şekeri, kan biyokimyası, kan basıncı, periferik arter nabız ve kardiyak monitorizasyon takibi yapıldı. Sonrasında ilacın kullanımı aileye öğretilerek, hastalar taburcu edilip poliklinik takibine alındı. Lezyonların takibi, fotoğraf ve klinik muayene notları ile yapılarak bulgular kaydedildi. Tedaviye 6-12 ay devam edildi.

Bulgular: Hastaların tedavi başlangıç yaşı ortalama 13,4 (3-36) ay olarak bulundu. Tedavi süresi ortalama 7,3 (4-12) ay olarak bulundu. Hastaların %70 (n=14)'ü kız, %30 (n=6)'sı erkekti. Hastaların %80 (16)'inde lezyonlar baş-boyun bölgesinde; %15 (n=3)'inde gövde ve ekstremitede yer alırken; %5 (n=1)'inde gövde ve baş-boyun bölgesinde yer almaktaydı. Hastaların %95 (n=19)'inde tedavi süresi içinde regresyon, %5 (n=1)'inde stabilizasyon görüldü. Tedavi ve takip süresince, tedaviyi kesmeyi gerektirecek herhangi bir morbidite izlenmedi. Regresyon sürecini tamamlayan 3 hastada lezyonlar eksize edildi. Hastaların takip süresi ortalama 23,9 (4-53) ay olarak bulundu.

Sonuçlar ve Tartışma: Bu çalışma ile; oral propranolol tedavisinin, tedavi gerektiren infantil hemanjiyom olgularında etkin, güvenilir ve ucuz bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varıldı. Oral propranolol tedavisi literatürde, hipotansiyon, bradikardi ve hipoglisemi gibi sistemik yan etkileri sebebiyle tartışılmıştır (9-10). Bu çalışmada olduğu gibi tedavi öncesinde detaylı pediatrik kardiyoloji muayenesi ile hastalar seçildiğinde; dozlar kademeli olarak arttırılarak uygulandığında, tedavi öncesi ve sonrasında çocuklar sık sık beslendiğinde bu yan etkilerden kaçınmak mümkün olmuştur. Bunun yanı sıra, oral propranolol tedavisi ile regresyonu sağlanan hastaların cerrahi müdahaleleri de spontan involusyon sürecini beklemeden daha erken yapılabilmektedir. Yakın zamanda, propranolol hydrochloride tedavisi pediatrik bir formulasyon (Hemangeol) ile FDA tarafından, 'sistemik tedavi gerektiren prolifere olan infantil hemanjiyom' tedavisi için onaylanarak literatürde yerini almıştır (11).

Kaynaklar

1. Arneja JS, Pappas PN, Shwayder TA, et al. Management of Complicated Facial Hemangiomas with β-Blocker (Propranolol) Therapy. Plast Reconstr Surg. 2010;126(3):889-95.
2. Bauland CG, Lüning TH, Smit JM, et al. Untreated Hemangiomas: Growth Pattern and Residual Lesions. Plast. Reconstr. Surg. 2011,127(4): 1643-8.
3. Itinteang T, Withers AH, Leadbitter P, et al. Pharmacologic Therapies for Infantile Hemangioma: Is There a Rational Basis? Plast. Reconstr. Surg.2011, 128: 499-507.
4. Arneja JS, Gosain AK. Vascular malformations. Plast Reconstr Surg. 2008;121:195e–206e.
5. Beck DO, Gosain AK. The presentation and management of hemangiomas. Plast Reconstr Surg. 2009;123:181e–191e.
6. Holmes WJ, Mishra A, Gorst C, et al. Propranolol as first-line treatment for rapidly proliferating Infantile Haemangiomas. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(4):445-51.
7. Boye E, Jinnin M, Olsen BR. Infantile hemangioma: challenges, new insights, and therapeutic promise. J Craniofac Surg. 2009;20:678–84.
8. Tan ST, Itinteang T, Leadbitter P. Low-dose propranolol for infantile haemangioma. J Plast Reconstr Aesthet Surg.

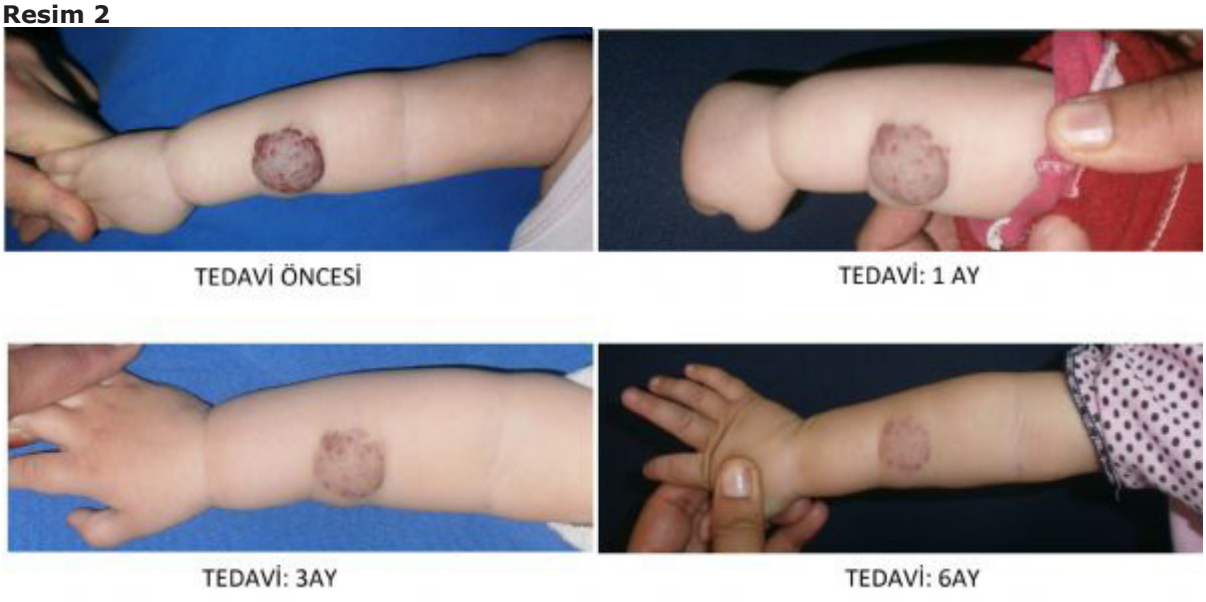
2011;64(3):292-9
9. Oksiuta M, Matuszczak E, Debek W, et al. Treatment of rapidly proliferating hemangiomas in newborns with propranolol and review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014; 8:1-5.
10. Starkey E, Shahidullah H. Propranolol for infantile hemangiomas; a review. Arch Dis Child 2011;96:890-3.
11. Léauté-Labrèze C, Hoeger P, Mazereeuw-Hautier J, A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. N Engl J Med. 2015; 19:372(8):735-46.

Resim 1



On aylık erkek bebek, sol infraorbital bölgede derin yerleşimli infantil hemanjiyom, 6 aylık oral propranolol tedavisi sonrası lezyonun regrese olduğu görülmektedir.

Resim 2



Yedi aylık kız bebek, sağ önkol dorsalinde yüzeyel yerleşimli infantil hemanjiyom, 6 aylık oral propranolol tedavisi sonrası lezyonun regrese olduğu görülmektedir.

Resim 3



Sekiz aylık, kız bebek, sağ parotis lojunda derin yerleşimli infantil hemanjiyom, 5 aylık oral propranolol tedavisi sonrası lezyonun regrese olduğu görülmektedir.

Hasta Tablosu

Hastalar	Tedavi Başlangıç Yaşı (ay)	Cinsiyet	Lezyon Derinliği	Lezyonun Lokalizasyonu	Lezyon Boyutları	Tedavi Süresi	Tedavi Yanıtı	Takip Süresi (ay)
1	5 ay	Kız	Derin	Sol Parotis Loju	41x35x33 mm	6 ay	Regresyon	21 ay
2	10 ay	Erkek	Derin	Sol İnfraorbital Bölge	30x25x15 mm	6 ay	Regresyon	29ay
3	8 ay	Kız	Derin	Sağ parotis loju	40x35x35 mm	6 ay	Regresyon	27 ay
4	9 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Sağ supraorbital bölge	22x20x12 mm	6 ay	Regresyon	28 ay
5	8 ay	Erkek	Derin+Yüzeyel	Sol malar bölge	20x11x6 mm	6 ay	Regresyon	42 ay
6	13 ay	Kız	Yüzeyel	Üst dudak(sol yarımı),vermilyon,mukoza (ülsere)	35x15x13 mm	12 ay	Regresyon	49 ay
7	14 ay	Kız	Derin	Üst dudak orta hat,vermilyon,mukoza	20x15x12 mm	6 ay	Regresyon	52 ay
8	15 ay	Erkek	Yüzeysel	Sağ malar bölge	35x30x10 mm	12 ay	Regresyon	53 ay
9	15 ay	Kız	Derin	Sağ nazal bölge	23x20x17 mm	6 ay	Regresyon	20 ay
10	18 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Nazal bölge,Burun tipi, kolumella	30x26x20 mm	12 ay	Regresyon	52 ay
11	30 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Üst dudak sağ taraf	30x30x20 mm	12 ay	Regresyon	36 ay
12	32 ay	Erkek	Yüzeyel	Üst dudak sol taraf ve orta hat,vermilyon (ülsere)	20x20x15 mm	6 ay	Regresyon	36 ay
13	6 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Nazal bölge, burun tipi	27x25x15 mm	6 ay	Regresyon	6 ay
14	7 ay	Kız	Yüzeyel	Sağ önkol dorsali	28x20x10 mm	6 ay	Regresyon	18 ay
15	36 ay	Kız	Derin	Sağ parotis loju	32x30x15 mm	6 ay	Regresyon	46 ay
16	8 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Sağ aksilla	70x60x30 mm	6 ay	Regresyon	6 ay
17	18 ay	Kız	Derin+Yüzeyel (çoklu)	Sağ kulak önü+Sağ anterolateral göğüs duvarı, aksilla	30x25x15 ve 60x60x28 mm	4 ay	Regresyon	4 ay
18	3 ay	Kız	Derin+Yüzeyel	Burun tipi, kolumella,üst dudak orta hat mukozası	30x20x10 ve 20x10x10 mm	4 ay	Regresyon	4 ay
19	8 ay	Erkek	Yüzeyel	Alt dudak, alt gingivobukkal oluk, dil	35x18x5 mm	6 ay	Regresyon	6 ay
20	6 ay	Erkek	Yüzeyel	Glans penis, prepisyum,skrotum	30x20x10 mm	12 ay	Stabilizasyon	26 ay

SS-196
İnfantil Hemanjiomlarda Propranolol Tedavisi; 27 vaka, 4 yıllık takip, literatür ve elimizdekiler

Gaye Filinte, Kaan Gideroğlu, Nebil Yeşiloğlu, Hakan Şirinoğlu, Cem Berkay Sinacı, Mehmet Bozkurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: İnfantil hemanjiom tedavisinde 2008 yılından beri aktif olarak kullanılan propranolol tedavisinin tarafımızdan kullanıldığı haliyle 4 yıllık sonuçlarını tartışmak ve literatür sonuçları ile kendi sonuçlarımızı karşılaştırarak bu tedaviyi değerlendirmek.

Yöntem-Gereçler: 2011 yılından beri infantil hemanjiom öntanısıyla gelen ve tedavi verilmesi kararlaştırılan 6 aydan büyük tüm hastalarda oral propranolol tedavisi başlanmıştır. En geç takibimiz dört yıl olmakla beraber 4-48 ay arasıdır. Tüm hastalar pediatrik kardiyoloji onayı aldıktan sonra 1 gece hastanede yatırılarak tedavileri sabah akşam 2 doza bölünecek şekilde ve maximum doz 2 mg/kg verilerek tedaviye başlanılmaktadır. Hastalar özellikle erken dönemde hipoglisei açısından kan şekeri takibi amacıyla yatırılmaktadırlar. Tüm hastalara alınan cevaba göre 1 yıl boyunca tedavi verilmekle beraber 6 ay içinde gerileme görülmeyen vakalarda tedavi bu aşamada kesilmektedir. Tedavi doz 1 haftada azaltılacak şekilde kesilmektedir.

Bulgular: Başlangıç yaş aralığı; 6-30 ay, kız/erkek oranı; 17/10, yerleşim yerleri; baş-boyun: 19, gövde: 5, ekstremite: 3 olarak sınıflandırıldı. Bir hastada tedavi 4. ayda hiperaktivite, ajitasyon ve düzelme görülmemesi nedeniyle sonlandırıldı. İki hastada hiçbir gerileme bulgusu gözlenmemesi üzerine (renkte solma ve şişkinlikte azalma) tedavi 6. ayda kesildi. Diğer tüm hastalarda tedavi bir yıla tamamlandı.

Sonuçlar: Üç hasta dışında tüm hastalarda tedavi esnasında hemanjiomun renginde solma ve büyümede yavaşlama gözlendi. Hiçbir hastada tedavi süresince ve sonraki takipte hemanjiomun kaybolduğu gözlenmedi. Ülsere yüzey ile gelen iki hastada (skalp-boyun) tedavi ile

yaralarda iyileşme ve diğer hastalara göre daha fazla renk solması ve gerileme gözlendi.

Tartışma: İnfantil hemanjiomlarda propranolol tedavisi, yan etkisinin diğer tedavilere göre az olması nedeniyle son yıllarda oldukça popüler olmuştur. Gerçekten de tedavi esnasında görülen yan etkiler geçicidir ve de morbiditeleri azdır. Literatürde gösterilen yüksek cevap oranlarına rağmen bizim serimizde başarılı cevap olarak nitelendireceğimiz oran %30'ları geçmemektedir. Bununla beraber tüm hemanjiomlarda propranolol tedavisine başlanıp başlanmayacağı ayrı bir tartışma konusudur. Görünmeyen bir bölgede, küçük boyutta ve gözlemle takip edilmesinde sakınca olmayan hemanjiomlarda propranolol tedavisine başlama gereği yoktur.

POSTER SUNUMLAR

P-001
Çocuklarda Zıpkın ve Tornavida İle Meydana Gelen Penetran Yüz Yaralanmaları: İki Olgu Sunumu

Serdar Altun[1], Ahmet Çetinbaş[1],
Mehmet İhsan Okur[1], Ali Bal[1], Aysun Yıldız Altun[2]
[1]Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik cerrahi ABD, Elazığ
[2]Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Elazığ

Amaç: Penetran kraniofasial travmalar, çocukluk döneminde nadir görülmesine rağmen hayati nörovasküler yapıların yaralanmasına bağlı ciddi morbiditelere ve mortalitelere sebep olabilmektedir. Çocuklarda tornavida ve Zıpkın ile meydana gelen penetran yaralanmalar oldukça nadir görülen yaralanmalar olup, çok az sayıda bildirilmiş olgu mevcuttur. Biz nadir görülen iki penetran yüz yaralanma şekli olan tornavida ve zıpkın ile yaralanan iki olguyu paylaşmak istedik.

Olgu 1: 2 yaşında erkek çocuk tornavida ile oynarken yanlışlıkla üzerine düşmüş ve tornavida sağ nasolabial bölgeden girerek maksiller sinüs önduvarını penetre ederek orbita tabanına doğru oblik olarak yukarı uzanmıştı. Ebeveynleri batan tornavidayı yerinden oynatmadan acil servise getirmişlerdi. İlk muayenesinde herhangibir kanama odağı, ağız içi ve çevresinde solunum sıkıntısına sebep olan ödem ve hematoma rastlanmadı. Görme muayenesi ve göz hareketleri doğaldı. Maksillofasial BT'ye göre sağ maksiller sinüs anterior duvarını kat ederek maksiller sinüs içerisine uzanan yabancı cisim görülmekteydi. Orbita tabanının ve maksilla posterior duvarının sağlam olduğu görüldü. Hasta acil olarak operasyona alındı. Yabacı cismin genel anestezi başlangıcında maskenin burun ve ağızı kapatmasında engel yaratmadı ve havalandırma sırasında bir problem yaşanmadı. Maske uygulama ve endotrakeal entübasyon sırasında tornavidanın hareket etmesi önlendi. Yeni bir kesi yapılmadan tornavida geriye doğru çekilerek kolaylıkla çıkarıldı. Kanama olmadı, maksilla duvarı onarılmadı. Cilt kesisi 6-0 propilen ile onarıldı. Postoperatif takiplerinde kanama yada enfeksiyon bulguları olmadı (Resim 1).

Olgu 2: 14 yaşında kız çocuğu, balıkçılık yapan babasının teknede bıraktığı zıpkın ile oynarken yanlışlıkla ateş alması sonucu sağ nasolabial bögeden vurulmuştu. Ebeveynleri batan zıpkın ucunu yerinden oynatmadan acil servise getirmişlerdi. İlk muayenesinde herhangibir kanama odağı, ağız içi ve çevresinde solunum sıkıntısına sebep olabilecek ödem ve hematoma rastlamadı. Maksillofasial BT'de Zıpkının nasolabial bölgeden girip lateral oblik seyrederek mandibula ramusunun mediali ile ptergoidal kas laterali arasına uzandığı tespit edildi. Kemik yapılarda herhangi bir travma bulgusu saptanmadı. Hasta acil olarak operasyona alındı. yabancı cisim genel anestezi başlangıcında maskenin burun ve ağızı kapatmasında engel yaratmadı ve havalandırma sırasında bir problem yaşanmadı. Maske uygulama ve endotrakeal entübasyon sırasında zıpkın ucunun hareket etmesi önlendi. Zıpkının çengeli cilt altında olup zıpkının giriş yeri 1 cm lik insizyonla genişletilip zıpkın geriye çekildi. Böylece çengel yüzünden meydana gelebilecek zararlar önlendi. Cilt kesisi 5-0 propilen dikiş ile onarıldı. Postoperatif takiplerinde kanama yada enfeksiyon bulguları olmadı (Resim 2).

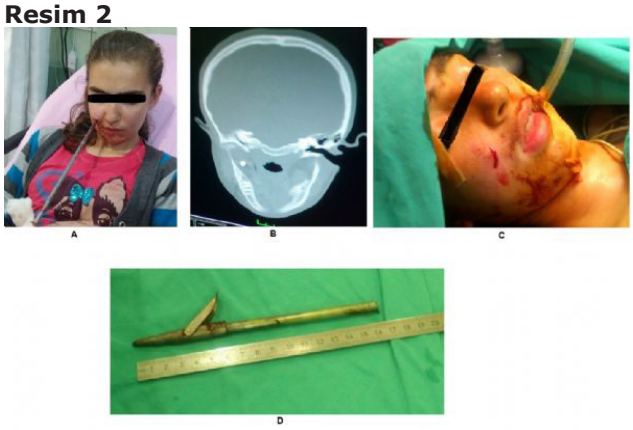
Tartışma: Çocuklar doğaları gereği meraklı, hareketli, tehlikeleri yeterince değerlendirmeden hareket eden ve bu nedenle sıklıkla travmaya maruz kalan bireylerdir. Travmaya en sık oyuncaklar neden olmaktadır. 1 yıl içerisinde yaklaşık 220050 oyuncağa bağlı travmatik yaralanma olduğu ve bunun yaklaşık %50'sinin baş ve yüz bölgesinde olduğu bildirilmiştir. Bu travmaların %80-90'ını künt travmalar %10-20'lik az bir kısmını ise penetran travmalar oluşturmaktadır. Penetran travmaların vücutta oluşturdukları yaralanmanın boyutu giren cismin kinetik enerjisiyle doğru orantılı olarak değişebilmektedir. Zıpkının çalışma düzeneğini 2 mekanizma oluşturur. Birinci mekanizma sıkıştırılmış havanın verdiği enerji olup, diğer bir mekanizması ise zıpkın tüfeğinin üzerindeki gerdirilmiş elastik banttır. Bu iki statik enerji türünün zıpkına iletimi ani bir hızlanmaya yol açar. Su altında kullanıldığı için su direncini kırabilecek yüksek enerjili aletlerdir. Bu nedenle su direnci yokluğunda daha ağır yaralanmalara yol açabilir. Tornavida da ve benzeri gibi delici-kesici aletlerle olan yaralanmalarda ise küçük bir alanda düşük basınç ve düşük mekanik güç ile etraf doku travması daha az olmaktadır. Penetran kraniofasial yaralanma ile karşılaşıldığında hava yolu değerlendirilmeli, stabil hava yolu olan hastalarda bile yumuşak doku ödemi ve kanamaya bağlı olarak havayolu güvenliğinin ortadan kalkabileceği akılda bulundurulmalıdır. Büyük damar yaralanması, orofarangeal kanama olup-olmadığı kontrol edilmeli, mental durum takip edilmeli hemodinamik stabilite sağlanmalıdır. Tüm penetran yüz yaralanmalarında BT çekilmelidir. Penetre baş-boyun yaralanmalarında damarsal patolojinin varlığının değerlendirilmesinde anjiografinin rolü halen tartışmalıdır. Ancak büyük damar yaralanması şüphesi olan her durumda anjiografi veya BT anjiografi yapılmalıdır. İki çocuk olgumuzun ebeyvenlerinin gözetimi dışında kendileri için tehlikeli olabilecek uygunsuz materyaller ile karşılaşıp merak duygularıyla bunları incelemeleri neticesinde nadir görülen iki penetran yaralanma örneği ortaya çıkmıştır. Her iki olgumuzun değerlendirilmesinde BT yeterli oldu. Her iki olgumuzda da şans eseri büyük damar yaralanması veya sinir yaralanması yoktu. Olgu 1 de maksilla anterior duvarında 3 mm lik defekt mevcuttu ve bu defekt onarılmadı. Takiplerinde enfeksiyon veya kanama bulgusu da saptanmayan hastalar tam iyileşmiş olarak taburcu edildiler.

Resim 1



A) Tornavida ucunun sağ nasolabial bölgeden girip superiora doğru oblik ilerlediği görülmekte. Hareket etmemesi için tornavida sargı bezi ile bağlandı. B) Üç boyutlu BT'de maksilla anterior duvarını deldiği, orbita tabanını etkilemediği görülmekte. C) Saggital BT'de tornavida ucunun maksilla posterioruna ve orbita tabanına geçmediği görülmekte. D) Anestezi aşamasında maske yüze tam oturdu ve havalandırma sorunu yaşanmadı. E) Tornavida çıkarıldıktan sonra kanama gözlenmedi ve yara yeri primer onarıldı.

Resim 2



A) Zıpkının Sağ nasolabial bölgeden girip hafif laterale doğru ilerlediği görülmekte. B) Coronal BT'de Zıpkın ucunun mandibula ramusu ile ptergoid kas arasında olduğu görülmekte. C) Zıpkının çengelinden dolayı giriş deliği genişletilerek çıkartıldı, kanama gözlenmedi. D) Zıpkının ucu ve çengeli görülmekte.

P-002
Deri gerilim çizgilerine göre tasarlanmış VY flep modifikasyonu

Arif Aydın
Afyon Devlet Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği,Afyonkarahisar

Amaç-Giriş:Tümör,travma gibi nedenlerden dolayı yanakta oluşan doku kayıplarının rekonstrüksiyonunda greft ve flep seçenekleri mevcuttur.Yanak rekonstrüksiyonu kozmetik açıdan da önem taşıyan bir prosedürdür.VY flep vücudun pek çok bölgesinde tasarlanabilen kullanışlı bir fleptir. Çalışmamızda tümör eksizyonu sonrası VY flep ile yanak rekonstrüksiyonunda uygun skar elde etmek için flebi yüz gerilim çizgilerine göre modifiye ettik.

Olgu: 70 yaşında bayan hasta sol yanakta yaklaşık 3 yıldır mevcut olan kitle şikayeti ile başvurduğu dermatoloji kliniğinden ‹›BCC›› ön tanısı ile operasyon için kliniğimize yönlendirilmiş.Hastanın sol malar bölgesinde 2x3cm ortası ülsere,mobil,tipik BCC görünümünde kitlesi mevcuttu. Boyunda LAP yoktu.Hastaya eksizyon planlandı.Tümoral kitle etrafından en az 5mm sınır bırakılarak uygun eksizyon için işaretlemeler yapıldı.Defektin rekonstrüksiyonu için sol yanaktan VY ilerletme flebi tasarlandı.Flep işaretlemeleri yüz gerilim çizgilerine paralel olarak yapıldı.Hasta opere edildikten sonra flepte %100 sağ kalım görüldü.Herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.Postop 7. gün sütürleri alındı.Patoloji sonucu ‹›infiltratif BCC›› ve cerrahi sınırları intakt olarak gelen hasta takibe alındı

Sonuç: Yüz gerilim çizgilerine uygun olarak tasarlanan VY flep klasik VY flebe göre kozmetik açıdan daha kabul edilebilir sonuçlar vermektedir.

postop 2. ay



preop



preop görüntü

preop çizim



preop çizim

picture 2



P-003
Salvage of Exposed Cochlear Implant by Wrapped Temporoparietal Fascia Flap

Cengiz Eser[1], Eyüphan Gencel[1], Özgür Sürmelioğlu[2], Erol Kesiktaş[1], Metin Yavuz[1], Ahmet Gürhan Dülgar[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Adana

Salvage of exposed cochlear implant was achieved by combination of scalp flap and wrapped temporoparietal fascia flap. Wrapping is a useful- novel method for protection of alloplastic vascular implant. Rectus abdominis,pectoralis major and latissimus dorsi muscle flaps have been used in literature. It has not been discussed for long term results and surgical details aboutwrapped fascia flaps. It is the first presentation for salvage of cochlear implants with temporoparietal fascia flap. Fascia was fixed to galea for prevention of implant mobility. No complication was encountered during 6 month follow up.

Picture 1



P-004
Total Nasal Reconstruction With Chimeric Supraorbital Artery Based Frontal And Reverse Nazolabial Flaps

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, Oben Karakuş, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

The advancement of treatment modalities of skin cancer decreases the mortality rate. Nasal reconstruction after skin cancer excision can be achieved with local or free flaps. The etiology, patient condition and surgical techniques affects the outcome.. The recurrence of cancer after reconstruction cause to local flap loss and need to new flap options or flap designs based on intact vessels. We present a patient who had nasal reconstruction previously with left frontal flap based on supratrochlear artery, reconstructed with chimeric right supratrochlear artery based frontal and left reverse nasolabial island flap after excision of recurrent basal cell carcinoma at nasal tip, dorsum and right nasolabial area. Nasal lining and external reconstruction was done without flap loss. The vascular system was evaluated with standard angiography. The main pedicle was right supraorbital artery which was divided to superior frontal branch and combined with dorsal nasal communicated left angular artery. Chimeric flap design can be achieved with supraorbital dorsal nasal central angular and reverse facial artery systems for difficult cases alternative to nasal reconstruction with free flaps.

Picture 1



P-005
Göz Kapakları ve İlişkili Yapıların Onarımı

Recep Anlatıcı[1]
[1]*Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep*
[2]*A-Plast Estetik, Antalya*

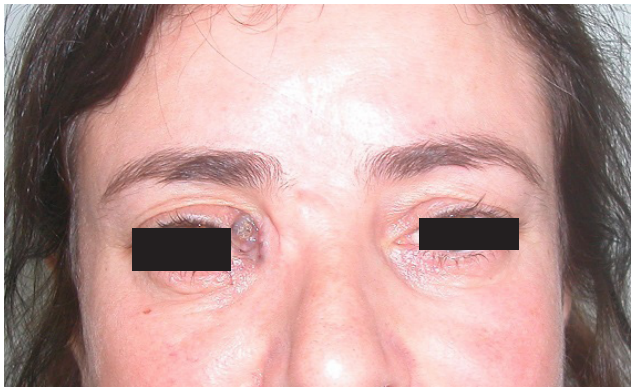
Giriş: Periorbital bölgedeki; lamellar parçaları ile göz kapakları, lakrimal sistem, kemik iskelet, palpebral ligamentler ve periorbital kaslar ile bu yapıların birbirleriyle olan bağlantılarının onarımı oldukça komplike ve zor bir durumdur. Bu çalışmada; tümör eksizyonu ve çeşitli travmalar sonucu oluşan periorbital bölge defektlerinin onarımları ile ilgili olarak beş olguda yapılan çalışmaları sunduk.

Olgu: Çalışmaya dahil olan olguların yaş aralığı 19-65 idi. Üçü erkek ikisi bayandı. Üç olguda defekt nedeni tümör iken, iki olguda travmaydı. Onarımlar sonucu olguların tümünde herhangi bir komplikasyon görülmedi ve sonuçlar tatmin ediciydi.

Tartışma: Travma veya tümör eksizyonu sonucu göz kapaklarında ve ilişkili yapılarda oluşan defektlerin tatmin edici onarımı; bölgesel anatominin iyi bilinmesine, kaybolan yada bütünlüğü bozulan dokuların tam olarak tanımlanmasına ve uygun dokularla defektlerin kapatılmasına bağlıdır. Periorbital bölgedeki tümörlü dokuların özellikle de nüks tümörlü dokuların yeniden tümör gelişimine neden olmaması için yeteri kadar genişlikte çıkarılması gerekmektedir. 485 olguyu kapsayan bir çalışmada; olguların %24,6›sında yetersiz eksizyon sonucu nüks geliştiği saptanmıştır. Bu yetersiz eksizyonun en önemli nedeni ise yeterli eksizyon sonucu oluşacak daha büyük defektin çok daha zor kapatılacağı konusunda cerrahın tereddüt etmesidir. Bu nedenle yeterli bilgi ve deneyim, periorbital bölge defektlerinin kapatılmasında büyük önem taşımaktadır.

Sonuç: Periorbital bölgede tatmin edici bir sonuç alınması için tümör eksizyonları ve travmalar sonucu oluşan problemlerin ayrıntılı analizi ile yaralanan-kaybolan sistemlerin yada yapıların tam olarak onarımı zorunludur. Tümör vakalarında nüksden kaçınmak için yeterli genişlikte eksizyon mutlaka yapılmalıdır. Mukokondral greft ile palpebral internal lamellanın yeterli onarımı ve bütün bu onarımlar esnasında fasiyal estetik birimlere dikkat edilmesi de ayrıca önemli noktalardır.

resim 1



pre-op

resim 2



eksiyon sonrası oluşan defekt

resim 3



post op

P-006
Tek Seansta Paramedyan Alın Flebi ile Burun Ucu Rekonstrüksiyonu

Mehmet Altıparmak
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Muğla

Giriş**:** Burun ucunun ve nasal dorsumun majör defektleri için uygulanan paramedyan alın flebinin ilk uygulaması 2700 yıl öncesine dayanır ve ilk uygulayanlardan esinlenerek adı "Hint lambosu" olarak anılır. Sushruta Smita M.Ö. 700 yılında burun rekonstrüksiyonu için alın flebinin ilk tarif edildiği Hindu tezidir. [1] Kazandjian 1930 yılında alın bölgesindeki fleplerin temel besleyici damarlarının supratroklear ve supraorbital arterler olduğunu ortaya koymuştur. Bu teknik, donör bölgenin primer kapatıldığı tam bir orta hat alın flebidir (medyan alın flebi). Medyan alın flebinin temel dezavantajı olan geniş taban ve buna bağlı rotasyon arkının kısıtlı olması nedeniyle araştırmalar 1970 ve 1980'li yıllarda yoğunlaşmış ve çok daha ince pedikülü nedeniyle rotasyon arkı daha serbest olan paramedyan alın flebi geliştirilmiştir. [2] Geleneksel paramedyan flep 2 seansta uygulanır. İlk seansta şekle uygun inceltilen flep ile defekt kapatılır. İkinci seansta sıklıkla 3 hafta sonra ise pedikülü bölünür. Supratroklear arter bazlı olan bu flebin güvenilirliği yüksektir. Bu çalışmada tek seansta uygulanmış supratroklear arter bazlı paramedyan alın flebi sunulmuştur.

Hasta ve Teknik: Burun ucunda kitle şikayetiyle kliniğimize başvuran 89 yaşında huzurevinde yaşayan erkek hastanın genel durumu iyi olup hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı bulunmamaktaydı. Lokal anestezi ile burun tipini kaplayan ve sol alar kanada uzanan 20x15 mm'lik kitle bulunmaktaydı (Resim 1). Kitle, 5mm cerrahi sınırla çıkarıldı. Oluşan 25x20 mm'lik defekte uygun olarak sağ paramedyan alın flebi çizildi. Flep kaldırıldı ve pedikülü inceltilerek dezepitelize edildi. Burun dorsumunda, tip defekti ile pedikülü birleştiren tünel oluşturuldu ve flep bu tünelden geçirildi (Resim 2). Flep, defekt üzerine dikildikten sonra donör alan "T" şeklinde kapatıldı. Patolojisi "Bazoskuamöz tip BCC" gelen hastanın ameliyat sonrası 2. ayında flep canlılığının iyi olduğu ve nefes alma problemi yaşamadığı kaydedildi (Resim 3). Flep kenarında minimal çekilme olması sol alar kanatta yükselmeye sebep olmuştur. Bu ise kabul edilebilir bir estetik sonuç vermiştir.

Tartışma: Burun tipindeki defektlerin onarımında güvenle kullanılan flepler arasında alın flebi yer almaktadır. Alın flepleri medyan ve paramedyan olmak üzere ikiye ayrılır. Bu vakada pedikülünün ince olması, rotasyon arkının geniş olması ve flep güvenilirliğinin yüksek olması nedeniyle paramedyan flep tercih edilmiştir. Sol alar kanada doğru uzanan defektin kapatılması için kolay çevrilebilmesinden dolayı sağ paramedyan flep kullanıldı. Yapılan bazı çalışmalarda klasik alın fleplerinin yüksek oranda (%71.4) nefes alma güçlüğüne sebep olduğu yazılmaktadır.[3] Bizim vakamızda herhangi bir nefes darlığı şikayeti olmamıştır. Klasik alın flebi, iki seans halinde uygulanmaktadır. Hastanın yaşlı ve ek hastalığının olması ve kontrollere sıklıkla getirilemeyecek olması, bu hastada alın flebinin tek seansta uygulanmasını gerektirdi. Literatür tarandığında tek seansta yapılan alın flebine rastlanılmamıştır.

Sonuç: Geleneksel alın fleplerinde iki seans arasında en az 3 hafta olması sadece estetik açıdan değil aynı zamanda hasta konforu ve maliyet açısından da tek seans uygulamasına göre dezavantaj meydana getirmektedir. Bu çalışmada, burun ucu defektlerinde kullanılan alın flebinin tek seansta uygulanabildiği gösterilmiştir. Hasta sayısı

arttırılarak yapılan çalışmalarla komplikasyon oranları belirlenebilir ve belki de artık alın flebi tek seans olarak uygulanmaya başlanır.

Referanslar:

1) Shan B. Mid-forehead flaps. Operative Techniques in Otolaryngology- Head and Neck Surgery 1993; 4(1): 24-9.

2) Menick FJ. Aesthetic refinements in use of forehead for nasal reconstruction: the paramedian forehead flap. Clin Plast Surg 1990; 17(4): 607-22.

3) Aygenç E, Beriat K, Kaymakçı M, et al. Nazal kutanöz defektlerin rekonstrüksiyonunda supratroklear arter bazlı paramedyan alın flebi uygulaması. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2002,9(4):282-285.

Resim 1



Burun tipinden sol alar kanada uzanan 15x20 mm'lik kitlenin eksizyon planı ve sağ paramedyan alın flebi çizimi

Resim 2



Flebin burun dorsumunda oluşturulan tünelden geçirilmesi

Resim 3



Hastanın ameliyat sonrası 2. ayı

P-007
Doğumsal Burun Kanadı Defekti Tedavisinde Yeni Bir Cerrahi Teknik

Hakan Tekin[1], Ömer Faruk Koçak[2], Şafak Aktar[1]
[1]Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Van

Burun alar kanat defektleri sıklıkla travma, kitle eksizyonu veya yanık sonrası ortaya çıkmaktadır. Doğumsal izole burun kanadı defekti 20.000 - 40.000 canlı doğumda 1 görülebilen oldukça nadir bir durumdur. Tedavisinde kompozit greft, rotasyon ilerletme flepleri veya z plasti teknikleri kullanılmaktadır. Literatürde bildirilen cerrahi tekniklerin ortak dezavantajlarından biri de defekteki çentiğin yetersiz düzelmesidir. Bu yazıda izole doğumsal burun kanadı defekti olan bir olguda kullanılan yeni bir cerrahi tekniğin avantajları ve sonuçları tartışılmıştır.

Resim 1:



Ameliyat öncesi defektin yandan görünümü

Resim 2:



Ameliyat sonarası 7. ay yandan görünümü

P-008
Sert damak yerleşimli nadir bir tümör: Myoepitelyal karsinom

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar
Yeditepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.,İstanbul

Myoepitelyal karsinom, tükrük bezlerinin düz kaslarından ve epitelinden köken alan, çok nadir gözlenen tümörleridir. Tüm tükrük bezi tümörlerinin %0,2 sini oluştururlar. Myoepitelyal karsinomlar ensık parotiste (48-75%) ve minör tükrük bezlerinde (damak, yanak,diş eti, vb),submandibular bezde ve daha da nadir olarak sublingual bezde gözlenirler. Burada sertdamağında myoepitelyal karsinom bulunan hastaya ilişkin deneyimlerimiz sunulacaktır. 60 yaşında bayan hasta kliniğimize damağında 2 hafta önce beliren kitle nedeniyle başvurdu. Öyküsünden 2012 de meme kanseri nedeniyle mastektomi ve 2013 te tiroid kanseri nedeniyle tiroidektomi olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde sert damak sol tarafta, proksimal yerleşimli 12-13mm çaplı, ağrısız ve kemiğe fikse kitle gözlendi. Bilgisayarlı tomografide lezyonun kemiği invaze ettiği gözlendi, ancak baş boyun bölgesinde herhangi lenfnodu metastazı saptanmadı. Hastaya yapılan biyopsinin sonucu low- grade myoepitelyal karsinom olarak bildirildi. Hastanın PET-CT tetkikinde uzak metastaz saptanmadı. Hastaya parsiyel maksillektomi yapıldı ancak herhangi bir rekonstrüksiyon uygulanmadı. Hastaya diş hekimliği tarafından protez hazırlandı ve hasta 1 yıldır bu protezi kullanmaktadır. Myoepitelyal kanserler nadir ve etyolojisi belirsiz kanserlerdir. İnfiltratif tarzda büyüme gösterirler, damar ve/veya sinir invazyonu sık olarak gözlenir. Sıklıkla lenfnodu metaztazından önce uzak metastaz yaparlar. Uzak metastaz en sık akciğerlere olur, akciğerler dışında kemik, karaciğer, periton, plevra, böbrek, beyin ve deri metastazları da gözlenir.Tedavisi halen tartışmalıdır. Geniş cerrahi rezeksiyon tedavinin temelidir,cerrahiye ek olarak radyoterapi ve/veya kemoterapi içeren protokollerde mevcuttur. Nüks çok sık gözlendiğinden kompleks rekonstrüktif işlemler öncesi PET-CT ile hastanın taranması ve operasyon sonrası dönemde hastanın bir süre izlenmesi uygun bir stratejidir. Bu tümörler tükrük bezi bulunan her yerden kaynaklanabileceğinden, bu bölgelerde yer alan ağrısız, hızlı büyüyen kitlelerin ayırıcı tanısında akla gelmelidirler.

Resim 1



lezyonun biyopsi öncesi görünümü

resim 2



biyopsi sonrası görünüm

P-009
Post-travmatik unilateral frontal paralizili hastada farklı teknikler ile kaş asma işleminin kıyaslanması

Billur Sezgin, Şafak Uygur, Selahattin Özmen, Reha Yavuzer
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Fasiyal sinirin frontal dalında bütünlüğün bozulmasına sebebiyet verecek herhangi bir patoloji sonucunda frontalis kasının denervasyonu sonucu kaş elevasyonu bozulmaktadır. Buna bağlı olarak bu hastalarda pasif teknikler kullanılarak karşı kaş ile simetri sağlanması ana hedefler arasında sayılmaktadır. Post-travmatik frontal dal paralizisi sonucu iki farklı kaş asma tekniğinin 4 yıllık bir zaman dilimi içerisinde uygulandığı hastada sonuçlar sunulmuştur ve tekniklerin avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: Elli yedi yaşında bayan hasta, 2007 yılında geçirilmiş trafik kazası sonucu meydana gelen sağ periorbital bölgedeki skarlar ve sağ kaşta düşüklük ve asimetri nedeniyle ilk olarak 2011 yılında başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ lateral periorbital bölgeden frontotemporal bölgeye uzanım gösteren skarların zemininde yaygın fibrotik alanlar izlenmekte idi. Hastanın ayrıca frontalis kasının post-travmatik denervasyonuna bağlı sağ kaşın özellikle medial ve orta kesimlerinde düşüklük mevcuttu (Şekil 1). Hasta ile tedavi alternatifleri görüşüldü ve bu tarihte frontal skalpten 2cm'lik bir insizyon ile girilerek orta ve medial kaş alanlarına uzanım gösteren ik farklı tünelde supraperiostal planda diseksiyon yapıldı. Takiben her iki tünelden 3/0 prolen dikiş ile geçilip kaş bu iki noktadan tutuldu ve istenen gerginlik sağlanarak skalpte vidalar ile tespit edildi. Bunun yanısıra fibrotik periorbital alanlar V-uçlu disektör ile diseke edildi ve karın bölgesinden alınan 15 cc yağ grefti bu alana verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir şikayeti olmayan hasta sonuçtan memnun olduğunu belirtti (Şekil 2). Hasta 2015 yılında kaşında düşüklüğün zaman içerisinde tekrar oluşması nedeniyle yeniden başvurdu. Hasta 4 yıllık zaman dilimi içerisinde birkaç kez alnına sert dokunması sonucu iplerde gevşeme hissettiğini dile getirdi. Hastaya aynı işlemin tekrar yapılması önerildi ancak hasta daha basit bir tedavi alternatifi olduğu için direkt kaş üzerinden girilerek askı işleminin yapılmasını tercih etti. Ameliyat öncesinde karşı taraftaki kaşın pozisyonu kılavuz alınarak farklı noktalardaki seviye farkı tespit edildi. Ameliyatta kaş medialinin tam üst sınırından yaklaşık 1.5cm'lik bir insizyon ile girildi. Supratroklear pedikül korunarak altta corrugator kasına ulaşıldı. Takiben ince bir deri şeridi eksize edildi ve kaş 3/0 PDS dikiş ile 3 noktadan kranialde galeal plan ve periosta asıldı. Bu ameliyat esnasında da periorbital alana karın bölgesinden alınan 20 cc yağ grefti verildi. Ayrıca sol frontal bölgeye botulinum toksin tip A uygulaması yapıldı. Hastanın bu işlem sonucunda herhangi bir şikayeti olmadı. Karşı taraf kaşın şekli kılavuz alınabildiği için her ne kadar kaş üstünden bir kesi yapılmış olsa da hasta ikinci işlemdeki sonuçtan çok memnun olduğunu ifade etti (Şekil 3).

Tartışma: Fasiyal paralizide kaş düşüklüğünün giderilmesi için birçok farklı tedavi yöntemi tanımlanmıştır. Hafif olgularda sadece karşı taraf alın bölgesinde botulinum toksin tip A ile kemodenervasyon simetrinin sağlanmasında yeterli olabilse de daha ileri olgularda askı yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda direkt kaş üstünden deri eksizyonu ile tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir. Yüzün görünen yerinde skar oluşturması nedeniyle direkt kaş üstünden işlemler her ne kadar daha genç hasta gruplarında ilk tercih olmasa da, biz hastamızda

bu işlemin çok belirgin bir skar ile sonuçlanmadığını izledik. Ayrıca, daha kontrollü ve ince aralıklar ile askılama sağlanabildiği için bu teknikte saçlı deriden uzanan tekniklere göre simetrinin daha iyi sağlanabildiğini izledik. Ancak bu işlemin skar oluşturduğu hastaya açıklandı ve hastanın periorbital bölgede mevcut skarlarının var oluşu skar açısından endişesi olmamasını açıklayabilir. Saçlı deriden yapılan askı cerrahisinin teknik olarak zorluk derecesi daha fazla olmakla beraber insizyon tamamen gizlenebilmektedir ve görünür skarla sonuçlanmamaktadır. Sonuç olarak, uygun vakalarda kaş simetrisinin sağlanmasında direkt kaş üstünden girilerek kranialde galea ve periosta askılama yöntemi, daha ince planlamaya olanak tanıyan, kolaylıkla yapılabilen ve belirgin bir skar ile sonuçlanmayan akılda tutulması gereken bir tekniktir. Skar açısından endişe duyulması halinde skalpten girilerek yapılan askılama teknikleri de başarılı sonuçlar vermektedir. Bu işlemde endoskopik aletlerin kullanımı teknik açıdan kolaylık sağlayabilir.

Şekil 1



53 yaşında bayan hasta sağ frontal paralizi sonucu gelişen kaş düşüklüğü şikayeti ile başvurdu

Şekil 2



Skalpten girilerek 2 noktadan askılama işlemi sonrası erken postoperatif görünüm

Şekil 3



Direkt kaş üstü askılama işlemini takiben hastanın erken postoperatif görünümü

P-010
Nadir görülen bir olgu: Boyun yerleşimli aksesuar tragus (distopik kartilaj büyümesi)

Kırdar Güney
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

Giriş: Tragus, kökeni yunancadan gelen, kulak dış meatusunun önünde yer alan, kıkırdak ve üzeri kıllı deri ile kaplı, arkaya uzanım gösteren kulak parçasıdır. Anatomik olarak birçok malformasyonu olabilir. En sık karşılaşılanları, skin tag, preaurikuler sinüs ve kist, aksesuar tragus (distopik kartilaj büyümesi) ve makrotragustur. Aksesuar tragus nadir görülen bir olgudur. İlk kez 1858 yılında Birkett tarafından yayınlanmıştır. Genellikle izole olarak bulunan bir malformasyondur. Ama Goldenhar, Townes–Brocks, Treacher-Collins, VACTERL ve Wolf–Hirschhron gibi bir takım sendromlar da eşlik edebilir. Embriyolojik olarak migrasyon hattında boyundan itibaren herhangi bir anatomik lokalizasyonda bulunabilir. En sık bulunma yeri olması gereken pozisyonun ön tarafıdır.

Olgu: 24 yaşında erkek hasta kliniğimize boyun bölgesindeki deride bulunan nodüler lezyonun eksizyonu amaçlı gelmiştir. Hastamızın sol tarafında, boyun orta hatta, sert, asemptomatik, uzun çapı horizontal olan 5 x 9 mm'lik, papüler bir lezyonu bulunmaktadır. doğumdan itibaren bulunmaktadır. Aynı taraf kulakta tragus üst ucu ile helikal kök arası deri köprüsü bulunmaktadır. Hastanın ek kongenital malformasyonu bulunmamaktadır. Boyundaki kitle eksize edildi ve defekt primer kapatıldı. İncelenen doku patolojik incelemeye gönderildi. İnceleme sonucu ince bir stratum korneum tabakasına sahip, ekrin ve apokrin glandları, kıl follikülleri bulunan bir deri ve altta elastik kıkırdak yapısı bulunan tragus ile uyumlu olarak gelmiştir. Sol kulaktaki tragus ile helikal kök arası köprü deri yapısı eksize edilmiştir ve normal kulak anatomisi elde edilmiştir.

Tartışma: Aksesuar tragus kulakta görülen nadir ve minör bir malformasyondur. Çoğunlukla izole olmasına rağme başka bir takım kongenital malformasyonlara eşlik edebilir. Cerrahi olarak eksizyonu ve primer onarımı yeterli bir tedavidir. Bu tedavi ile genellikle herhangi bir komplikasyon

görülmez. Alttaki kıkırdak dokusu tamamen çıkarılmalıdır. Derin yerleşimli kalan kıkırdak dokusu kondrit veya kondradermatitlere yol açabilir.

Kaynaklar:

1. Bahrani B, Khachemoune A. Review of accessory tragus with highlights of its associated syndromes. Int J Dermatol. 2014 Dec;53(12):1442-6.

2. Park C. Reconstruction of congenital tragal malformations accompanied by dystopic cartilage growth (accessory tragus). Plast Reconstr Surg. 2015 Jun;135(6):1681-91.

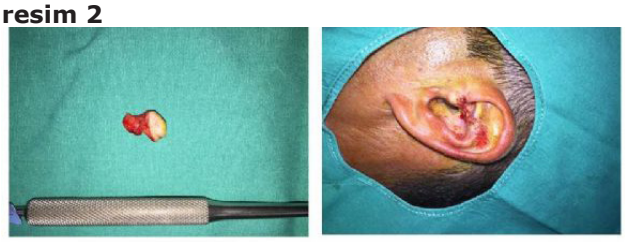
3. Demirseren ME, Afandiyev K, Durgun M, Seven E, Belenli O. An unusual auricular malformation accompanied by accessory tragus: macrotragus. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 Jun;265(6):639-41.

resim 1



preop önden ve arkadan görünüm sol kulak anomalisi boyun yerleşimli papüler lezyon

resim 2



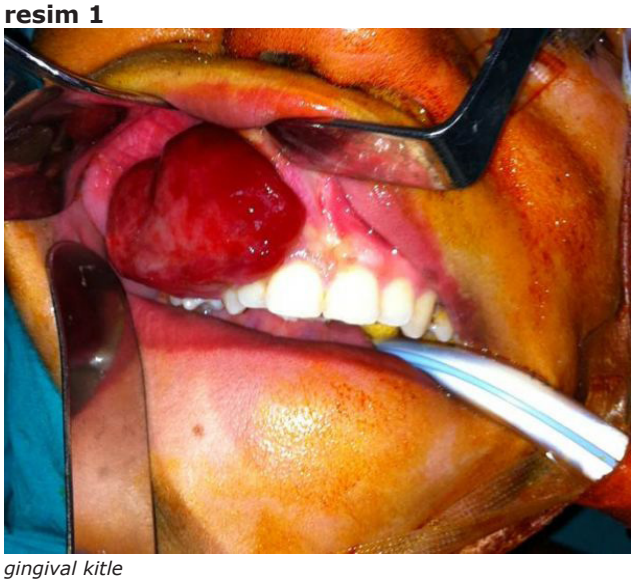
Eksizyon materyali ve postop kulak şekli (tragus ve heliks arası köprü eksizyonu)

P-011
Epulis granülomatoza; alışılmadık bir olgu sunumu

Sinan Öztürk, Fikret Eren, Cihan Şahin,
Ceyhun Cesur, Hüseyin Karagöz
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

Epulis granülomatoza; genellikle travmatik diş çekimi sonrasında yavaş büyüyen ekzofitik gingival bir kitle olarak ortaya çıkar. Boyut olarak 2.5 cm çapını aştığı literatürde nadiren rapor edilmiştir.Bu olgu sunumunda büyüme paterni ve boyutları açısından literatürde rapor edilen vakalardan farklı bir vaka sunulmuştur.20 yaşında erkek hasta 2 ay içerisinde ağız içerisinde hızla büyüyen ağrılı bir kitle ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 8 ay önce diş çekimi öyküsü mevcuttu.Yapılan fizik muayenede; sağ üst premolar bölgede 33x27mm boyutlarında üzerinde kanama odakları bulunan sert gingival kitle izlendi. (Resim 1) Hastanın panoramik grafisinde 1. premolar diş soketinde diş olmadığı izlendi.(Resim 2) Maksiller kemik yapısında ek bir patoloji izlenmedi. Kitle enblok olarak eksize edildi. oluşan gingival defekt lokal rotasyonel flepler ile onarıldı. (Resim 3) Histopatolojik inceleme epulis olarak rapor edildi. 6 aylık post op takiplerinde nüks izlenmedi. Epulis granülomatoza diş çekimi sonrası sıklıkla görülen bir lezyondur. Oral kanserler ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayrıca pyojenik granülom ile de sıklıkla karışabilir. Literatürde 2-20mm arasında değişen çaplarda bildirilmiştir. Olgumuzda ise epulisin boyutları genel rapor edilen boyutlardan %50 daha büyüktü. Olgumuzda literatür bilgisinden farklı olarak hızlı büyüme paterni gözlendi. Diş çekimi sonrası 6 ay herhangi bir yakınması olmayan hastanın son 2 ay içerisinde çekim uygulanan soket çevrasinde hızlı büyüyen bir kitle şikayeti mevcuttu. Yeme içme sırasında kronik tekrarlayan oral travmalar epulis fissuratumda olduğu gibi granülasyon dokusundaki kapiller aktivasyonu tetiklemiş olabileceğini varsayıyoruz. Bu olgu sunumu Epulis granülomatozanın bildirilenlerden farklı olarak daha büyük boyutlara ulaşabildiğini ve farklı büyüme paterneleri izleyebildiğini göstermektedir

resim 1



gingival kitle

resim 2



panoromik grafi

Resim 1



Alında sert trill veren kitle

Resim 2



İntraoperatif görünüm

P-012
Paintball mermisi ile travmatik süperfisiyal temporal arter psöudoanevrizması; olgu sunumu

Sinan Öztürk, Fikret Eren, Cihan Şahin,
Ceyhun Cesur, Hüseyin Karagöz
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

Paintball dış ortamda içi boya dolu mermilerin kullanıldığı ve popülerliği dünya çapında giderek artan bir dış mekan sporudur. Artan popülerliği ile birlikte bu sporu yaparken meydana gelen yaralanma sayısı ve çeşitliliği daha fazla rapor edilmektedir. Bu olgu sunumunda Paintball oyun sahasında çalışan bir görevlinin oyun ekipmanlarının hazırlığı sırasında meydana gelen bir yaralanma sonucu oluşan süperfisiyal temporal arter(STA) psöudoanevrizma olgusu bildirilmiştir.20 yaşında erkek hasta alın bölgesinde yavaşça büyüyen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 6 ay önce paintball silahı ile yapın mesafeden başına mermi isabet etme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde temporal bölgede sert ve üzerinde tril alınan kitle pale edildi. (Resim 1) Kitle STA trasesi üzerinde ve el dopleri ile akım vermekteydi. Lokal anestezi altında kitle eksplore edildi.(Resim2). Anevrizmal kitlenin proksimal ve distal arteriyel bağlantıları ligate edilerek kitle enblok rezeke edildi. Post op takiplerinde komplikasyon gözlenemdi. Paintball oyunu sırasında meydana gelen yaralanmalardan en tehlikesi perforan göz yaralanmalarıdır. Bunun dışında dermal ezilme yaralanmalarıda sıklıkla rapor edilmektedir. Paintball yaralanmaları içerisinde baş boyun arterlerinin travmatik anevrizmaları oldukça nadir rapor edilmiştir. Bu yönüyle olgumuz paintball oyunu sırasında yakın mesafeden korumasız başa gelebilecek merminin psöudoanevrizma riski taşıdığını ortaya koymuştur. Bu spor yapılırken profesyonel başlık ve ekipmanların kullanımı kadar bu alanda çalışan personelinde oyuncular gibi kask ve diğer ekipmanları taşımasının önemini ortaya koymaktadır.

P-013
Nazal sebase nevüs; olgu sunumu

Salim İskender[1], Ahmet Demirhan Dal[2],
Sinan Öztürk[3]
[1]Diyarbakır Asker Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi
[2]Erzurum Maraşal Fevzi Çakmak Asker Hatanesi Plastik Cerrahi servisi
[3]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

Sebase nevüsler (Jadassohn›s nevüs) genellikle baş boyun bölgesinde bulunan, ekoderm ve mezoderm kaynaklı yapılar içeren nevüslerdir. Çocukluk döneminde statik halde iken ergenlik dönemi ile birlikte hormal etkiyle büyüme fazları başlar. Sıklıkla skalp bölgesinde izlenir. Bu olguda nadir yerleşim bölgesi olan nazal dorsal deri üzerinde sebase nevüs olgusu bildirilmiştir.20 yaşında erkek hasta uzun dönemdir burun üzerinde bulunan ancak zaman içerisinde büyüyerek yüz görünümünü bozan şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muameyede nazal dorsal ciltten 15mm kabarık sert kıvamlı kitle palpe edildi.(Resim 1)kitle enblok olarak rezeke edildi ve primer sütürasyon uygulandı. Patolojik inceme sonucu sebase nevüs olarak rapor edildi. Post op dönemde komplikaston izlenmedi. Hastanın post op 3. ay kontrolünde insizyon

skarı kabul edilebilir düzeydeydi. Sebase nevüsler sıklıkla saçlı deri ve diğer baş boyun bölgesinde görülür. Hastaların öncelikli yakınmaları estetik görünüm aynaklıdır.Ancak sebase nevüslerde %2 düzeyinde BCC ve SCC gelişme riski mevcuttur. Bizim olgumuzda da asıl yakınma estetik görünümün bozulmasıydı. Olgumuz literatürde bildirilen nadir nazal yerleşimli sebase nevüs olgularından biridir. Bu tür olgularda direkt eksizyon ve primer onarım uygulanarak estetik görünümün düzeltilmesi ilk tercih olmalıdır.

resim 1



Preop görünüm

resim 2



postop görünüm

P-014
Tek taraflı kriptotia lı hastada olgu sunumu

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Doğuştan kulak anomileri değişik türlerde yöremizde sık görülmektedir.Bu çalışmada konjenital kulak anomalilerinden daha az sıklıkta karşılaştığımız kriptotia(kulak üst 1/3 ün temporal fasyaya gömülü olması durumu) lı bir hastaya yaklaşımımızı sunuyoruz.

Yöntem-Gereçler: Gaziantep üniversitesi hastanesi plastik,rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniğine başvuran kriptotia lı bir hastaya süperiordan v-y ilerletme flebi planlandı.Flep eleve edilerek eş zamanlı kıkırdak şekillendirme yapıldı.Kıkırdak şekillendirmesi eriyebilen PDS sutur ile yapıldı.Flep yeni yerine suture edildi.

Bulgular: Eş zamanlı kıkırdak düzeltmesi yapılması ve flebin yeni yerine taşınması ile kulak elevasyonu ile şekil bozukluğu giderilmiş oldu.

Sonuçlar: Kulak elevasyonu ile birlikte eş zamanlı kıkırdak düzeltme yapılması,ek skarının olmaması,v-y flebin skarının saçlı deri içinde kalması ve greft alınmadığı için ek skar olmamasından dolayı kriptotia lı hastalarda v-y ilerletme flebi en iyi seçenek olduğunu düşünüyoruz.

kriptotia lı hasta intraop görüntüler



kriptotia lı hasta postop görüntüler



kriptotialı hasta preop görüntüler



P-015
Bukkal mukozada 20 yıllık lökoplaki ve tedavisi

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, İlker Uyar, Zeynep Altuntaş, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Oral mukozada en sık rastla¬nan prekanseröz lezyon olan oral lökoplakinin, dünya genelindeki prevelansı %1.7 ile 2.7 arasın¬dadır ve erkeklerde daha çok görülmektedir. Etyolojisinde sigara, alkol, tütün çiğ¬neme ve kötü ağız hijyeni gibi etkenler rol oynamaktadır. Oral lökoplaki sıklıkla bukkal mukozada, ağız tabanında, bukkal kommissuralarda, dilin yan yüzeylerinde ve alveol kretlerinde yer alır. Lökoplakilerin oral mu¬kozadaki lokalizasyonları, dünya genelinde tütün ve diğer alışkanlıkların kullanımına bağlı olarak değişim göstermektedir (1-4). Bu çalışmada 20 yıl boyunca bukkal mukozada lökoplakisi olan bir hastaya uygulanan takip ve tedavi sunulmuştur.

Olgu sunumu: 59 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 20 yıldır ağzında bulunan beyaz lezyonlarla ilgili şikayeti nedeni ile kliniğimize başvurdu. Sistemik olarak sağlıklı olan hastanın alınan anamnezinde yaklaşık 30 yıl sigara içitiği öğrenildi. Hastanın ağız içi muayenesinde sol bukkal mukoza- alveolar sulkus bölgesinde sol komissure uzanan hiperkeratotik, mukozaya yapışık, beyaz renkli, lökoplaki görünümünde lezyonlar olduğu saptandı (Resim 1). Palpasyonla yapılan boyun muayenesin¬de lenfadenopati tespit edilmedi. Boyun MR incelemesinde sadece yanak tutulumu olduğu görülerek lenfadenopatiye rastlanmadı. Lezyon total olarak eksize edilip (Resim 2) oluşan defekt sağ supraklavikuler alandan alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı (Resim 3).

Tartışma: Waldron ve ark(5); oral lökoplakinin bukkal, alveolar ve mandibular mukozada sık görüldüğünü, dudak (%24), ağız tabanı (%42), ve dilde (%24) yerle¬şen lezyonlarda displastik karakterin ya da maligniteye dönüşümün daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Oral lökoplaki hastalarının %80 oranında sigara ve tütün kullandığı bilinmektedir. Sigara içenlerde daha sık lökoplaki geliş¬mesine karşın, lökoplakinin malign trans¬formasyona dönüşmesi sigara içmeyenlerde daha sık görülmüştür (6). Oral lökoplaki lezyonlarının tedavi yaklaşımında öncelikli olarak lezyonun gelişmesine sebep olabile¬cek predispozan faktörlerin değerlendiril¬mesi ve ortadan kaldırılması önerilmektedir (1-5). Etyolojik faktör tespit edilip ortadan kaldırılırsa lezyonlar gerileme göste¬rebilir. Bunun dışında tedavide topikal 5-flo¬rourasil, retinoidler, lazer, kriyoterapi ve total eksizyon uygulamaları tercih edilebilir (2,3). Lökoplakilerde tedavi histopatolojik özel¬liklere dayanır. Malignite açısından düşük risk taşıyan lökoplakilerde; 6 ayı geçmeyen kontrol seanslarıyla hasta takibi, lezyonların topikal ya da oral retinoidlerle tedavisi, kri¬yoterapi karbondioksid lazer ile lezyonun çı¬karılması gibi tedaviler yapılabilir. Malignite açısından yüksek risk taşıyan lökoplakilerde ilgili bölgenin total eksizyonu düşünülür (3). Lökoplakinin malign tranformasyo¬na uğramasını önleyecek bir tedavi yoktur (2). Oral lökoplakinin klinik olarak en önemli riski malign transformasyon göstererek kar¬sinoma dönüşmesidir. Mikroskobik olarak atipi içermeyen oral lökoplakili hastaların % 6'sından fazlasında ortalama 8 yılın sonunda invaziv karsinoma gelişirken başlangıçta atipiye rastlanan vakaların % 36'sında karsinom geliştiği saptanmıştır (7). Ancak lökoplakide bu olguda gibi çok daha uzun sürede malign transformasyon gerçekleşmeyebilir.

Kaynaklar

1. Reibel J. Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biologi¬cal characteristics. Crit Rev Oral Biol Med 2003;14(1):47-62.

2. Sciubba JJ. Oral cancer. The impor¬tance of early diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2001;2(4):239-51.

3. Petti S. Pooled estimate of world le¬ukoplakia prevalence: a systematic review. Oral Oncol 2003;39(8):770-80.

4. Saito T, Sugiura C, Hirai A, Notani K, Totsuka Y, Shindoh M, Fukuda H. Deve-lopment of squamous cell carcinoma from pre-existent oral leukoplakia: with respect to treatment modality. Int J Oral Maxillofac Surg 2001;30(1):49-53.

5. Waldron CA, Shafer WG. Leukop¬lakia revisited: a clinicopathologic study 3256 oral leukoplakias. Cancer 1975;36(4):1386-92.

6. Maserejian NN, Joshipura KJ, Rosner BA, Giovannucci E, Zavras AI. Prospective study of alcohol consumption and risk of oral premalignant lesions in men. Cancer Epide¬miol Biomarkers Prev 2006;15(4):774–81.

7. Silverman S Gorsky M, Lozada F. Leukoplakia and malignant transformation, a follow-up study of 257 patients. Cancer 1984;53:563-8.

Resim 1



Hastanın preoperatif görünümü

Resim 2



Kitlenin görünümü

Resim 3



Hastanın postoperatif görünümü

P-016
Alt Göz Kapağı Defekti Onarımında Mutaf Üçgen Flep Tekniği: Olgu sunumu

Mustafa Nihat Koç, Berat Çiğdem, Serdar Kara, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Bu çalışmamızda alt göz kapağında BCC eksizyonu sonucu oluşan defektin rekonstrüksiyonunda Mutaf üçgen flep tekniği kullanımına ait tecrübemizi bir olgu sunumu ile paylaşmayı amaçladık.

Yöntem-Gereçler: 63 yaşında erkek hasta sağ alt göz kapağında 43x36 mm boyutlarında BCC lezyonu nedeniyle başvurdu. Lezyon genel anestezi altında 5 mm güvenlik sınırıyla tam kat eksize edildi. Oluşan konjonktiva defekti için tam kat bukkal mukoza grefti kullanıldı. Cilt defekti sağ malar bölgeden planlanan Mutaf üçgen flep tekniği ile onarıldı.

Bulgular: Ameliyat sonrası kontrollerde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Ektropiyon oluşmadı ve fonksiyonel bir alt göz kapağı onarımı sağlandı.

Sonuç: Alt göz kapağının kendine özgü anatomisi bu bölgenin rekonstrüksiyonunda aşılması gereken bir zorluk olarak ön plana çıkmaktadır. Defekt onarımı sonrasında yeterli konjonktiva derinliği olan, stabil bir göz kapağı sağlanmasının yanında cilt onarımı için eleve edilen flepler yerine adapte edildiğinde oral komissürler ve burun alar kanadı gibi çevre anatomik belirteçlerde bozulmaya sebebiyet vermemelidir. Bulgularımız göz önüne alındığında alt göz kapağı defektlerinin onarımında Mutaf üçgen flep tekniğinin hala en iyi seçenekler arasında yer aldığını düşünmekteyiz.

Ameliyat öncesi lezyon



Sağ alt göz kapağındaki BCC tanılı lezyon

Flep tasarımı



Sağ alt göz kapağında oluşan defekt için Mutaf üçgen flep tasarımı

P-017
Çocukluk Çağının Non Odontojenik Çene Tümörü Mandibuler Osteoblastom Olgu Sunumu Ve Literatür Özeti

Dudu Dilek Yavuz[1], Selman Hakkı Altuntaş[1], Fuat Uslusoy[1], Selçuk Yılmaz[1], Metin Çiriş[2], Ayşe Umul[3], Mustafa Asım Aydın[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

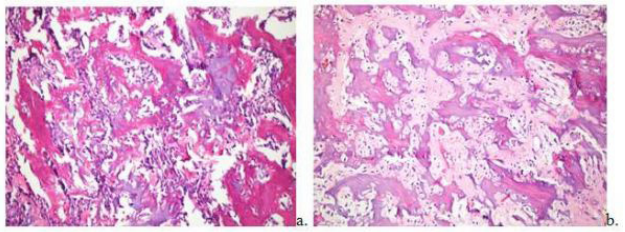
Amaç: Benign osteoblastom primer kemik tümörlerinin % l›ini oluşturan az rastlanan bir kemik tümörüdür. Bununla birlikte mandibula yerleşimli ve çocukluk döneminde görülmesi ise oldukça nadirdir. Klasik semptomları tümör bölgesinde ağrı ve şişliktir. Osteoblastomun temel özellikleri lokal invazyon ve nüks eğilimi göstermesi ancak metastaz yapmamasıdır. Nadirde olsa osteosarkoma dönüşebilmektedir.

Yöntem: 7 yaşında kız hastanın mandibula sol tarafta meydana gelen şişlik sonrası diş hekimi ve pediatri hekimlerince değerlendirilmesi, Plastik, Rekonstrüktif veEstetik cerrahi kliniğine yönlendirilmesi ve değerlendirilmesi, takip süreci, cerrahi işlem sonrası patolojik olarak mandibula osteoblastom tanısı alması, tedavi ve takip süreci değerlendirildi.

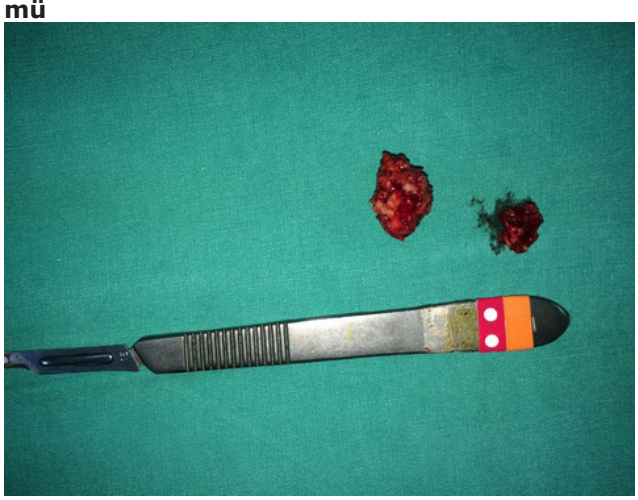
Bulgular: Cerrahi öncesi yaklaşık 4 ay önce başlayan çene sol tarafta ağrı ve şişlik şikayeti olan hastaya başvurduğu diş hekimlerince abse ön tanısı ile 2 kez oral antibiyoterapi verilmiş ve şikayetleri azalmayan hastanın sol 2. molar dişi çekilmiş. Şişlik ve ağrı şikayeti geçmeyen ve tekrar başvuran hastaya yine diş hekimi tarafından 7 gün enjektabl antibiyoterapi uygulanmış. Antibiyoterapi sonrası takipte absenin gerilememesi düşünülerek pediatrik enfeksiyon bölümüne yönlendirilmiş. Labaratuvar bulguları ile enfeksiyon düşünülmeyen hastanın takiplerinde ateşi de olmamış. Yattığı klinikte değerlendirilen hastanın çekilen maksillofacial BT ve yüz MR ında mandibula sol corpusta mandibulayı destrükte eden,santrali kalsifiye lobule konturlu benign özellikte kitle saptanması üzerine hastaya operasyon planlandı. Hastanın kitlesi genel anestezi altında intraoral girişimle mandibula üzerinden kürete edildi. Makroskopik olarak kitle kalsifiye özellikte etrafında kapsülü bulunan lezyon şeklindeydi. İntraoral insizyon vicryl ile sütüre edildi. Postoperatif 3 gün takip edilen hasta rejiminin artrılması ile taburcu edildi. Patolojik incelemede mikroskobik olarak trabekuler görünümlü ince osteoit yapılarının oluşturduğu çevresinde benign görünümlü osteoblastların bulunduğu malignite lehine bulgu olmayan tümöral gelişim(Osteoblastom) olarak değerlendirildi. Küretaj materyali olması nedeni ile cerrahi sınırları net değerlendirilemeyen hasta postoperatif 6. Ayda kontrol CT ile değerlendirildi. Nüks saptanmayan hastanın 9. Ay takiplerinde de nüks düşünülmedi.

Sonuç: Çocukluk çağında mandibula osteoblastomu oldukça nadir görülmektedir. Klinik olarak ağrı ve şişlik diş kaynaklı düşünülüp abse tedavisi verilmesinden yanlışlıkla diş çekimine kadar gidebilmektedir. Radyolojik olarak malign osteoblastoma, osteosarkoma ve dev hücreli tümörlere benzer özellikler taşırlar ve ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirilmelidir. Cerrahi eksizyon ve küretajın yeterli yapılmaması halinde hızlı nüks meydana gelmektedir. Bu nedenle mandibula bölgesinde ağrı, şişlik şikayeti ile başvuran hastanın değerlendirilmesinde nadirde görülse osteoblastom akla gelmeli ve cerrahi sonrası hastalar sıkı takip altında tutulmalıdır.

Kürete edilen lezyonun histopatolojik görünümü



Kürete edilen lezyonun intraoperatif görünümü



Preoperatif lezyonun 3 boyutlu BT görünümü



P-018
Mikrotia klinik deneyimlerimiz

Hasan Sahin, Selin Güler, Cenk Demirdöver, Adnan Menderes
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş Ve Amaç: Microtia dış ve orta kulağın çeşitli seviyelerde izlenebilen konjenital bir malformasyonudur. Kulak anomalileri her 11/10.000 sıklığında izlenmesine rağmen, microtia gibi ciddi düzeydeki anomaliler 3/10.000 canlı doğum sıklığında izlenmektedir. Patolojinin lateralite oranları sağ:sol:bilateral; 5:3:1 şeklindedir.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışmada Ağustos 2010-Ağustos2015 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi kliniğinde opere edilen microtia vakaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Vakaların K:E oranı 9:15 olarak saptandı. Bu süre içerisinde kliniğimizde opere edilen 24 microtia vakasından 11i sağ kulak, 8i sol kulak ve 5 i bilateral kulağı etkilemekteydi. Microtia türleri içinde değerlendirildiğinde 16 hastada Nagata sınıflamasına göre lobüler tip izlenirken, lobüler tip bu vakalar içerisinde en çok izlenen tiptir. 20 hasta Brent tekniğine uygun şekilde opere edilirken bu hastalardan ikisinde takip eden müdehalelerde medpor implat uygulanmış, 1 hastaya kulak ortezi uygulanmış, 3 vakada ise farklı yöntemler kullanılmıştır. İlk operasyon yaşı ortalama 9.3 olmakla birlikte en erken ilk operasyon yaşı 1, en geç ise 28 olarak saptanmıştır. Vakaların yalnızca 2 tanesinin soygeçmişinde microtia öyküsü bulunmakta olup her ikisinin de babasında microtia mevcuttur. Bir hastanın geçirdiği operasyon sayısı ortalama 5.6 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Microtia görülme sıklığı ve diğer kulak anomalileri içerisinde tedavisinde neredeyse mutlak olarak tekrarlayan cerrahi operasyon gerekliliği nedeniyle önemli bir kongenital anomalidir. Birlikte getirdiği işitme kayıplarının yanısıra,hastalarda oluşturduğu estetik kaygı ve tedavi yöntemlerinin sonucunda, çocukluk döneminde tekrarlayan morbidite gerekliliği açısından yaşam kalitesi üzerinde ciddi negatif etkiler oluşturmaktadır.

Melnick M, Myranthopoulus NC, eds. External ear malformations: epidemiology, genetics and natural history. In: Birth Defects. Vol 15. 1979.

Brent B. The correction of mi-rotia with autogenous cartilage grafts: I. The classic deformity. Plast Reconstr Surg. 1980 Jul. 66(1):1-12.

Yang SL, Zheng JH, Ding Z, Liu QY, Mao GY, Jin YP. Combined Fascial Flap and Expanded Skin Flap for Enveloping Medpor Framework in Microtia Reconstruction. Aesthetic Plast Surg. 2008 Oct 7 Tolleth H. A hierarchy of values in the design and construction of the ear. Clin Plast Surg. 1990 Apr. 17(2):193-207.

mikrotia



olgu2

Mikrotia



olgu1

P-019
Ülseratif Kolitli Hastada Vaskülit Zemininde Gelişen Pan Orbital Nekroz

Furkan Kurdal, Barış Yiğit, Gamze Özkan
Düzce Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: İnflamatuar barsak hastalıklarından olan ülseratif kolit etyolojisi henüz belli olmayan ve ekstraintestinal klinik belirtileri de olan bir hastalıktır. Ekstraintestinal belirtilerden biri olan göz bulgularının prevalansından %8 olarak bahsedilmiştir (1). Göz bulguları olarak literatürde konjuktivit,blefarit,üveit,katarakt,episklerit,optik nöritten bahsedilmiştir (2,3). Literatürde iskemik komplikasyonların sorumlusu olarak lokal vasküler yetmezlik ve vaskülitle ilgili çalışmalar mevcuttur (4). Bu vaka sunumunda ülseratif kolitli hastada vaskülit zemininde gelişen pan orbital nekroz olgusundan bahsetmek amaçlanmıştır.

Vaka:59 yaşında erkek hasta 20 yıl önce ülseratif kolit tanısı konulmuş ve immuran tedavisi almakta olan hasta 4 gün önce başlayan sağ periorbital bölgede ağrı,siyah -mor renk değişikliği ve ödemle başvurdu.İlk başvurusunda gözde minimal konjuktival hemoraji dışında

şikayeti olmayan hastanın progresif olarak ilerleyen ve başvurusunun 6.gününde total görme kaybıyla sonuçlanan klinik tablo oluştu. İlk başvuruda alınan mikrbiyolojik kültür örneklerinde üreme olmazken 5.günde alınan kültür sonuçlarında Candida tropicalis ve Streptococus viridans üredi.Kültür sonuçlarına uygun olarak antibiyoterapisi devam eden hastanın periorbital nekroz tablosnun oluşması üzerine nekrotik dokuların debridmanı ve gözün egzenterasyonu planlandı.Temporal kas flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarımı yapılan hastanın operasyon sırasında patolojik incelemeye gönderilen örneklerde «lökositoklastik vaskülit» tanısı kondu.Debridman ve rekonstrüksiyonu tamamlanan hastanın postoperatif 1.yıldaki takiplerinde herhangi bir nüks izlenmedi.

Tartışma-Sonuç: Ülseratif kolit hastalığının ekstraintestinal bulgularının ilk tanımlanmasından itibaren geçen sürede yapılan çalışmalarda allerjik ve immün cevabın kombinasyonunun klinik tablonun oluşmasına neden olduğu gösterilmiştir (5). Bizim çalışmamızdaki patoloji sonucu olan lökositoklastik vaskülit tanısı da literatürü doğrular niteliktedir.Pan orbital nekroz ile başvuran hastalardan alınan iyi bir anamnez ve erken dönemde gönderilebilecek patoloji örneklemesi ile İnflamatuar barsak hastalıklarının ekstraintestinal belirtilerine daha erken tanı konulabilir.

Referanslar:
1)Crohn BB(1925) Ocular lesions complicating ulcerative collitis. Am J Med Sci169:260-267
2)Petrelli EA McKinley M,Troncale FJ(1982) Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. Ann ophthalmol 14(4) 356-360
3)Faruque D Ghanchi MS Rembacken BJ(2003) İnflammatory bowel disease and the eye Surv ohthalmol 48(6):663-676
4)Lazzeri D,Lazzeri S,Fgus M,Tascini C,Bocci G,Colizzi L et al periorbital necrotisin fascitis B J Ophth 2010;94;1577-85
5)Cohen RD,Hanauer SB (1995) ımmunmodulatory agents and other medical therapies in inflammatory bowel disease Curr Opin Gastroenterol 11:321-330

Konjuktival hemoraji



Görme kaybı ile sonuçlanan pan orbital nekroz

pan orbital nekroz-1



Pan orbital nekroz-2



P-020
Kütanöz Frontal Schwannom:Olgu Sunumu

Feridun Elmas[1], Elif Akbay[1], Uğur Horoz[1], Ergin Seven[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Schwannom sinir kılıfı hücrelerinden köken alan kapsüle yapıda homojen tümörlerdir. Tüm yaşlarda görülebilmekle birlikte sıklıkla 20-50 li yaşlarda görülürler. Yerleşim olarak daha çok baş ve boyunda; alt ve üst ekstremitelerin fleksör yüzlerinde görülürler. Toplum bazlı çalışmalarda schwannomların %90'ı sporadik, %3'ü Nörofibromatozis, %2'si schwannomatozis ve %5'i multiple meningiomlara eşlik ettği bildirilmiştir. Kutanöz schwannomlar subkutanöz doku yada derin dermis yerleşimli olabilmekte ve nadiren malign transformasyon gösterebilmektedir. Cerrahi total çıkarım önerilen tedavi şekli olmakla birlikte tekrarlama nadir olarak görülebilmektedir. Bu olguda frontal bölgede görülen ve epidermal kist olarak takip edilen schwannom olgusu sunulmaktadır. 24 yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık yedi yıl önce fark edilen ve zamanla büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde sağ frontal alan saçlı deri başlangıcında yaklaşık 1x1 cm boyutlarında mobil iyi sınırlı kitle palpe edildi. Hastanın yüzeyel doku ultrasonunda belirtilen alanda 6x10mm ve 6 x4,5 mm boyutlarında kitle tarif edildi. Kitle epidermal kist lehine yorumlandı. Sonrasında yapılan eksizyonel biyopsi sonucu schwannom olarak raporlandı. Hastanın ameliyat sonrası kontrollerinde nüks ya da ek patoloji saptanmadı. Schwannomlar daha çok baş, boyun ve ekstremitelerde olmakla birlikte vücudun birçok bölgesinde yıllar içerisinde yavaş büyüme özelliği gösteren kitlelerdir. Klinik olarak nodül, benign kist gibi değerlendirilebilmekte ve hasta tarafından ağrı tariflenebilmektedir. Literatürde trikolemmal kisti taklit eden, pediküllü kitle şeklinde kendini gösteren olgular tanımlanmıştır. Mevcut olguda nadir olarak görülen kutanöz schwannom olgusu radyolojik ve klinik bulguları ile sunulmaktadır.

Frontal Schwannom-1



Preoperatif fotoğraf frontal alan superolateralinde kitle görünümü

Frontal Schwannom-2



Frontal Schwannom Postoperatif Fotoğraf

P-021
İnsizyonel Biyopside Trikoadenoma Olarak Bildirilen Dış Kulak SCC Olgusu

Metin Temel[1], Aydın Ural[2], Berfin Ekin Gözükara[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Trikoadenom ilk kez 1958 yılında Nikolowski tarafından tanımlanan nadir görülen benign bir tümördür. Genellikle erişkinlerde yüz (%57.5) ve kalçada (%24.2) yerleşen, yavaş büyüyen nodüler cilt lezyonudur. Cinsiyet ayrımı yapmaksızın her yaşta görülebilir, çapı genellikle 3 ile 50 mm arasında değişir. Klinik olarak bu lezyonlar bazal hücreli kanser veya epidermal kistlere benzemektedir. Kliniğimizde trikoadenoma tanısı ile takip edilen bir olgunun verilerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 27 yaşında bayan hasta, kulak kepçesinde akıntılı iyileşmeyen yara şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde dış kulak skafa ve konkal çukurların nerdeyse tamamını içeren eritemli-skuamlı plaklar, yer yer ülsere alanlar içeren lezyon tespit edildi. Hastaya insizyonel biyopsi yapılarak patolojiye gönderildi. Patolojik olarak trikoademona olarak rapor edildi. Hasta operasyona alınarak lezyonu 1 cm cerrahi sınırla perikondriumu içerecek şekilde çıkarıldı. Oluşan defektin kapatılması için süperfisiyal temporal arter bazlı fasya ada flebi ve skalpten alınan ince aklınlıkta deri grefti ile greftleme yapıldı. Total olarak çıkarılan lezyonun patoloji raporu SCC olarak bildirildi. Tüm lezyonu çıkarıldığı belirlendi. Hasta aylık peryotlarla takip edilmektedir.

Sonuçlar ve Tartışma: Dış kulak maligniteleri değerlendirilirken amputasyon gibi radiakal kararlar verilmeden önce insizyonel biyopsi ile tanı teyid edilmelidir. Trikoadenomların foliküler neoplaziler grubu içinde sınıflanmasına ilişkin tartışmalar hala devam etmektedir. Bazı otoriteler bu neoplazinin desmoplazik trikoepitelyomaile benzer ışık mikroskopik özelliklere sahip olduğu için onun bir varyantı olduğunu iddia etmektedir. İmmünohistokimyasal çalışmalar trikoepitelyoma ve trikofoliküloma arasında orta derecede organize olan, pilosebaseöz kanalın foliküler infundibulumuna doğru diferansiasyon olduğunu göstermektedir. Literatürde dış kulata yerleşmiş trikoadenoma olgu sayısı oldukça az olduğundan verilerin literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

Kaynaklar:
1. Matos TO, Linthicum FH Trichoadenoma of the external auditory canal. Jr Otol Neurotol. 2011 Dec;32(9):e36-7. doi: 10.1097/MAO.0b013e318210b72e.
2. Krishna Swaroop DS, Ramakrishna BA, Bai SJ, Shanthi V. Trichoadenoma of Nikolowski. Indian J Pathol Microbiol 2008;51:277Y9.
3. Shimanovich I, Krahl D, Rose C. Trichoadenoma of Nikolowski is a distinct neoplasm within the spectrum of follicular tumors. J Am Acad Dermatol 2010;62:277Y83.

P-022
Bell Paralizi Sonrası Oluşan Fasyal Asimetrinin Botulinum Toksin İle Düzeltilmesi

Dürdane Keskin, Çağla Çiçek, Candemir Ceran, Soner Tezcan, Mustafa Erol Demirseren
Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Bell paralizi ya da idyopatik fasyal paralizi en sık karşılaşılan periferik paralizi tipi olup, tipik olarak kendini sınırlayan yüzün sadece bir yanındaki kas gruplarını etkileyen alt motor nöron paralizisidir. Total paralizi ile sonuçlanan vakalarda tedavi için dinamik ve statik cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Kısmi düzelen bell paralizilerinde ise yüzde kalıcı asimetri olup, sinkinezinin düzeltilmesi cerrahi ile mümkün olmaz. Bu çalışmamızda mevcut asimetrinin düzeltilmesi ve gülme dinamiğinin sağlanması için sağlam taraf kas gruplarına botulinum toksin uygulaması ve doz ayarlamasını tartıştık.

P-023
Konjenital muskuler tortikollisli, kas patolojisi olmayan hastalarda botox ilk seçenek olabilir mi?

Asuman Özel, Muzaffer Kurt, Salih Onur Basat, Funda Aköz Saydam, Karaca Başaran, Özgür Pilancı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Tortikollis; sternokleidomastoid (SKM) kasta hasara bağlı oluşan kasta kısalma yada kontraksiyon ile karakterize, boyun hareketlerini kısıtlayan, pediatrik yaş grubunda 3. en sık görülen ortopedik bir problemdir (1). 1:250 canlı doğumda görülme insidansına sahiptir. Etyolojisi net olarak bilinmemektedir. Erkeklerde daha sık görülür ve sağ taraf tutulumu ön plandadır (2). Genellikle erken çocukluk döneminde tanınan bu hastalık öncelikle fizik tedavi ile düzeltilmekte eğer tedaviye direnç varsa cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Ancak son yıllarda botox kullanımı da gittikçe artan bir prosedür haline gelmektedir (3).

Materyal-Metod: 4 yaşında erkek hasta tarafımıza doğuştan beri var olan, 6 aylık fizik tedaviye rağmen düzelmeyen, boyunda sola deviasyon, yüz ve çenenin sağa rotasyonu ile başvurdu. Yapılan fizik muayenelerde hastaya konjenital muskuler tortikollis (KMD) tanısı kondu (Resim 1). Hastanın magnetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol sternokleidomastoid kasta sağa oranla minimal incelme saptansa da kas içinde fibrozis yada patolojik sinyal değişikliği gözlenmedi. Hastanın deformitesinin genel anestezi indüksiyon dozu sonrası düzeldiği gözlendi (Resim 2). Boyun sol tarafında SKM kası orta hattından girilerek kas ulaşıldı. Kasda fibrotik band yada kitle benzeri herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı (Resim 2). Kas liflerinin normal görünümde olması nedeniyle kasa cerrahi müdahalede bulunulmadı. Cerrahi sonrası hastaya botox uygulaması önerildi.

Tartışma: Konjenital musküler tortikollis çocuklarda görülen tortikollisin en yaygın formudur (2). SKM kasında kitle yada fibrozis ile kendini gösteren bir hastalıktır. Hastalarda etkilenmiş tarafta kasın kısalmasına bağlı ipsilateral baş tilti, kontralateral yüz ve çenede rotasyon görülür (4). Tanıda görüntüleme yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntem noninvaziv olması nedeni ile ultrasonografi olmakla birlikte (5) gerek beyin tmlerini ekarte etmek için gerekse kasdaki atrofi yada fibrozisi göstermek için MRI görüntüleme yöntemide sıkça kullanılmaktadır (2). Tedavide fizik tedavi ve 6 aylık fizik tedaviye rağmen düzelmeyen olgularda cerrahi önerilmektedir (2). Son zamanlarda fizik tedaviye rağmen düzelmeyen, inatçı olgularda botox kullanımınında fizik tedaviye yardımcı ve sıkı ama fibrotik olmayan SKM olgularında cerrahi ihtiyacını ortadan kaldırabileceği bildirilmiştir (3).

Sonuç: SKM kas yapısının normal olduğu durumlarda da tortikollis benzeri klinik patolojilere rastlanabilmektedir. Büyük olasılıkla kas spazmına bağlı bu tarz vakalarda botox uygulamasının cerrahi öncesinde düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Literatürler:
1. Gündüz A, Korkmaz B, Kiziltan ME. Effective treatment of congenital muscular torticollis using botulinum toxin. J Craniofac Surg. 2014 Sep;25(5):1935
2. Do TT. Congenital muscular torticollis: current concepts and review of treatment. Curr Opin Pediatr. 2006 Feb;18(1):26-9.
3. Joyce MB, de Chalain TM. Treatment of recalcitrant idiopathic muscular torticollis in infants with botulinum toxin type a. J Craniofac Surg. 2005 Mar;16(2):321-7.
4. Tatli B, Aydinli N, Caliskan M, Ozmen M, Bilir F, Acar G. Congenital muscular torticollis: evaluation and classification. Pediatr Neurol. 2006 Jan;34(1):41-4.
5. Lee K, Chung E, Koh S, Lee BH. Outcomes of asymmetry in infants with congenital muscular torticollis. J Phys Ther Sci. 2015 Feb;27(2):461-4.

Resim 1



Hastada boyunda sola deviasyon, yüz ve çenenin sağa rotasyonu.

Resim 2



Anestezi verilmesi sonrası boyun deformitesinin düzelmesi ve açığa konan SKM kasında normal görünüm.

P-024
Subsilier İnsizyon Sonrası Gelişen Ektropion Önlenebilir Mi?

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe, Cemil Işık, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Maksillofasiyal kırık cerrahilerinden sonra ektropion gelişebilmektedir. Bunun sebepleri arasında; skatrisyel ektropion, bozulan yumuşak doku anatomisinin cerrahi ile sağlanmamış olması veya yerleştirilen bir titanyum plak sayılabilir. Önlemek için alınabilecek ve kliniğimizde de uygulanan tedbirlerden bir kısmının sunulması amaçlandı.

Materyal-Metod: 2012-2013 arasında travmaya bağlı kırığı olan hastalardan 54 hastaya ve 2013-2014 arasında ise toplamda 72 hastaya subsilier insizyon yapıldı, ekropion oranları değerlendirildi. Subsilier insizyon açıldıktan sonra infraorbital rime düşülerek sıyrılan periostun yeniden onarımı ile periost devamlılığının sağlanması, ektropionu önlemede önemlidir. Bu sütür konulduktan sonra diğer ciltaltı sütürlere olan gereksinim önemli ölçüde azalmaktadır. Postoperatif dönemde başlanacak, yukarı ve medial yöndeki masaj ile ektropion oluşumu azaltılmıştır. Mevcut bir alt kapak doku defekti rekonstrüksiyonunda cilt grefti yerine lokal flepler kullanılması ile ektropion azaltılmıştır. Yapılan flep için askılayıcı sütürler konulmuştur.

Bulgular: 2012-2013 arasında travmaya bağlı kırığı olan hastalardan 54 hastaya subsilier insizyon yapıldı. Yaklaşık 1/2'sinde ektropion gelişti. 2013-2014 arasında ise toplamda 72 hastaya subsilier insizyon yapıldı, birtakım kurallara uyularak yapılan cerrahiden sonra ektropion oranı 1/8'e düşmüştür.

Sonuç: Maksillofasiyal kırık cerrahileri ve orbital rekonstrüksiyonlar, alt göz kapağında ektropiona sebep olabilmektedir. Ektropionun önlenmesi için alınacak birtakım basit önlemlerin hem hekim hem de hasta açısından postoperatif dönemde yüz güldürücü olacağı kanaatindeyiz.

P-025
Nazal Dorsal Augmentasyonda Unutulmaya Yüz Tutan Teknik: Dermofat Greft

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe, Tuğba Gün Koplay, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Dermofat greftler, yağ greftlerinin gündeme gelmesi ile popülerliklerini yitirerek yerini yağa terk etmiştir. Ne var ki kullanımının daha pratik oluşu, edinebilirliğinin kolay oluşu ile dermofat greftler nazal dorsumunda deprese skar alanları olan hastalar için poliklinik şartlarında uygulanabilir bir tekniktir. Nazal dorsumun deprese skarlarının augmente edilmesinde dermofat greft kullanımındaki algoritmanın sunulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Materyal: 2012-2014 yılları arasında, nazal

dorsumunda deprese skarı mevcut 4 hasta için dermofat greftlerle augmentasyon yapıldı. Hastalar ortalama 22 ay takip edildi. Preoperatif ve postoperatif görüntüleri alındı. Hasta tatmini ve deprese skar derinliğinin ölçümü yapıldı.

Metod: Nazal dorsum deprese skarları için, kliniğimizde dermofat greftlerin kullanımı Greft donör alanı için yapılacak mini insizyon, inguinal bölgeye yerleştirildi. Böylece hem kolay elde edilebilirlik hem de oluşacak skarın görülmemesi planlandı. Nazal dorsumdaki skar için tüm deprese alan kalemle işaretlendi. Böylece lokal anestetiğin yaratacağı papülün deprese alanın neresi olduğunu maskelemesinin önüne geçildi.
Nazal dorsumdaki skarın lateral kenarından insizyon yapıldı. Bu insizyon sayesinde, dermofat greftin ekspoze olma ihtimali en aza indirilmiş, ayrıca oluşturulan skar projekte edilen alanın üzerine denk getirilmeyerek fark edilirliği gizlenmiştir. Dermofat greftin dermis kısmı superior, yağ kısmı inferiora gelecek şekilde yerleştirildi. Bu şekilde, hem dermis altına dermis getirilerek "benzer doku ile rekonstrüksiyon" sağlanmış oldu, hem de yağ bileşeninin palpasyonla fark edilmesi ve rahatsızlık hissi vermesinin önüne geçilmiştir.

Bulgular: Takip süresinin sonunda hasta tatmini %100 idi. Hastaların hiçbirinde 2. seans planlanmadı. 4 hastada ortalama 3 mm deprese skar saptandı. Postoperatif ortalama 0 mm idi.

Sonuç: Nazal dorsumdaki deprese skarların dermofat greftlerle onarımı, poliklinik şartlarında uygulanabilecek pratiklikte, hasta tatmini yüksek, deprese skarlara kolay ve kalıcı çözüm sunan bir tekniktir.

Şekil 1. Preoperatif görünüm



Şekil 2. Postoperatif erken dönem



P-026
Deri Tümörlerini Taklit Eden 2 Ekskoriasyon Olgusu

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

Giriş: Ekskoriasyon veya cilt yolma bozukluğu, cilt lezyonlarına yol açacak ölçüde cildi kaşıma ve yolma davranışı ile karakterli bir hastalıktır. Öyle ki; iyi anamnez alınmaz veya patolojik inceleme yapılmazsa, cilt karsinomundan ayırdedilemeyebilir. Ülsere lezyonları olan 1 hastanın ve cilt karsinomu görüntüsü veren 1 hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, yüzünde çoklu ülsere lezyonu ile başvurdu. Hastanın lezyonlarının lokalizasyonları trikotilomani veya ekskoriasyonu çağrıştırmakta İLE BİRLİKTE TM GÖRÜNTÜSÜ Hastanın lezyonlarından punch biyopsi alındı, ancak patolojik incelemesinde imflamasyon haricinde bulgu saptanmadı. Hasta psikiyatri ile konsülte edildi, yatarak tedavi edildi. 52 yaşında erkek hasta sol malar bölgedeki, renk ve şekil itibarıyla cilt karsinomunu çağrıştıran lezyonla başvurdu. Hastanın detaylı anamnezinde yarası kaşıntılı olmadığı halde devamlı cildini yolduğu öğrenildi. Yakınından alınan öyküde ise; hastanın lezyonlarının farklı yerlerde çıkıp kendiliğinden kaybolduğu, ancak başka lokalizasyonlarda tekrarladığı öğrenildi, cilt yolma anamnezini hasta yakını da doğruladı. Hasta psikiyatri ile konsülte edildi, yatarak tedavi aldı.

Sonuç: Plastik cerrahi pratiğinde cilt karsinomlarına daha sık rastlanılsa da; DSM-5'e göre popülasyonun %2-4'ünde cilt yolma bozukluğu görülmektedir. Cilt yolma bozukluğu, olası bir malignite ekarte edildikten sonra akılda tutulması gereken, anamnezle kolayca doğrulanabilecek bir hastalıktır.

P-027
Nadir bir olgu: Prolifere Trikolemmal Tümör

Galip Kemali Günay, Fatih Kılıç
Erciyes Ünicersitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Prolifere trikolemmal tümör (PTT) kıl folikülünün dış kılıfından köken alan bir tümördür. İlk olarak 1966'da Wilson-Jones tarafından prolifere epidermoid kist olarak rapor edilse de daha sonra prolifere trikolemmal kist, invaziv pilomatriksoma, trikoklamidokarsinoma, trikolemmal pilar tümör gibi isimler de almıştır (1). Bu tümörler genellikle 60 yaş üstü bayanlarda, saçlı deride sık görülürler. Saçlı deri dışında alın, burun, kulak, oral kavite, alt ve üst ekstremite, gövde ve gluteal bölgede de görülebilir (2). Bu tümörler esas olarak benign karakterde olmakla birlikte malign dönüşüm gösterebilirler.

Olgu: Seksen beş yaşında bayan hasta, kliniğimize yüzünün sağ yarımında ilk kez yaklaşık 2 yıl önce küçük bir sivilce şeklinde başlayan ancak daha sonra büyüklüğü giderek artan ve iyileşmeyen bir yara nedeniyle başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ lateral kantus

1cm inferiorunda malar eminens üzerinde, 6 cm çapında deriden kabarık, üzerinde ülserasyon ve kanama odakları olan, fikse olmayan bir lezyon izlendi (Resim-1). Bilateral submandibular ve servikal alanda palpabl lenf nodu yoktu. Yapılan boyun ultrasonunda da bilateral servikal alanda 1 cm'i geçmeyen reaktif özellikte lenf nodları saptandı. Lezyondan alınan insizyonel biyopsi sonucu minimal invaziv skuamöz hücreli karsinom olarak geldi ve bu sonuca dayanarak 1cm cerrahi sınır ile total eksizyon ve FTDG ile onarım planlandı (Resim-2). Lezyonun eksizyonel biyopsisinin histopatolojik incelemesinde ödemli görünümlü, şeffaf sitoplazmalı lobüler yapılar oluşturmuş ve ani keratinizasyon yapmış hücreler izlendi ve sonuç prolifere trikolemmal tümör olarak raporlandı (Resim-3).

Tartışma: PTT dermis ve subkutan dokuda bir kitle olarak kendini gösterir. Ekzofitik, ülseratif veya solid bir büyüme paterni izleyebilir. Lezyonun karakteristik özelliği trikolemmal keratinizasyondur. PTT, daha önceden varolan trikilemmal kistin travma veya enflamasyonu sonrası gelişebileceği gibi, de nova olarak da oluşabilir (3). Benign bir lezyon olmasına rağmen büyük boyutlara ulaşabilmesi nedeniyle bulunduğu bölede estetik ünitelerin bozulmasına yol açabilir. Literatürde PTT'nin nadiren malign transformasyon gösterdiği, lenf nodu tutulumu ve uzak metaztaz yaptığı rapor edilmiştir(2). Vakamızda tümör lokalizayonunda daha önce var olan bir sivilcenin hasta tarafında uzun süre tahriş edilmiş olması burada bir enflamasyona yol açtığını, bunun da trikolemmal tümör gelişiminde öncü bir lezyon olabileceğini düşündürmektedir. Literatüde daha önce bildirilen hastalar genellikle 60 yaş üstü bayan hastalardır ve çok az sayıda genç hastada rapor edilmiştir (4). Bizim olgumuz da 85 yaşında bayan hasta olması sebebiyle literatürle uyumluluk göstermektedir. Ayrıca rapor edilen tümörler 2-15 cm arasında değişmekle beraber 25 cm genişliğinde tümörler de rapor edilmiştir(5). Bizim vakamızda ise tümör malar bölgede yerleşmiş olup 6 cm çapındadır. PTT, makroskopik olarak ve histolojik olarak skuamöz hücreli karsinom ile karışabilir. Özellikle tümör çapı büyüdüğünde, ülserasyon gösterdiğinde ve histolojik olarak da selüler atipi ile mitotik aktivite artışı olduğunda SCC ile karışabilir (6). Bizim vakamızda da lezyondan alınan insizyonel biyopsi sonucu ilk olarak SCC lehine yorumlansa da ekziyonel olarak değerlendirildiğinde histopatolojik olarak trikolemmal keratinizasyon, soluk boyanan glukojenden zengin skuamöz hücrelerden oluşan lobüller görünmesi sebebiyle PTT olarak raporlanmıştır. Bu nedenle trikolemmal tümörün SCC ile klinik ayrımının yapılması öenmlidir. Lezyon eksizyonundan sonra defekt, tümörün takibi ve erken nüksü görebilmek için tam kat deri grefti ile onarılmıştır. Saida ve arkadaşları trikolemmal tümörün onkolojik transformasyonunu 3 evrede göstermişlerdir (7): 1- Trikolemmal kist (adenomatöz stage), 2- Prolifere trikolemmal kist (epitelamatöz stage), 3- Malign PTT (karsinamatöz stage). Nodüler bir lezyonun aniden büyümesi (5cm<) ve histolojik olarak anaormal mitoz, selüler pleomorfizm ve infiltrasyon malign transformasyonu gösterir (8). MPTT'nin de tedavisi genellikle uygun cerrahi sınırdan yapılan eksizyon olmasına rağmen literatürde kemoterapi ve radyoterapi uygulanan vakalar da bildirilmiştir (9). Bizim vakamızda tümörün çapı 6 cm olmasına rağmen, uzun süredir varolması, hızlı bir çap değişikilği göstermemesi ve histolojik olarak atipinin olmaması nedeniyle malign transformasyon düşünülmedi. Sonuç olarak prolifere trikolemmal tümör yaşlı bayanlarda yüz ve saçlı deride ülsere bir yara şeklinde görülen ve SCC'nin ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmesi gereken bir tümördür. Ayrıca lezyonun malign transformasyon gösterebilmesi nedeniyle geniş eksizyon yapılıp takip için de defektin deri grefti ile onarılması önem taşımaktadır.

Referanslar

1- Jones EW. Proliferating epidermoid cysts. Arch Dermatol 1966; 94:11-9.

2- Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sangüeza OP: Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. Dermatol Surg 2007;33,1102–1108.

3-Brownstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: a simulant of squamous cell carcinoma. Cancer 1981;48:1207-14.

4- Cavaleiro LH, Viana Fde O, Carneiro CM, Miranda MF: Proliferating trichilemmal tumor– case report. An Bras Dermatol 2011;86:S190–S192.

5- Dabska M: Giant hair matrix tumour. Cancer 1971, 28.701–706.

6- Mathis ED, Honningford JB, Rodriguez HE, et al. Malignant proliferating trichilemmal tumor. Am J Clin Oncol (CCT) 2001; 24(4): 351-3

7- Weiss J, Heine M, Grimmel M, Jung EG. Malignant proliferating trichilemmal cyst. J Am Acad Dermatol 1995; 32:870-3

8- Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rütten A, Solomon AR (2003) Proliferating trichilemmal tumors: Clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. J Cutan Pathol 30:492–498

9- Saida T, Ooharo K, Hori Y, Tsuchiya S: Development of a malignant proliferating trichilemmal cyst in a patient with multipl trichilemmal cysts. Dermatologica 1983, 166:203-208.

Resim-1



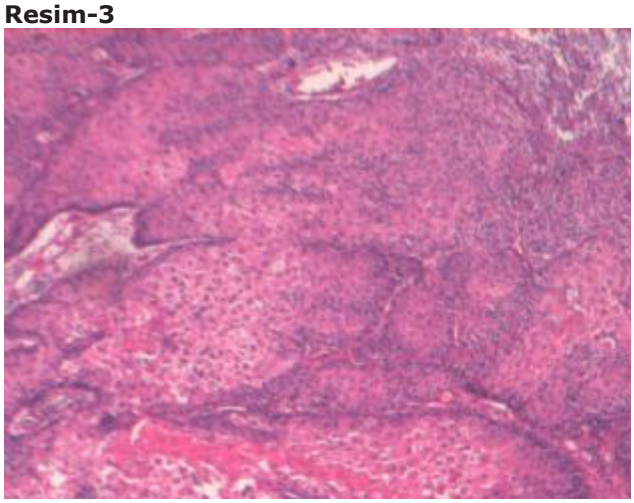
Lezyonun pre-operatif görüntüsü

Resim-2



Hastanın post-operatif görüntüsü

Resim-3



Lezyonun histopatolojik görüntüsü

P-028
Aksesuar Sinir Kaynaklı Nüks Dev Schwannoma Olgusu

Metin Temel[1], Ebru Yaman[2], Berfin Ekin Gözükara[2]
[1]*Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.*
[2]*Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor*

Giriş-Amaç: Schwannom benign, soliter, yavaş büyüyen, değişik boyutlarda karşımıza çıkabilen kitlelerdir. Baş boyun bölgesinde %25-45 oranında görülmektedir (1-5). Schwann hücre kılıfı bulunan herhangi bir periferik, kraniyal veya otonomik sinirden köken alabilmektedirler. Boyunda genellikle medial veya lateralde yerleşirler. Lateral yerleşimli olanlar sıklıkla servikal pleksusun müsküler veya kütanöz dallarından veya brakial pleksustan köken almaktadırlar. Çoğunlukla 30-60 yaş arası kadınlarda sık görülmekle birlikte her yaş grubunda izlenebilirler (6).

Gereç-Yöntem: 43 yaşında erkek hasta sol boyun lateralinde kitle şikayetiyle geldi. Daha önce aynı bölgeden opere edilmiş ve patolojisi Schwannoma olarak bildirilmişti. Hastanın yapılan muayenesinde SKM kası ve posteriyorda trapezius kası içine uzanan 15X15 cm lik kitle mevcuttu. Hastaya çekilen MR da aksesor sinir trasesi boyunca dev schwannoma olduğu belirlendi. Genel anestezi altında sol boyundaki kitlesi eksize edililerek patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu yüksek gradeli iğsi hücreli malign mezenkimal tümör olarak raporlandı. Sonuçlar ve Tartışma: Schwannom ilk olarak Verocay tarafından 1908 yılında tanımlanmıştır. İlk olarak 'nörinoma' adı verilmiş, 1935 yılında Stout tümör sinir kılıfından ve schwann hücrelerinden köken aldığı için 'nörilemmoma' ismini önermiştir (7). Sıklıkla 3. ve 5. dekadda saptanmaktadır. Tümör uzun süre klinik olarak bulgu vermez. En sık görülen belirti yavaş büyüyen kitledir. Nörolojik bulgular veya ağrı nadirdir. Bu iki belirti varlığı maligniteyi düşündürmelidir ve ileri evrelerde izlenebilmektedir. Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tanıda yardımcı görüntüleme yöntemleridir. MRG schwannomu taklit edebilen tümörlerle ayrımı yapmada ve tümörün karotid sistemle olan ilişkisini belirlemede BT 'ye üstündür. Özel vakalarda anjiografi gerekebilmektedir ancak MRG sıklıkla tercih edilmektedir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin, preoperatif dönemde yaklaşık %25 vakada faydalı olduğu belirtilmiştir. Biz daha önceki patolojik tanısı olduğu için hastaya tekrar ince iğne biyopsisi yapmadık. Schwannomlar gerçek kapsüle sahiptirler ve bu durum cerrahi eksizyonu kolaylaştırmaktadır. Düzgün yüzeyli, infiltratif olmayan kitlelerdir. Tanı histolojik ve immünohistokimyasal bulgularla konulmaktadır. Makroskopilerinde, yumuşak, düzgün yüzeyli, kapsüllü, yuvarlak, sıklıkla beyaz-sarı renkli kitle olarak izlenirler. Kistik dejenerasyon ve kalsifikasyon görülebilir. Histolojik incelemede, uzamış palizad paternde dizilmiş nukleusları olan iğsi hücre toplulukları saptanır. Yoğun hücre topluluklarından oluşan alanlara Anthony tip A (Verocay cismi) adı verilir. Gevşek ve düzensiz yerleşmiş hücreler ise Anthony tip B hücrelerdir. S-100 proteini pozitifliği ise kitlenin schwann hücrelerinden köken aldığı yönünde immünohistokimyasal bir indikatördür (8). Düşük rekürrens riski, yavaş büyüme özelliği ve invaziv olmayışı nedeniyle, bu tümörlere konservatif yaklaşım önerilmektedir. En uygun tedavi yaklaşımı tümörün, uygun koşullarda cerrahi rezeksiyonudur. Ancak gerekli görüldüğü takdirde nöral fonksiyonları korumak amaçlı enükleasyon ya da bası semptomlarını giderecek kitle hacmini azaltmaya yönelik (debulking) cerrahiler yapılabilir. Tümörün köken aldığı sinirin korunduğu vakaların %64'ünde kalıcı, %29'unda geçici nöronal hasar bildirilmiştir. Schwannomların tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin etkinliği sınırlıdır. Ayrıca lezyonun

benign nitelikte olmasından ötürü önerilmemektedir. Schwannomların büyük boyutlarda olabileceği bilinmekle birlikte literatürde çok az sayıda dev boyutlarda vaka bildirilmiştir (9-10). Yavaş büyüyen boyun lateral veya medial yerleşimli dev kitlelerde schwannom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Benign nitelikte olan bu tümörlerin tedavisinde yaklaşım ilkesi öncelikle nöral fonksiyonların korunması olmalıdır. Literatürde servikal pleksus kaynaklı Schwannomlar bildirilmiş olmasına rağmen aksesuar sinir trasesinden kaynaklanan olguya rastlamadık. Bu nedenle sunulmaya değer olduğunu düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Özgül Topal, Kübra Akman, Seyra Erbek, Boyunda Dev Schwannom, Selçuk Üniv. Tıp Derg 2010;26(3):103-105
2. 1- Colreavy MP, Lacy PD, Hughes J, Bouchier-Hayes D, Brennan P, O'Dwyer AJ ve ark. Head and neck schwannomas-a 10 year review. J Laryngol Otol. 2000;114(2):119-24.
3. Zachariades N, Skoura C, Papageorgiou G, Chrissomali E. Giant ancient neurilemmoma of the cervical region: report of case. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59(6):668-72.
4. Leu YS, Chang KC. Extracranial head and neckschwannomas: a review of 8 years experience. Acta Otolaryngol. 2002;122(4):435-7.
5. Fabrizi AP, Poppi M, Giuliani G, Gambari PI, Gaist G. Benign solitary nerve sheath tumors of the spinal accessory nerve in the posterior triangle of the neck. Report of two cases. J Neurosurg Sci. 1992;36(4):247-50.
6. Park CS, Suh KW, Kim CK. Neurilemmomas of the cervical vagus nerve. Head Neck. 1991;13(5):439-41.
7. Longo F, Califano TB. Giant ancient schwannoma of the auricularis major nerve. Plast Reconstr Surg. 2002;110(1):362-3.
8. Topal O, Erbek SS, Erbek S. Schwannoma of the external auditory canal: a case report. Head Face Med. 2007;15;3:6.
9. Langner E, Del Negro A, Akashi HK, Araújo PP, Tincani AJ, Martins AS. Schwannomas in the head and neck: retrospective analysis of 21 patients and review of the literature. Sao Paulo Med J. 2007;125(4):220-2.
10. Erbek HS, Erbek SS, Tosun E, Çakmak Ö. Intraparotid Facial Nerve Schwannoma: A Case Report. KBB ve BBC Dergisi. 2005;13(1):39-43.

P-029
Renal Hücreli Karsinom'un Kütanöz Metastazı:Olgu Sunumu

Feridun Elmas[1], Başar Erdoğan[1], Ergin Seven[1], Sebat Karamürsel[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Cilt kanseri lehine şüphe duyulan lezyonlar daha çok primer cilt malignitleri olarak ön tanı almaktadır. Fakat ayırıcı tanıda internal malignitelerin metastazları da düşünülmelidir.(4)Renal hücreli karsinom(rcc) proksimal renal tübüler hücrelerin malignant transformasyonu ile oluşan renal parankim adenokarsinomudur.Renal hücreli karsinomun zengin vasküler yapısı hematojen yayılımı ve uzak metastazı kolaylaştırmaktadır.(1)Renal hücreli karsinom birçok organ metastazı yapabilmekle birlikte kütanöz metastaz nadir görülen bir durumdur.Renal hücreli karsinom kütanöz metastazı daha çok yüz yada skalpe olmaktadır(2) ve genellikle pembe-kırmızı mavi renkli iyi sınırlı solid yumuşak nodüller olarak görülürler(4) Kliniğimizde rastlantısal olarak bulunan iki adet renal hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: 55 Y,E hasta kliniğimize frontal bölge saçlı deri yakınında 3 aydır fark edilen ve zamanla büyüyen 1 x1 cm boyutlarında ağrısız cilt altı kitle nedeniyle başvurdu.Hasta özgeçmişinde 5 yıl önce RCC nedeniyle sol nefrektomi ve sol adrenalektomi yapıldığı öğrenildi.Hastanın muayenesinde frontal alanda ciltaltında yaklaşık 1 cm çaplı solid nodüler kitle palpe edildi.Kitle eksizyonu amaçlı yapılan operasyon sonrası patoloji raporu RCC metastazı olarak bildirildi. Onkolojik açıdan nefrektomi sonrası şikayeti olmayan ve takibi bırakan hasta patoloji sonuçları sonrası tıbbi onkoloji bölümüne yönlendirildi. Onkolojik değerlendirme sonrası RCC kemik metastazı olduğu öğrenildi.

OLGU-2: 54 Y,E hasta kliniğimize saçlı deride occipital bölgede bulunan yaklaşık 0,8 cm çaplı kitle eksizyonu için Dermatoloji Kliniğinden yönlendirildi.İki ay önce fark edilen ve zamanla büyüyen ağrısız kitlesi olan hastanın muayenesinde yaklaşık 0.8 cm çaplı nodüler kırmızı-pembe renkte iyi sınırlı lezyon görüldü.Hasta özgeçmişinde yedi yıl önce böbrekte kitle nedeniyle onkoloji takibinde olduğu;her iki böbrekte gözlenen kitle sonrası yapılan tetkilerle hastanın RCC tanısı aldığı,vücut taramasında vertebraya metastaz bulunduğu ve beyin cerrahisi tarafından opere edildiği öğrenildi. Tıbbi onkoloji takibinde olan hastanın kitle eksizyonu amaçlı yapılan operasyonu sonrası patoloji raporu RCC metastazı olarak bildirildi. Sonrasında hasta onkoloji birimine yönlendirildi.

Sonuç: Renal hücreli karsinom böbreğin malign tümörüdür ve bir çok organa metastaz yapabilmektedir. RCC 'un cilt metastazları çok nadir görülür.Litaratürde yayınlanan olgulara göre cilt metastazları daha çok yüz ve skalpe olmakla birlikte vücudun diğer bölgelerinde de görülebilmektedir.(3)Cilt metastazları olan hastalar asemptomatik olabilirler yada lezyon yerinde ağrı tarifleyebilirler(4)Cilt metastazı olan RCC hastalarında ortalama yaşam beklentisi yedi aydır(2). Kliniğimizde renal hücreli karsinomun cilt metastazı yaptığı ve onkoloji takibine alınan iki vaka sunulmuştur.

REFERANSLAR:

1-) Fred F. Ferri M.D., F.A.C.P.; Renal Cell Carcinoma, Ferri›s Clinical Advisor 2016, 1069-1070.e1
2-)Dorairajan LN, Hemal AK, Aron M, Rajeev TP, Nair M, Seth A, Dogra PN, Gupta NP: Cutaneous metastases in renal cell carcinoma, Urol Int. 1999;63(3):164-7, 10738187 [PubMed - indexed for MEDLINE]
3-)Mahmoudi HR, Kamyab K, Daneshpazhooh M; Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma: a case report ,Dermatol Online J. 2012 May 15;18(5):12.
4-)M.C. Fernández-Antón Martínez, V. Parra-Blanco, J.A. Avilés Izquierdo and R.M. Suárez Fernández; Cutaneous Metastases of Internal Tumors, Dermatology (Actas Dermo-Sifiliográficas, English Edition), 2013-12-01, Volume 104, Issue 10, Pages 841-853

Olgu-1A



Frontal Kitle,RCC metastazı preoperatif fotoğraf

Olgu-1B



Frontal Kitle,RCC metastazı postoperatif fotoğraf

Olgu-2



Skalpte Kitle,RCC metastazı preoperatif fotoğraf

P-030
Total alt dudak defektlerinde "Fujimori" Gate flep: Vaka Sunumu

Mehmet Onur Öztürk, Sinem Sıngın, Ahmet Kaplan, Murat İğde, Alper Burak Uslu, Necip Cihan Hasçiçek
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

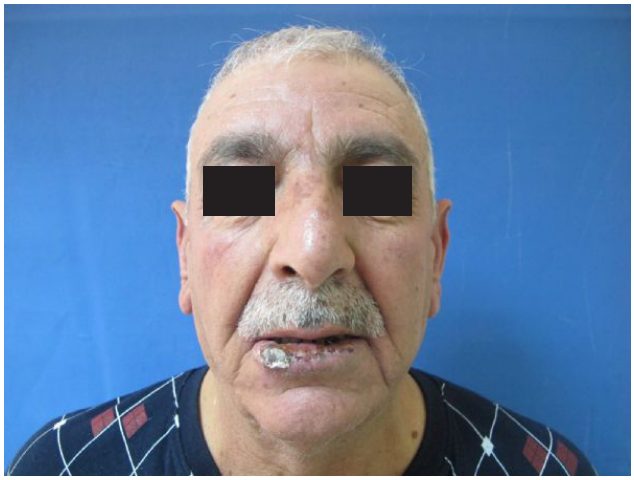
Giriş ve Amaç:Dudak kanserleri baş-boyun kanserlerinin yaklaşık %25-30'unu oluşturmaktadır. En büyük risk faktörü solar radyasyon olmakla birlikte sigara ve HPV enfeksiyonları da risk faktörleri arasında yer almaktadır. Alt dudak kanserleri erken tanı konulduğunda geniş eksizyon ve gereken durumlarda boyun disseksiyonları ile tedavi edilebilmektedir. Geniş eksizyon sonrasında oluşan parsiyel ya da total alt dudak defektleri için literatürde birçok flep seçeneği bulunmaktadır. Bu seçeneklerden biri olan "Fujimori Gate" flep tarihsel olarak eski bir fleptir. Son yıllarda daha popüler olan diğer seçeneklerin kullanılması ile popülerliğini yitiren bu flebin kliniğimizde opere edilen bir hastada kullanımının vaka sunumu olarak aktarılması, klinik tecrübemizin paylaşılması ve bu vaka üzerinden konunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 69 yaşında erkek hasta polikliniğimize alt dudakta yara şikayeti ile başvurdu. Hastadan alınan öyküde alt dudakta yaklaşık 6 aydır olan ve giderek büyüme gösteren ülsere kitlesi olduğu öğrenildi. Hastanın dış merkezde yapılan insizyonel biyopsi sonucu iyi differansiye

squamöz hücreli karsinom olarak raporlanmış. Hasta ileri tetkik ve tedavi için hastanemize yönlendirilmiş. Hastanın hipertansiyon ve diyabeti mevcut. Hastanın koroner hastalık sebebi ile antiagregan kullanımı mevcut. Hastanın yapılan muayenesinde alt dudakta alt dudağın mukozal kısmının büyük kısmını dolduran ve yer yer mukozadan kabarıklık gösteren ülsere, üzeri kurutlu, asimetrik ve yüzeyi düzensiz kitlesi mevcut. Hastanın palpasyonda boyunda palpabl lenf nodu yok. Hastanın pre-operatif tetkiklerinde yapılan boyun ve parotis ultrasonografisinde patolojik görünüm ya da boyutta lenf nodu yok. Hasta yapılan pre-operatif tetkik ve konsültasyonlar ile elektif şartlarda operasyona hazırlandı ve hastaya alt dudakta oluşacak totale yakın defektin rekonstürksiyonu için geniş eksizyon sonrasında bilateral "Fujimori Gate" flep ile rekonstrüksiyon planlandı. Genel anestezi altında opere edilen hastaya ülserasyon etrafındaki endürasyon sınırından 1 cm marjin ile geniş eksizyon yapıldı ve spesmen patolojiye gönderildi. Eksizyon sonrası oluşan defekt bilateral "Fujimori Gate" flepler ile rekonstrükte edildi. Flep bilateral stenon kanalları korunarak mukoza-kas-cilt flebi olacak şekilde kaldırıldı ve defekte adapte edildi. Hasta ameliyat sonrası erken dönemde yara dehissensi ve enfeksiyon riskini azaltmak amacı ile nazogastrik sonda ile beslendi ve hematom oluşumunu engellemek için hastaya yakın tansiyon takibi yapıldı. Hastaya günlük ağız bakımı yapıldı. Hasta post-operatif üçüncü günde taburcu edildi. Patoloji sonucu tüm cerrahi sınırların negatif olduğu iyi differansiye squamoz hücreli karsinom olarak raporlandı. Ameliyat sonrası sekizinci günde sütürleri alındı. Hastanın post-operatif birinci, üçüncü ve altıncı aylarda yapılan seri muayene ve boyun ultrasonografileri ile takip edildi. Lokal rekürrens izlenmedi. Takiplerde ek komplikasyon ya da şikayeti olmayan hastanın ameliyat sonrası altıncı ay kontrollerinde oral kompetansın iyi olduğu, sıvı kaçağı olmadığı, hastanın estetik görüntüden memnun olduğu, katı/sıvı gıda alımında problem yaşamadığı ve mikrostomi olmadığı görüldü.

Sonuç: Alt dudaktaki ülsere ve endüre tümörler en az 8-10 mm marjin ile eksize edilmelidirler. Böyle bir eksizyon sonrasında oluşan alt dudak defektleri primer kapatılamamakta ve rekonstrüktif ek girişimler gerektirmektedirler. "Fujimori Gate" flep parsiyel alt dudak defektlerinde unilateral, totale yakın/total dudak defektlerinde bilateral kullanılan eski ve güvenilir bir fleptir. Literatür incelendiğinde benzer defektler için innerve depresör anguli oris kas flebi, nöromuskulokutan ilerletme fleplerinin sık kullanılan lokal flep seçeneklerinden olduğu görülmektedir. Total defektlerde ise dil flepleri, serbest anterolateral uyluk, radyal önkol ve gracilis flepleri kullanılmıştır. Fakat bu fleplerin yüze renk ve doku uyumu kötü olmakla birlikte aynı zamanda ek cerrahi alan hazırlığı gerektirmektedirler. "Fujimori Gate" flep ise klasik nazolabial flepten daha geniş kaldırılır, dog-ear deformitesi olmadan çevrilebilir, innerve kas içerdiğinden morbiditesi oral kompetans açısından daha azdır. Tek seansta dolaşımı güvenli olan ve varyasyondan uzak bir anatomiye sahip yapısı ile uygun bir seçenektir. İyileşme süresi kısa, yüze renk ve estetik uyumu iyidir. Mikrostomi, yeme ve konuşma bozukluklarına sebep olmaz. Bu sebeplerle yaşlı, ek hastalıkları olan ve total/totale yakın alt dudak defekti olan hastalarda bu flebin lokal kullanımı tarafımızca uygulanmakta ve diğer meslektaşlarımıza da tavsiye edilmektedir.

Resim-1



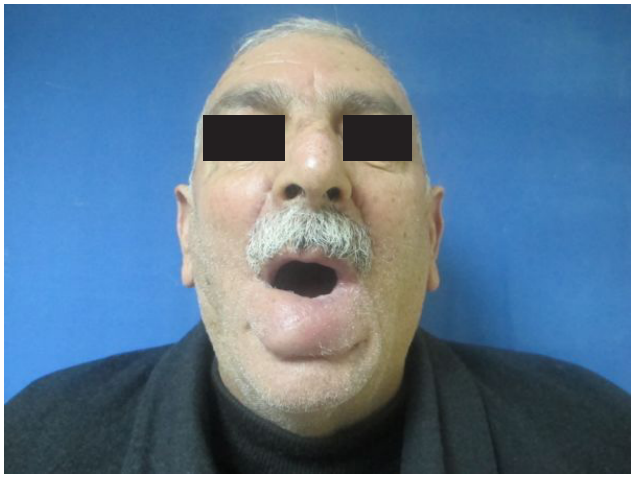
Hastanın Lezyonu

Resim-2



Hastanın Lezyonu

Resim-3



Post-op 6. ay

P-031
Çocuk yaşta skalpte multipl scc

Çağatay Falcıoğlu[1], Fatih Tekin[1], Furkan Erol Karabekmez[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Scc vücudun herhangi bir organından köken alabilen epidermiste skuamöz hücrelerden kaynaklanan bir kanser çeşididir. Güneş ışınlarının etkisi bu tümör grubunda da birinci derecede önemli etyolojik faktör olarak gösterilmektedir. Onun haricinde radyasyon, çeşitli kimyasal faktörler immunsupresyon etyolojik faktörler arasında rol almaktadır.

Olgu: 12 yaşında erkek hasta skalpte multipl akıntılı kurutlu lezyonları nedeniyle tarafımıza başvurdu. Geniş eksizyon ve greftleme yapılarak tedavisi yapılan hastanın patolojisi iyi diferansiye scc çıkmıştır.

Sonuç: Scc sık olmayan deri tümörlerinden olmakla çocuk yaşta daha nadir görülmektedir. Kliniğimize dış merkezden yönlendirilen vaka çocuk olmakla birlikte saçlı deride multipl lezyon şeklindeydi. Bundan dolayı hastalarımızı değerlendirirken çocuk yaşta dahi olsa multipl akıntılı lezyonlarda mutlaka aklımıza scc gelmelidir.

fig1



skalpte scc eksizyon sonrası ve yanında eşlik eden başka scc odağı

P-032
Rinoplasti sonrası kolumellar epidermal kist

Çağatay Mehmet Falcıoğlu[1], Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Epidermal kist çevresi keratinize skuamöz epitelle kaplı içi keratinli materyal ile dolu olan kokulu olabilen benign kitlelerdir. Epidermal kistler travma veya cerrahi prosedürden sonra epidermal dokunun dermiş veya subkutan dokuya implantasyonu sonucu gelişir. Baş boyun gövde sırt genital bölgede intradermal veya subkütan yerleşimli olabilen kitlelerdir.

Olgu: 48 yaşında bayan hasta rinoplasti sonrası kolumellada şişkinlik sebebiyle tarafımıza başvurdu. Rinoplasti sonrası 2 yıl geçtikten sonra meydana gelmiş. Operasyon sonrası patoloji sonucu epidermal inklüzyon kisti olarak çıkmıştır.

Sonuç: Epidermal kistle vücudun herhangi bir yerinde çıkabilmekle beraber atipik bölgelerde de çıkabileceği unutulmamalıdır. Rinoplasti sonrası kolumellar bölgede epidermal kist oluşumuda bunun en güzel örneğidir.

fig1



kolumellar epidermal kist-yan

fig2



kolumellar epidermal kist-alt

P-033
Rosai-Dorfman Hastalığı: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Nuri Yiğit[2], Serdar Öztürk[1]
[1]GATA Plastik-Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD

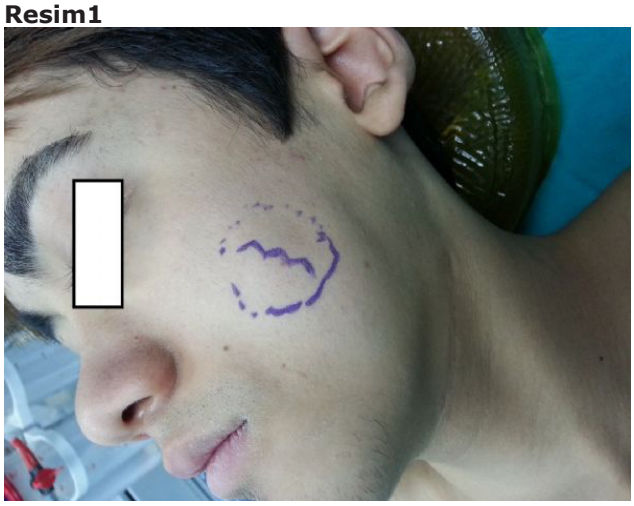
Amaç: Sinüs histiyositosiz (Rosai-Dorfman Hastalığı) masif lenfadenopatilerle seyreden, etyolojisi bilinmeyen nadir görülen histiyositik bir bozukluktur. Genellikle çocuk ve adölesanlar yaştaki bireyler etkilenir. Lenfosit ve histiyositlerin lenf nodu sinüslerinde aşırı birikimleriyle meydana gelen masif ağrısız lenfadenopati, ateş, lökositoz, artmış eritrosit sedimentasyon hızı, poliklonal hipergammaglobulinemi ve tipik patolojik bulgularla karakterizedir.
Bu çalışmada sol bukkal yörede kitle şikayeti ile başvuran hastanın klinik özellikleri sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Onaltı yaşında erkek sol bukkal yörede şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde benzer şikayetlerin küçük kardeşinde daha ağır klinik bulgular ile olduğu ifade edildi. Hemogram, rutin biokimya, bakteryolojik incelemeleri normal sınırlardaydı. Tanı amaçlı kitlenin çıkarılmasına karar verildi (Resim1). Genel anestezi altında kitle bir bütün olarak çıkarıldı (Resim2). Ardından histopatolojik incelemeye gönderildi. Alınan örneklerde histopatolojik verilerin Rosai-Dorfman hastalığı ile uyumlu olduğu değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Rosai Dorfman hastalığı etyolojisi bilinmeyen sıklıkla bilateral masif, ağrısız servikal lenfadenapati, ateş, lökositoz, sedimentasyon hızında artış ve poliklonal hipergamaglobulinemi ile karakterize bir hastalıktır. Diğer lenf bezlerinde tutulum görülebilmektedir. Hastalığın tanısı lenf bezi veya tutulan organlardan alınan materyallerin histolojik incelenmesi yanı sıra ince iğne aspirasyon biyopsileri ile sitolojik düzeyde de konulabilmektedir. Olgumuzun biyopsi örneklerinin incelenmesinde lenf bezinin normal yapısı bozulmuş, genişlemiş sinüsler nedeniyle lenf bezleri büyümüş, çok sayıda lenfosit fagosite etmiş histiyositler izlendi. Hastalığın klinik seyrini belirleyen, ekstranodal tutulum yeri ve immün bozuklukların eşlik etmesidir. Bu olgularda tedavide kortikosteroidler, son yıllarda monoklonal antikor tedavileri uygulanmaktadır. Ekstra nodal tutulumu olmayan olgular genel olarak benign klinik seyir göstermekte ve klinik takip ile yetinilmektedir. Olgumuzun seyrinde ekstra nodal tutulum izlenmedi. Eşlik eden immün yetmezlik tablosu yoktu. Bu nedenle herhangi bir tedavi uygulanmadı. Hastanın takip periyodunda lezyonların iki ay sonra aktive olduğu kortikosteroid tedavisi sonrası stabil olduğu görüldü. Sonuç olarak baş-boyun bölgesinde kitle nedeniyle başvuran olgularda ayırıcı tanıda Rosai-Dorfman hastalığının olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:: 1. Miceli A, Cleaver N, Spizuoco A. Rosai-Dorfman disease. Cutis. 2015 Jul;96(1):16;39;40. 2. Fening K, Bechtel M, Peters S, Zirwas M, Darabi K. Cutaneous rosai-dorfman disease persisting after surgical excision: report of a case treated with acitretin. J Clin Aesthet Dermatol. 2010 Sep;3(9):34-6. 3. Xia JX, Jin XH, Mou Y, Li X, Yu K, Zhu WJ, Li FQ. Combined treatment for cutaneous Rosai-Dorfman disease: a report of 2 cases. Int J Clin Exp Med. 2013 Sep 25;6(9):822-7. 4. Ajise OE, Stahl-Herz J, Goozner B, Cassai N, McRae G, Wieczorek R. Extranodal Rosai-Dorfman disease arising in the right atrium: a case report with literature review. Int J Surg Pathol. 2011 Oct;19(5):637-42.

Resim1



Hastanın preoperatif planlaması izlenmektedir.

Resim2



Olgunun intraoperatif görünümü izlenmektedir. Patolojiye gönderilen örneğin lastik kıvamında, etraf dokuya fikse olmayan bir yapıda olduğu görüldü.

P-034
Geç Dönemde Onarılan Parotis Kanal Yaralanması: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş, Abdül Kerim Yapıcı, Sedat Avşar, Muhitdin Eski
GATA Plastik-Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Yüz bölgesinde meydana gelen kesici delici yaralanmalar ciddi kozmetik problemler oluşturmanın yanında derin anatomik yapılarda hasar oluşturabilmektedir. Parotis gland ve parotis kanal (stenon) yaralanmaları maksillofasiyal yumuşak doku yaralanmaları arasında nadiren görülmekle birlikte oluştuğunda önemli komplikasyonlara yol açmaktadır. Özellikle bu tür yaralanmalar parotis kanalında ve fasiyal sinirde kolayca hasar oluşturabilmektedir. Bu çalışmada parotis kanal yaralanması gelişip onarılmayan bir olgunun komplike olduktan sonra yapılan onarımı ve klinik seyri sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Yirmi dört yaşında erkek hasta kliniğimize sol yanağında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hasta bir ay önce yanak bölgesinde cam kesisi olduğunu ve bu kesi nedeniyle başka bir merkezde müdahale geçirdiğini belirtti. Yapılan muayenesinde sol yanak bölgesinde 5 cm boyutunda lineer bir insizyon hattı ve bukkal bölgede 3x2 cm boyutunda ağrısız kitlesinin olduğu saptandı. Hasta özellikle yemek esnasında ve sonrasında yanağındaki şişliğin arttığını ve bu şişlik nedeniyle günlük yaşam konforunun oldukça bozulduğunu ifade etti. Genel anestezi altında hasta alındı. İntraoral olarak sol bukkal yörede çalışıldı. Parotis kanalının ağzı bulunarak uygun anjiokat bu bölgeden ilerletildi. Takiben eski insizyon hattından girilerek parotis kanalı distal ve proksimal uçları bulundu. Stenon kanalının kesilmiş olan kısmı birbirine yaklaştırılarak içerisinden anjiokat geçirildi (Resim1). Daha sonra 6.0 prolen ile sütür yardımıyla onarım uygulandı (Resim2). Anjiokatın ağız içerisindeki kısmı yanak mukozasına 4.0 vikril ile tespit edildi. Anjiokat 2 hafta süresinde tutuldu. Bu süre içinde ağız içi hijyene dikkat edildi. Hastanın takip periyodunda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Parotis kanal yaralanmaları sıklıkla kesici aletler (cam, bıçak ve jilet vs), ateşli silah yaralanmaları, trafik kazaları ve cerrahi girişimler sonrasında meydana gelmektedir. Gözden kaçmış ya da ihmal edilen bir parotis kanal kesisi sonrasında hastalar genellikle yanakta şişlik, ağrı ve cilde fistülüze olmuş tükrük kistleri ile başvurmaktadır. Literatürde parotis kanal yaralanmaları, mikrocerrahi anastomoz, ven greftleri ile onarım, ağız içerisine fistül oluşturarak tükrük akımının yönlendirilmesi, tükrük bezi fonksiyonlarının medikal tedavilerle baskılanması gibi yöntemlerle tedavi edilmeye çalışıldığı rapor edilmiştir. Parotis kanal kesileri, maksillofasiyal yumuşak doku travmaları arasında sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Parotis kanal kesileri tedavi edilmediğinde hastalarda günlük yaşamı olumsuz yönde etkilemekte; sonrasında ciddi sekeller oluşturabilmektedir. Bu tür komplikasyonlar ile karşılaşmamak için stenon kanal kesilerine en kısa sürede müdahale edilmeli, hekimin deneyimi sınırlı ise daha ileri bir merkeze hastanın yönlendirilmesi yerinde olacaktır. Sonuç olarak, parotis kanal kesilerinde en iyi sonuçlar erken dönemde yapılan kesik uçların direkt anastomozu ile olmaktadır. Cerrahi işlemin zamanında yapılması başarılı sonuçları arttıracaktır.

Kaynaklar:
1. Lazaridou M, Iliopoulos C, Antoniades K, Tilaveridis I, Dimitrakopoulos I,Lazaridis N. Salivary gland trauma: a review of diagnosis and treatment. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2012 Dec;5(4):189-96.
2. Gehrking E, Remmert S, Meyer S, Krappen S. Microsurgical reanastomosis of the parotid duct. H N O 1999;47:283-6.
3. Sujeeth S, Dindawar S. Parotid duct repair using an epidural catheter. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 Jul;40(7):747-8
4. Srinidhi D, Singh M, Rangaswamy S, Choudry S. Parotid sialocele and fistulae:Current treatment options. Int J Contemp Dent 2011;2:9-12.
5. Steinberg MJ, Herréra AF. Management of parotid duct injuries. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;99:136-41.

Resim1



Anjiokatın parotis kanal ucuna yerleştirilmesi görülmektedir.

Resim2



Onarım sonrası parotis kanalı izlenmektedir.

süreli silikon jel uygulaması yapıldı. Nüks görülmedi. Heliksteki şekil bozukluluğu düzeldi ve stabil kaldı. Sonuç: İnsizyon bölgesinde hipertrofik skar gelişiminde genetik yatkınlığın yanı sıra, kesi yerinde gerginlik olması, travmatize doku müdahalesi, enfeksiyonlar ve yabancı cisim reaksiyonu (sütürlere karşı) etyolojik faktörler arasında gösterilebilir. Bu tip hastaların takibinde muhtemel etiyolojinin belirlenmesi tedaviyi kolaylaştıracaktır. Aşırı gerginliğin olduğu olgularda tıbbi tedavi genellikle yetersiz kalırken, enfeksiyon veya yabancı cisim reaksiyonu olgularında drenaj yada sütür alımı tabloyu geriletebilir. Kulak arkası bölge otoplasti sonrası fazla cilt eksizyonuna bağlı aşırı gerilirse hipertrofik skar gelişiminde yatkın hale gelebilir. Bu hastalarda burada sunulduğu gibi en iyi sonuç bölgedeki gerginliğin azaltılması ile alınabilir. Cerrahi olarak bu işlem yapılmadan diğer tıbbi tedavi yaklaşımlarının etkisi sınırlı kalacaktır. Otoplasti sırasında yara hipertrofisi ile sonuçlanacak işlemlerden kaçınılması ve gelişmiş hipertrofilerde etyolojiye göre tedavi planlanması bu sıkıntılı durumun ile başedilmesinde önem arzetmektedir.

Kaynaklar
1. Romo T, Baratelli R, Raunig H. Avoiding complications of microtia and otoplasty. Facial Plast Surg. 2012;28(3):333-9.
2. Lentz AK, Plikaitis CM, Bauer BS. Understanding the unfavorable result after otoplasty: an integrated approach to correction. Plast Reconstr Surg. 2011;128(2):536-44.
3. González-Alvarez G(1), Fernández-Rico L, Pisón-Chacón J, Ayuso González L,Pérez-Martínez A, Bento-Bravo L.Scarring after Mustarde otoplasty: importance of cures and post-operative follow-up of the patients. Cir Pediatr. 2010;23(3):193-5.
4. Yuen A, Coombs CJ. Reduction otoplasty: correction of the large or asymmetric ear. Aesthetic Plast Surg. 2006;30(6):675-8.
5. Buchwald C, Nielsen LH, Rosborg J. Keloids of the external ear. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 1992;54(2):108-12.

P-035
Otoplasti sonrası kulak arkası keloid

Nazım Gümüş[1], Sarper Yılmaz[2]
[1]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana
[2]Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Otoplasti sonrası farklı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bunların çoğu erken dönemde gelişmekle birlikte asimetri, nüks ve hipertrofik skar-keloid formasyonu geç dönemde oluşabilir. Hipertrofik skar-keloid formasyonu kulak arkası insizyon bölgesinde gelişen, tıbbi veya cerrahi tedavi ihtiyacı oluşturan bir durumdur. Burada otoplastiden bir yıl sonra gelişen ciddi kulak arkası hipertrofik skar-keloid olgusu sunuldu.

Olgu: Bir başka klinikte yaklaşık bir yıl önce otoplasti ameliyatı olmuş ve kliniğimize kulak arkası hipertrofik skar-keloid nedeniyle başvuran hasta 23 yaşında bir erkekdi. Muayenede sağ kulak arkasında heliks kıvrımının üstüne taşan yaklaşık 1.5x4 cm boyutlu keloid vardı. Heliksi deforme etmekteydi. Lezyon kulak arkası kesi bölgesinden köken alıp kesi sınırlarını aşıp, lobule bir yapı şeklinde gelişmişti. Kulakta kontraktür oluşturmamıştı. Hastaya önceki klinikte 3 defa lezyon içi steroid enjeksiyonu ve silikon jel uygulaması yapılmıştı. Ancak yararı sınırlı olmuştu. Olgu ameliyata alınarak skar eksize edildi ve gergin olan kulak arkası cilt bölgesi diseke edilerek gevşetildi. Heliks deformasyonu düzeltildi. Oluşan 2x3 cm' lik defekte tam kalınlıkta deri grefti koyuldu. Bulgular: İyileşme sonrasında erken dönemde 3 ay

Resim 1



Hastanın kulak hipertrofik skarı ve eksizyon sonrası bulguları

P-036
Trafik kazasına bağlı yüz avulziyon yaralanması

Sarper Yılmaz[1], Nazım Gümüş[2]
[1]Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas
[2]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Giriş: Bu sunum trafik kazası sonucu gelişmiş yüz avulziyonu yaralanmasına ait klinik bulgular ve yapılan tedavinin ayrıntıları ile geç dönem sonuçlarını içermektedir. Çalışma, sık olmayan bu yaralanmanın klinik özellikleri ile birlikte tedavinin dikkat çekici yönlerini de sunmayı amaçlamaktadır. Olgu: Kliniğimize trafik kazasına bağlı yüz yaralanması

nedeniyle getirilen 62 yaşındaki kadın hastanın başlıca şikayeti yüzünde kesi olmasıydı. Yapılan muayenede burun tabanından her iki malar bölgeye uzanan horizontal bir kesi vardı. Kesi kemik dokuya kadar derinleşmekte ve kas dokusunu tümüyle içermekteydi. Burun tabanından itibaren kraniyal tabanlı bir flep şeklinde tüm yüz avulze olmuştu. Sağ periorbital bölgede flep perfore olmuştu. Dolayısıyla infraorbital kesi vardı. Üç boyutlu tomografide sağ zigomatik kemikte ve infraorbital rimde kırık görülmekteydi. Hasta genel anestezi altında ve acil şartlarda ameliyata alındı. Öncelikle yara bakımı yapılıp, ardından fraktürlere osteosentez yapıldı. Bu amaçla titanyum mini plak ve vida kullanıldı. Yüz fleplerinin yerine yerleştirilmelerinin ardından, önce mukoza ve sonra periorbital laserasyonlar onarıldı. Konjonktiva ve orbiküler kas onarıldı. Bu sırada 6/0 vicryl sütür kullanıldı. Ardından bölgenin cilt altı ve cilt onarımı yapıldı. Yüz flepleri malar ve maksiller bölge periostundan geçen sütürler ile stabil hale getirildi. Cilt onarımı sırasında heriki malar bölgeye ince penröz drenler yerleştirildi.

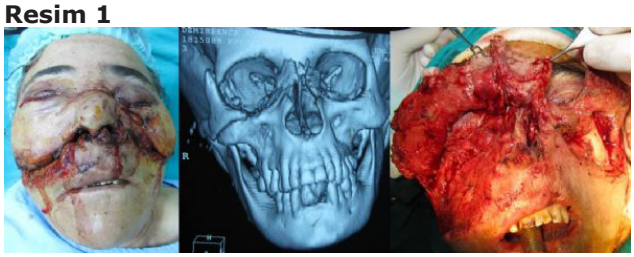
Bulgular: Postoperatif dönemde 5 gün hastanede yatırılan hastanın drenleri 24 saat sonra alındı. Günlük yara bakımı yapıldı. 10 gün sonra sütürler alındı. Yüz görünümünde deformasyon olmaksızın iyileşme sağlandı. Laserasyon hattındaki skar 3 ay sonra kabul edilebilir hale geldi.

Sonuç: Çok sık karşılaşılmayan yüz avulziyonu yaralanmalarının onarımında, öncelikle fonksiyonel yönden önemli olan orbital alan gibi bölgelerin onarımı yapılıp, ardından yüz fleplerinin tesbiti yapılmalıdır. Fleplerin stabilizasyonu için malar-maksiller bölgenin periostundan yararlanılması uygun olabilir. İmkan varsa acil şartlarda osteosentez daha iyi sonuçların alınmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Panse N, Sahasrabudhe P, Joshi N. Face avulsion and degloving. World J Plast Surg. 2014;3(1):64-7.
2. Passi D, Ram H, Singh G, Malkunje L. Total avulsion of mandible in maxillofacial trauma. Ann Maxillofac Surg. 2014;4(1):115-8.
3. Daraei P, Calligas JP, Katz E, Etra JW, Sethna AB. Reconstruction of upper lip avulsion after dog bite: case report and review of literature. Am J Otolaryngol. 2014;35(2):219-25.
4. Perumal C, Bouckaert M, Robson M. Degloving facial injury treated with hydroconductive dressing. Ann Maxillofac Surg. 2013 Jan;3(1):87-8.
5. Hendrick RG Jr, Tiwari P. Successful replantation of upper lip avulsion injury using an arterialized venous anastomosis. Plast Reconstr Surg. 2012;130(4):628-29.

Resim 1



Hastanın kaza sonrası klinik ve radyolojik bulguları

Resim 2



Ameliyat sırasında ve erken ve geç postoperatif görünüm

P-037
Glabellar Yöre Yerleşimli Dermoid Kist: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Nuri Yiğit[2], Muhitdin Eski[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD

Amaç: Baş-boyun bölgesinde orta hat yerleşimli kitleler arasında sıklıkla dermoid kistler bulunmaktadır. Olguların %5-41'inde nazal dermoidler intrakranial uzantılara sahip olabilmektedir. Dermoidler, konjenital olup yaklaşık 20000-40000 doğumda bir görülmektedir. Nazal dermoidler, baş boyun bölgesindeki tüm dermoidlerin yaklaşık %1-3'ünü oluşturmaktadır. Orta hat yerleşimli doğuştan kitlelerin %61'ini oluşturmaktadır. Nazal yerleşimli dermoidlerde kolayca intrakranial enfeksiyon gelişebilmekte, bazı olgularda ise intrakranial uzanım görülebilmektedir.

Bu çalışmada glabellar yörede yerleşimli dermoid kist olgusu ve klinik özellikleri literatür bilgileri ışığında sunulacaktır.

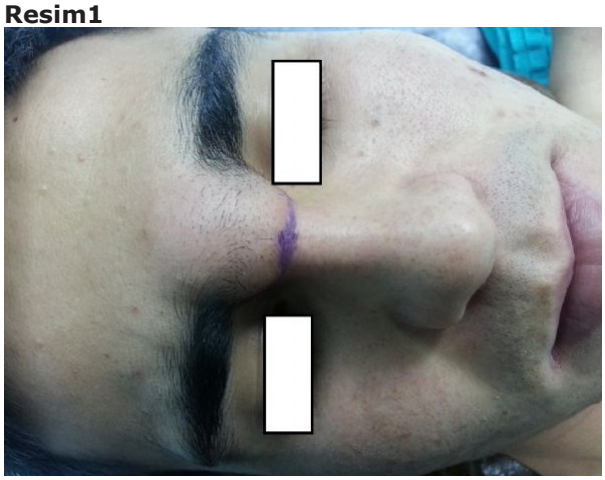
Olgu Sunumu: Yirmi bir yaşında erkek hasta her iki kaş arasında kitle şikayeti ile başvurdu. Anamnezde kitlenin doğuştan beri mevcut olduğu ifade edildi. Hastanın fizik muayenesinde glabellar yörede distale ve her iki medial kantal yöreye doğru uzanım gösteren mobil, hafif sertlikte, fikse olmayan 2 cm çapında kitle olduğu görüldü(Resim1,2). Ultrasonografide kistik yapıda olduğu görüldü. Kitlenin çıkarılmasına karar verildi. Dormikum destekli lokal anestezi altında kitle bir bütün olarak çıkarıldı (Resim3). Kitlenin içinde kıl folikülü ve sebaseöz yapıların olduğu görüldü. Histopatolojik incelemede dermoid kist olarak rapor edildi. Hastanın 12 aylık takip periyodunda herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Epidermoid kist ve sebaseöz kistlerin aksine dermoid kistler ektodermal ve mezodermal kökenli dokular içerebilmektedir. Teratomların aksine endodermal yapılar dermoidlerde görülmez. Orta hatta yerleşimli dermoidler kist yada fistül şeklinde klinik bulgu verebilir. Lezyonların çoğu yüzeyel olup nadiren derin yerleşimli olabilir. Cerrahi olarak yetersiz eksizyon durumunda osteomyelit, menenjit yada serebral apse gelişebilir. Ayırıcı tanıda lipomlar, subkutanöz kistler, nörofibromlar, adneksial adenomalar, gliomalar, ensefaloseller, teratomlar ve osteomlar yer alır. Sonuç olarak,olgumuzda dermoid kist başarılı bir şekilde çıkarılmıştır. Kitlenin bir bütün olarak multidisipliner şekilde çıkarılması ile olası intrakranial komplikasyonların önüne geçilebilir.

Kaynaklar:

1. Sreetharan V, Kangesu L, Sommerlad BC. Atypical congenital dermoids of the face: a 25-year experience. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007;60(9):1025-9.
2. Ortlip T, Ambro BT, Pereira KD. Midline approach to pediatric nasofrontal dermoid cysts. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Feb;141(2):174-7.
3. Hanikeri M, Waterhouse N, Kirkpatrick N, Peterson D, Macleod I. The management of midline transcranial nasal dermoid sinus cysts. Br J Plast Surg. 2005 Dec;58(8):1043-50.

Resim1



Hastanın preoperatif evrede görünümü izlenmektedir.

Resim2



Hastanın preoperatif evrede lateralden görünümü izlenmektedir.

Resim3



Hastanın intrapreoperatif evrede görünümü izlenmektedir. Lezyon içinde beyaz renkte kıl folikülleri izlenmektedir.

P-038
Zigomatik Kemiğin İntraosseöz Hemanjiomu

Andaç Aykan[1], Musa Kemal Keleş[1], Fatih Zor[1], Yalçın Bayram[1], Ali Fuat Çiçek[2], Yusuf Uysal[3], Hatice Tuba Sanal[4]

[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[4]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kemik dokudan çok çeşitli tümörler kaynak alabilmektedir. Kemik hemanjiomları oldukça nadir görülür ve sıklıkla vertebra ve kraniyum kemiklerini tutar. Hemanjiomalar yüz kemiklerinde en sık olarak mandibula ve maksillayı tutarken zigoma tutulumu çok nadir görülür. Tedavide amaç tüm kitleyi sağlam cerrahi sınırlar ile eksize etmektir. Bu çalışmada amacımız oldukça nadir görülen zigoma yerleşimli intraosseöz hemanjiyom olgusunun sunumu ve uygulanan cerrahi yaklaşımı sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2015 yılında 40 yaşındaki bir bayan hasta kliniğimize göz altında 2 yıldır büyümekte olan kitle nedeni ile başvurdu. Hastanın öyküsünden Plastik cerrahi kliniğine müracatı öncesinde Göz Hastalıklarına gittiği ve kitleye yapılan insizyonel biyopsi esnasında belirgin kanama olduğu, yetersiz materyal nedeni ile patolojik bir tanı konulamadığı öğrenildi. Muayenesinde sol orbital bölgenin inferolateralinde yerleşim gösteren, hareketsiz sert kitle tespit edildi (Resim-1). Yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemede 1,7*1,6*2,3 cm boyutlarında ve zigomatik kemikte yerleşim gösteren kitle görüldü (Resim-2). Koronal kesitlerde trabeküler yapı bisiklet tekerleği görünümü göstermekte idi. Magnetik Resonans (MR) görüntülemede lezyonun yeri doğrulandı ve kemik dokudan kaynaklanan bir lezyon olduğu gösterildi. Tanısal amaçlı lezyona geniş eksizyonel biyopsi yapılmasına karar verildi. Genel anestezi altında subsilier insizyon kullanılarak zigomatik kemik, orbita lateral ve inferior duvarları eksplore edildi. Kitle yaklaşık 0,2 cm periferinden osteotomlar kullanılarak eksize edildi. Yapılan histolojik incelemede kemik trabekülleri arasında üzerileri tek kat endotel ile kaplı geniş, ince duvarlı kan-dolu kavernöz şekilli vasküler yapılar belirlendi (Resim 3). İmmünhistokimyasal inceleme CD31 pozitif boyanan endotel hücreler gösterildi. Zigomatik kemik kaynaklı intraosseöz hemanjiyom tanısı konuldu. 12 aylık takipte hastada herhangi bir nüks bulgusu gösterilmedi (Resim 4).

Tartışma: Hemanjiomalar sık karşımıza çıkmakla beraber kemik kaynaklı hemanjiomlar nadir görülmektedir ve lokal-nonspesfik semptomlar ile karşımıza çıkmaktadırlar, (1, 2). Preoperatif BT ve MR incelemeler tanıda önemli yer tutmaktadırlar. BT incelemede zigomatik kemikte periost reaksiyonu olmaksızın bisiklet tekerleği görünümü mevcudiyeti ilk olark hemanjiom varlığını düşündürmelidir. Osteosarkomlar ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Ayrıca fibröz displasi, osteoma, multiple myeloma, ve intraosseoz meningioma da ekarte edilmelidir, (3). Kesin tanı için mutlaka eksizyonel biyopsi yapılmalıdır. Hemanjiomların histolojik varyanları; kapiller, cavernöz ve mixt olmak üzere 3 tiptedir.(4) Fasiyal kemiklerin hemanjiomları çoğunlukla kavernoz tiptedir.(4) Bizim vakamızda da yapılan histopatolojik inceleme ile kavernoz hemanjiom tanısı konuldu. Intraosseos hemanjiomların patogenezi halen net değildir. Etkenin konjenital yada

travmatik olabileceği iddia edilmiştir,(5). Bu vakada travma öyküsü mevcut değildi. Tüm hemanjiomalarda olduğu gibi intraosseoz hemanjiomda kesin tedavi seçeneği cerrahi eksizyondur ve rekürrens oranı oldukça düşüktür, (2). Küretaj uygulanan yada yetersiz eksizyon durumlarında nüks sıktır, cerrahi esnasında titiz kanama kontrolü önemlidir,(5). Cerrahi sonrası cilt deformitesi özellikle göz çevresinde sorun teşkil edebilir. Ancak derinin hızlı adaptasyonu bu sorunu ortadan kaldıracağı için fazla derinin eksize edilmemesi önemlidir.

Sonuç: Sonuç olarak unutulmamalıdır ki; hemanjiomalar erişkin hastlarda yüz bölgesinde kemik kaynaklı kitlelere yol açabilir. Preoperatif radyolojik inceleme önemli olmakla birlikte kesin tanı histolojik ve immünhistokimyasal değerlendirme ile konulmaktadır.

resim 1



sağ alt lateral kıkırdakta parsiyel agenezi

P-039
İzole alt lateral kıkırdak parsiyel agenezisi: Olgu sunumu

Adem Topkara[1], Ramazan Hakan Özcan[1], Adem Özkan[1], Mustafa Öksüz[2], İnci Gökalan Kara[1]
[1]Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.B.D Denizli
[2]Servergazi Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Denizli

Konjenital burun anomalileri oldukça nadir görülen durumlardır. Alt lateral kıkırdak parsiyel agenezisi ile ilgili literatürde birkaç vaka sunulmuştur. Bu olgu sunumunda burun tip deformitesine yol açan alt lateral kıkırdağın parsiyel agenezisini ve cerrahi tedavisini sunuyoruz.

Olgu: 21 yaşında bayan hasta rinoplasti isteğiyle kliniğe başvurdu. Hastanın burun muayenesinde dorsal hump, nostril ve dom asimetrisi, hafif sağ alar retraksiyon ve depresyonu mevcuttu. Hastanın burunu ilgilendiren geçirilmiş travma, operasyon yada enfeksiyon öyküsü yoktu. Hastaya genel anestezi altında standart açık teknik rinoplasti operasyonu uygulandı. Tanskolumellar insizyonla girilerek nazal kıkırdak ve kemik yapılar diseke edildi. Sağ alt lateral kıkırdakta parsiyel agenezi tespit edildi. Eksize edilen dorsal hump materyali ile kıkırdak defekti onarıldı. İnterdomal süturler ve kolumellar strut greft ile tip asimetrisi düzeltildi. Diğer standart rinoplasti uygulamalarına ek olarak alar kollapsı düzeltmek amacıyla sağ alar rim grefti kullanıldı. İnsizyonların kapatılmasının ardından nazal tampon ve splint uygulanarak operasyon tamamlandı. Postoperatif dönemde hasta açısından estetik ve fonksiyonel tatmin edici sonuç elde edildi.

Tartışma ve Sonuç: Alt lateral kıkırdakların konjenital anomalileri nadir görülen deformitelerdir. Neden olduğu tip deformitesi ve estetik sorunların yanında eksternal nazal valv kollapsı ile fonksiyonel sorunlarda oluşturmaktadır. Tedavisi standart rinoplasti operasyonu ile birlikte deformitenin şiddetine göre dorsal hump materyali, septal kartilaj grefti ya da aurikuler kıkırdak grefti kullanılarak yapılabilir. Bizim olgumuzda sağ alt lateral kıkırdakta estetik ve fonsiyonel sorunlara neden olan parsiyel agenezi mevcuttu. Dorsal hump materyali ile kıkırdak defekti onarıldı ve ek olarak alar rim grefti kullanılarak eksternal nazal valv desteklendi. Sonuçta estetik ve fonksiyonel açıdan tatminkar sonuç elde edildi.

resim 2



Kıkırdak defektinin dorsal hump materyali ile onarılması ve tip sütur teknikleri ile simetrinin sağlanması

P-040
Ataksi Telanjiektazi'li Pediatrik bir Olgu; Yüz Bölgesinde Mukokutanöz Leşmanyazis

Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Bülent Çığşar, Nilüfer Çetinkaya, Naci Karacaoğlan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Leşmanyazis tatarcık sineğinin ısırması sonucu kan yolu ile bulaşan paraziter bir hastalıktır. Kutanöz leşmanyazis, viseral leşmanyazis ve mukokutanöz leşmanyazis olmak üzere çeşitli klinik tabloları mevcuttur. Kutanöz tip hayatı tehdit eden bir hastalık değildir. Bulaş sonrası hastalığa karşı bağışıklık kazanılır. Kutanöz lezyonlar skar nedeniyle intralezyonel olarak tedavi edilir. Mukozal tutulum mevcutsa sistemik tedavi gerekebilir. Ancak immun sistemi zayıf kişilerde tedaviye cevap güçtür. Olgumuz 8 yaşında libyada yaşayan kız hasta; yüzünde mevcut olan mukokutanöz leşmanyasiz için hastanemize başvurdu. Yüzünde mevcut olan, tedaviye rağmen ilerleyen lezyonları olduğu için Plastik cerrahi kliniğe konsülte edildi. Hastanın sağ taraf burun lateralinden çene ucuna kadar uzanan ve yanağa ilerleyen ülsere yarası mevcuttu. Hastanın tedavi sürecinde immunyetmezliği olduğu da öğrenildi. Klinik muayene ve laboratuar bulguları ile kombine immun yetmezlik olan ataksi telenjiektazi tanısı doğrulandı. Bu durum hastanın pnömoni atakları geçirip genel durumunu bozduğu için yoğun bakımda takip edildi. Sistemik ve intralezyonel leşmanyazis tedavisine rağmen immun yetmezliği nedeniyle genel durumu devamlı kötüye giden hastaya düzenli yatak başında yara debridmanı, antibiyotikli pomad ile yara bakımı yapıldı ancak tedavi edilemeyen pnömoni atakları nedeniyle hasta kaybedildi. Kutanöz leşmanyazis immunitesi sağlam, sağlıklı bireylerde kendini sınırlayan ve skar bırakarak iyileşen bir hastalıktır. Ancak primer immun yetmezliği olanlarda agresif seyredebilmektedir. Günümüzde bir çok hastalıkta immun sistemi baskılayan ilaçların kullanımının artması nedeniyle, sekonder immun yetmezliğin artabileceği göz önüne alınırsa iyileşmeyen yaralarda *leşmanyazisin* ayırıcı tanıda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

Tedavi Öncesi Görünüm



Tedavi Öncesi Görünüm



Tedavi Sonrası Görünüm



yara bakımı devam ederken

P-041
Bonzai Kullanımına Bağlı Self-Mutilasyon Olgusu

Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Bülent Çığşar, Nilüfer Çetinkaya, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Bonzai sentetik bir uyuşturucu maddedir. Avrupa'da "spice" olarak adlandırılır. Günümüzde genç popülasyonda yaygın kullanılmaktadır. Kullanımı sonrası psikoaktif semptomlara yol açar. Olgumuz, uzun süre bonzai kullanan 18 yaşında kadın hasta; bonzai içtikten sonra hallüsinasyon sırasında alt dudağını yiyerek kendine zarar verdiği için kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde; üst dudak vermiliyonunun yaklaşık yarısında ve oral mukozada da 2*1 cm ebatlarında defekt mevcuttu. Dudak rekonstrüksiyonu için Fasial Arter Bazlı Muskulo-Mukozal Flep (FAMM) planladı. Ancak ailesi tarafından hastanın halen bonzai kullandığını öğrenildi. Bu nedenle tedaviye uyum gösteremeyeceği ve planlanan cerrahiye de zarar verebileceği düşünüldüğünden, tedavimiz "bonzai bağımlılık tedavisi" sonrasına ertelendi. Bonzai, son zamanlarda kullanımı tahminlerin de üzerinde yaygınlaşan yeni nesil bir uyuşturucu maddedir. Kullanımına bağlı olarak kendini yeme dahil birçok psikotik etkisi gelişebilmekte olup tedavi planlaması yapılırken özellikle cerrahi zamanlama için bağımlılığın sonlandığından emin olunması gerektiğini düşünmekteyiz. Hastanın özellikle kendini yeme düzeyinde self-mutilasyon davranışları mevcutsa, defekt onarımında kullanılan flep / greft gibi dokuların bile yeniden yenebileceğinden, cerrahi zamanlamasında acele etmemek gerektiği tedavinin bağımlılık tedavisi sonrasına bırakılması gerektiği konusunda farkındalık yaratmayı amaçlamaktayız.

dudak defekti



dudak defekti, önden görünüm



vermilyon defekti



P-042
Malar Bölge Yerleşimli Lipom Görünümlü Kitle: Schwannom

Hasan Çelik, Mustafa Hancı, Mustafa Sütçü, Nilüfer Çetinkaya, Naci Karacaoğlan, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Schwannomlar sinir hücrelerinin etrafından bulunan schwann hücrelerinden köken alan uzun sürede büyüyen, mobil bening lezyonlardır. Sıklıkla baş boyun bölgesinde görülürler. Genellikle semptom vermezler. Olgumuz 28 yaşında erkek hasta, sol yanağında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Şişliğin yaklaşık 2 yıldır mevcut olduğu ve zamanla büyüdüğü öğrenildi. Yaklaşık 2 cm çapında cilt altında sertliği orta kıvamda ve mobil olan bir kitle mevcuttu. Hastanın ağrı ya da hipoestezi şikayeti mevcut değildi. Mevcut şişlikten rahatsız olan hastaya cerrahi planlandı. Patoloji sonucu Schwannom

gelen hastanın postoperatif 6. ayda herhangi bir şikayeti veya nüks bulgusu mevcut değildi. Schwannomların kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konur ve yüzeyel lezyonlarda eksizyonel biyopsi altın standarttır. Baş boyun bölgesinde gelişen kitlelerin tedavi planlaması yapılırken lenfadenopati, lipom, kistik yapıların yanında *shwannomun* da ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

lezyonun makroskopisi



Perioperatif görünüm



Preoperatif görünüm



P-043
Mandibula kondil/subkondil kırıkları onarımında retromandibular insizyon ile tecrübelerimiz

Bilge Kağan Aysal, Fikret Eren, Sinan Öksüz, Ceyhun Cesur, Hüseyin Karagöz
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Fasial kemikler içinde nazal kemik sonrasında ikinci en sık sırada kırılan kemik mandibuladır. Mandibula kırıkları hastanede yatış gerektiren yüz kemikleri içinde ise en ön sırada yer almaktadır. Mandibulanın kırılan bölümleri sıklığında kondiler bölge kırıkları %25 oranında görülmekte ve gövde kırıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Kondiler/subkondiler bölge kırıklarının cerrahi olarak onarılabilmesi için tanımlanmış farklı insizyon çeşitleri mevcuttur. Bunlar pre-aurikular insizyon, retromandibular insizyon ve Risdon insizyonudur. Fasial sinir dalları ile yakın komşuluğu sebebiyle bu insizyonların kullanımı esnasında hassas diseksiyon gerekmekte ve fasial sinir dallarında geçici/kalıcı hasarlanma oluşabilmektedir. Retromandibular cilt insizyonunun üst sınırı kulak lobülünün 1 cm aşağısında ve mandibula ramusunun 1 cm posteriorunda konumlandırılmakta ve sıklıkla 2 cm uzunluğunda planlanmaktadır. Bu insizyon ile kondiler/subkondiler bölgeye yaklaşımlar esnasında bölgeden geçen fasial sinirin marjinal mandibular dalının anatomisi oldukça önem kazanmaktadır. Marjinal mandibular sinir parotis bezinin yüzeyel ve derin lobları arasında alt gövde olan trunkus servikofasialis'den ayrılmaktadır ve mandibula'nın alt sınırını takip ederek alt dudak bölgesindeki kasları innerve etmektedir. Mandibula gövdesi inferior sınırı ile olan ilişkisinin incelenmesinde farklı yollardan geçebildiği, sinirin kimi zamanlarda mandibula gövdesi inferior sınırının daha da aşağısından gidebileceği gösterilmiştir (2).

Olgu: 2014 Eylül – 2015 Ağustos ayları arasında 4 adet hasta kondiler/subkondiler bölge fraktürü sebebiyle opere edilmiştir. Hastaların yaş dağılımları 20-24 arasında olup vakaların tamamında tek taraflı kırık mevcuttur. Tüm hastalara retromandibular insizyon ile açık redüksiyon-internal fiksasyon operasyonu uygulanmıştır. Operasyon öncesinde anestezi hekimi uyarılarak hastaya sistemik kas gevşetici ilaç uygulamasının yapılmaması sağlanmıştır. Operasyon esnasında ayak pedalı ile kontrol edilen bipolar koter kullanılmıştır ve yapılan ince diseksiyonlar esnasında pedalına basılmadan bipolar koter ile kontrol edilerek marjinal mandibular sinirin ince dallarının kesilmemesine özenle dikkat edilmiştir. Tüm operasyonlar sonrasında hastaların erken ve geç dönem takiplerinde fasial sinir dallarında yaralanma görülmemiş, preoperatif ısırım ve ağız açıklığı restore edilmiştir.

Sonuç: Mandibulanın kondiler/subkondiler bölge kırıklarında retromandibular yaklaşımın kullanılmasını tüm meslektaşlarımıza tavsiye etmekteyiz. Bu yaklaşım esnasında anestezi hekimi tarafından kas gevşetici ajan kullanılmaması ve bipolar koterin yakma işlevi sağlamadan diseksiyon esnasında kullanılmasını önemle hatırlatmaktayız.

Kaynaklar
1. Jeffrey A. Hammoudeh, Nirm Nathan and Seth Thaller. Mandible Fractures. Chapter 40, in: Zol B. Kryger and Mark Sisco, eds. Practical Plastic Surgery. USA. 2007. p. 248.

2. Baur DA, Kaiser AC, Leech BN, Landers MA, Altay MA, Quereshy F. The marginal

mandibular nerve in relation to the inferior border of the mandible. J Oral
Maxillofac Surg. 2014 Nov;72(11):2221-6.

Resim 1



Retromandibular insizyon

Resim 2



Retromandibular insizyon yoluyla ARİF

P-044

Doku genişletici uygulamalarında donör saha tercihlerinin tekrar gözden geçirilmesi

Sinan Öksüz[1], Murat Şahin Alagöz[2], Fikret Eren[3]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli
[3]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul

Giriş: Doku defektlerinin onarımında en uygun seçenek, onarım için defekt bölgesine benzer özellikte dokuların kullanılmasıdır. Doku ekspansiyonu, belirgin donör saha morbiditesi oluşturmadan defekt bölgelerinin en yakındaki benzer doku ile onarılmasına imkan verir. Ancak ekspande edilebilecek kısıtlı genişlikte sağlam dokusu bulunan doku defekti vakalarında, klasik doku ekspansiyonu prensipleri ile yeterli doku kazancı sağlanması mümkün olmayabilir. Bu bildiri ile doku ekspansiyonunda sadece sağlıklı doku ile sınırlı kalmayan donör saha seçimlerimizin sunulması ve bu yeni donör saha seçiminin kalsik donör saha seçimi ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ağırlıklı olarak baş boyun bölgesi olmak üzere çeşitli vücut bölgelerinde oluşan deri defektlerinin onarımı için doku ekspansiyonu yöntemi kullanıldı. Doku ekspansiyonu donör sahası tercihi sadece sağlıklı doku bölgeleri ile sınırlı tutulmadı. Lezyon ve sağlıklı doku sınır bölgesi veya lezyonun tam altına da doku genişleticiler yerleştirildi. Doku genişletici lezyon altına yerleştirilirken doku genişleticinin yüksekliğinin defekt genişliğinin yarısına eşit veya yarısından fazla olmasına dikkat edildi. Bu sayede defekt alanına en yakın deri bölgeleri veya lezyon altına doku genişletici yerleştirilen vakalarda ise oluşacak defektin çevresindeki deri bölgeleri genişletilebildi. Doku genişleticilerin çıkarılması ardından defekt bölgeleri ve donör sahaları çok yakın komşulukta bulunan ekspande edilmiş dokular ile onarıldı.

Bulgular: Ekspansiyon sırasında enfeksiyon, hematom, rüptür veya flep nekrozu gözlenmedi. Lezyon sınırına veya lezyonun altına doku genişletici yerleştirilerek defekti onarmaya yetecek kadar doku ekspansiyonu sağlanabildi. Ekspande edilen dokular defekt sahasının çok yakınında olduğu için genişletilen dokuların uzak mesafelere taşınmasına gerek olmadı. Kazanılan dokuların ilerletilmesi veya kısa mesafeli rotasyonları sayesinde büyük flep hareketleri ile oluşabilecek doku kayıpları engellendi. Klasik yönteme göre daha az skar ile onarım imkanı sağlandı.

Sonuç: Klasik doku ekspansiyonunda daha fazla doku elde edebilmek için mümkün olan en büyük doku genişleticinin kullanılaması tercih edilir. Ancak sağlıklı donör sahaların yeterince büyük olmadığı durumlarda, klasik olarak doku genişleticilerin boyutu donör sahaya uydurularak daha küçük doku genişleticiler kullanılır. Buna karşın lezyon sınırına veya lezyonun tam altına doku genişletici yerleştirmek, doku genişletici boyutlarının seçiminde karşılaşılan sınırlamaları azaltır. Lezyon altı veya lezyon sınırına doku genişletici yerleştirilerek elde edilen fazla doku daha az skar ve daha basit flep planlamaları ile defekt onarımı için güvenle kullanılabilir.

P-045
Benign mi? Malign mi? Metastaz mı? Skalpte ciltaltı yerleşimli intraoperatif tanı koyulabilen mezenşimal tümör olgusu

Muhammet Ömür Ersin Altun, Gökhan Efe, Alper Ural, Ümit Naci Karaçal
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Skalp ve kafatası kemikleri beyni kaplayarak koruyan vital yapılardır. Kalvarial kemikler genellikle metabolic hastalıkların tumor benzeri değişiklikleri, primer tümörler ve metastatik tümörler görülür. Primer skalp ve kalvarial maligniteler nadirdir. Bu bölge lezyonlarında başağrısı, şişlik ve lokal ağrı en sık şikayetlerdir. Skalp ve kafatasının benign lezyonları malign lezyonlarından daha sık olmakla birlikte kesin insidansları bilinmemektedir. Kalvaryuma metastaz oranı ise literatürde %12,4 olarak bildirilmiştir. Benign-Malign tümor ön tanısı hikaye,muayene ve radyodiagnostik yöntemlerle koyulabilsede zaman zaman öntanıda güçlük çekilmekte ve teşhis için eksizyon materyallerinin histopatolojik incelemsi gerekmektedir. Bu makalede, öntanısında güçlük çekilen fakat intraoperatif yapılan örnekleme sonucunda malign mezenşimal tumor tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 28 yaşında erkek hasta, 15.11.2011 tarihinde uylukta kitle nedeniyle opera edilmiş ve leiyomyosarkom (malign mezenşima tumor grade 1) tanısı almış. Onkoloji birimince Kemoterapi ve radyoterapi tedavisi başlanmış. Onkoloji takiplerinde 11.12.2014 tarihinde omuzda ele gelen sertlik tespit edilmiş. Omuzda oluşan kitleye yönelik cerrahi müdahale yapılmış ve indiferansiye pleomorfik sarkom (malign fibrohistiositom grade 2) tanısı almış. Hastanın 17.3.2015 tarihindeki onkoloji poliklinik kontrolünde 2 haftadır vertex bölgesindeki olan ve giderek büyüyen 4*4cm ebatında kitle tespit edilmiş. USG yapılmış ve 33*20mm ebatında lobule konturlu hipoekoik, santral ve periferik hipervaskülarite gösteren solid kitle olarak yorumlanmış. Hasta bu bulgularla plastik cerrahi polikliniğimize kitlenin eksizyonu açısından yönlendirilmiş. Hasta 27.3.2015 tarihinde kliniğimizce amelyata alındı. Sedasyon ve lokal anestezi altında prone pozisyonda vakaya başlandı. Vertex bölgesindeki kitle için çizim yapıldı. Çizime uygun insizyon ve diseksiyonlarla ilerlenerek kitle periost altında görünür hale getirildi. kitlenin kraniumda 3cm çapında alanı erode ettiği ve ekstradural- intradural uzanım gösterdiği görüldü. Hasta lateral dekubit pozisyona alınarak genel anesteziye geçildi. Sonrasında hasta tekrar prone pozisyona alındı ve beyin cerrahi kliniğiyle birlikte kitlenin eksizyonu yapıldı. Kanama kontrolünü takiben vakaya son verilerek hasta beyin cerrahi yoğun bakım ünitesine devredildi. Alınan biyopsi sonucu malign mezenşimal tumor (grade 2) ile uyumlu gelmiş ve metastaz lehine yorumlanmıştır. Hasta 2 haftalık takibinin ardından beyin cerrahi kliniğinden herhangi bir nörolojik defisit olmaksızın taburcu edildi. Hastanın onkolji kliniğince kemoterapisi ve radyoterapisi düzenlenerek hasta yeniden poliklinik takibine alındı. Takiplerde kitlede büyüme ve yeni metastatik odak saptanmamıştır.

Sonuç Ve Tartışma: Skalp ve kafatsı lezyonları konjenital, iinflamatuar, travmatik, neoplastic lezyonlardır. Kalvarial metastazlar malign tümörlü hastalarda görülür. Kalvarial metastazlar grafilerde osteolitik veya osteosklerotik lezyonlardır. Kemik BT algoritması kalvarial metastazların teşhisinde çok sensitiftir. Bu olguda USG görüntüleme yapılaması ve hasta hikayesi metastazı düşündürmekle beraber DG veya BT çekilmemesi osteolitik alanine farkedilememesine neden olmuştur ve kitleye ciltaltı yumuşak doku tümörü gibi yaklaşılmasına neden olmuştur. Metastatik kalvarial lezyonlarda nörolojik defisit çok az bir kısmında bildirilmiştir. Bu olguda da hastanın nörolojik bir defisitten veya şikayetten ziyade localize şişme yakınmasının mevcut olması benign –malign – metastaz ayrımını klinik olarak yapmayı güçleştirmiştir. Sonuç olarak, skalp ve kalvarial kitlelerin çoğu benign karakterde olsa da neoplastic kitlelerde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdı. Neoplastik özellikteki skalp ve kalvarial lezyonların büyük çoğunluğu dikkatli radyolojik incelemelerde tespit edilebilen lezyonlardır. Ayrıca bu bölge lezyonlarında gerekli görüldüğü taktirde biyopsi ve cerrahi rezeksiyon aşamasında alınan örneklerden frozen çalışma yapılmasii rezeksiyon sınırlarının iyi tanımlanarak tedaviyi yönlendirme açısından önemlidir.

P-046
Fasiyal Palsy Rekonstruksiyon Deneyimlerimiz: 5 Yıl 17 Hasta

Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Selami Serhat Şirvan, Memet Yazar, Medeni Volkan Kıyak, Ayşin Karasoy Yeşilada, Işıl Akgün, Hikmet İhsan Eren
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Fasiyal sinir; beyinde presantral girusun alt segmentinden kaynaklanan uyarıları alıp yüzün ilgili kaslarına taşıyan 7. kraniyal sinirdir. Sinir uyarılarının oluşturulduğu presentral girus, uyarıların taşınma yolu olan fasiyal sinir veya uyarıların iletildiği mimik kaslarında oluşan hasara bağlı gelişen tablo fasiyal palsy olarak adlandırılmaktadır. Fasiyal palsy; konjenital durumlar, idiyopatik, iatrojenik hasar, nörolojik, enfeksiyon, neoplastik, travma, toksik, metabolik veya sistemik hastalıklara bağlı olarak gelişebilmektedir

Metod: 2011 Ocak – 2015 Ağustos ayları arasında kliniğimize fasiyal palsy şikayeti ile başvuran ve rekonstrüksiyon uygulanan 17 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar; yaş, cinsiyet, etiyoloji, fasiyal palsy süresi, palsy tarafı ve tipi, postoperatif komplikasyon açısından değerlendirildi.

Bulgular: 2011 Ocak – 2015 Ağustos tarihleri arasında kliniğimizde fasiyal palsy şikayeti ile yaşları 18 ile 66 (ortalama:43.1) arasında, 9 bayan 8 erkek olmak üzere toplam 17 hasta opere edildi. Opere edilen hastalar etiyolojik olarak değerlendirildiğinde; 7 hastada kraniyal kitle cerrahisi sonrası, 2 hastada geçirilmiş serebrovasküler atak, 6 hastada trafik kazası, 2 hastada geçirilmiş travma sonrası fasiyalpalsy şikayeti mevcut idi. Hastaların bize yaptıkları başvuru esnasında mevcut şikayetleri 2 yıl ile 20 yıl (ortalama:8,4) arasında mevcut idi. Hastaların 10 tanesinde sağ taraflı, 7 tanesinde sol taraflı, 9 tanesinde santral tipte, 7 tanesinde periferik tipte fasiyalpalsy şikayeti mevcut idi. Üç hastaya temporal kas transpozisyonu, 2 hastaya mastter kas transpozisyonu, 3 hastaya TFL ile askılama, 3 hastaya kaş akılama, 3 hastaya üst göz kapağına altın ağırlık yerleştirilmesi, 2 hastaya üst göz kapağına altın ağırlık yerleştirilmesi, kaş askılama ve TFL ile askılama kombinasyonu, 1 hastaya kantopeksi ve kantopeksi operasyonları uygulandı. Hastalar gelişen komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde TFL ile askılama uygulanan bir hastada postoperatif üçüncü haftada sütur reaksiyonuna bağlı abse formasyonu gelişmiş olup cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisi ile tedavi edilmiştir, diğer hastalarda herhangibir komplikasyon

izlenmemiştir. Hastaların 9 tanesine kantopeksi, üst göz kapağı altın ağırlık uygulama, kaş askılama operasyonları yapılmış olup bu durumdan ilk önceliğin göz kapanması ve görme alanına yönelik olduğu sonucuna ulaştık. Hastaların lagoftalmi ve görme alanının azalması sonrasında 2. Sıradaki şikayeti dinlenme esnasında ve gülme esnasında oluşan asimetri idi.

Tartışma: Fasiyal sinir yüzün tonusun sağlanması, mimiklerin gerçekleşmesi, gözün korunması, havayolu desteği, konuşma ve oral kontinasta rol oynar. Fasiyal palsi ciddi mobidite oluşturan ve fonksiyonel, estetik ve fizyolojik açıdan değerlendirilerek tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (1). Fasiyal palsinin en sık konjenital nedeni doğum kaynaklı travma olup bu durum genellikle birkaç ay içerisinde düzelme göstermektedir (2). Fasiyal reanimasyon teknikleri genel olarak fasiyal sinir tamiri ve greftleme, cross-face sinir grefti, hipoglossal sinir transpozisyonları, lokal kas transpozisyonları, statik asma ve serbest kas flepleridir ve bunlar kendi içerisinde dinamik ve statik yöntemler olarak ayrılmaktadır (3). Tedavi mevcut şikayetin ne kadar zamandan beri mevcut olduğuna göre, hastanın sistemik durumu, yaşı, motivasyonuna, bölgesel ve uzak kasların durumuna göre değişme göstermektedir. Tedavide amaç fonksiyonel üniteleri rekonstrükte etmek, dinlenme anında simetriyi sağlamak ve hareket esnasında dinamik spontan hareketi sağlamaktır (4). Biz tedavi seçiminde hastanın beklentisi, operasyon sonrası fizik tedavi uyum motivasyonu, yaşı, bölgesel kasların durumunu değerlendirerek rekonstrüksiyon metoduna karar verdik.

Sonuç: Vücuttaki kasları hareket ettiren sinirler içinde en uzun kemik kanala sahip olan fasiyal sinir, en sık felç görülen sinirlerden biridir. Kişiliğimizin bir sembolü olan yüz ifademiz ve mimiklerde ciddi değişime yol açan fasiyal sinir hasarlarında gerekli değerlendirme yapılmalı ve hastanın şikayet önceliğine ve genel durum, yaş gibi özellikleri göz önünde bulundurularak uygun tedavi yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Fattah A, Borschel GH, Manktelow RT, Bezuhly M, Zuker RM, Facialpalsy and reconstruction., PlastReconstrSurg. 2012 Feb;129(2):340e-352e.
2. Duval M, Daniel SJ. Facialnervepalsy in neonatessecondarytoforcepsuse. ArchOtolaryngolHeadNeckSurg. 2009;135:634–636.
3. Buyuklu F, Cakmak O. Fasiyal Paralizi Reanimasyon Teknikleri Turkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics 2008; 1:45-58.
4. Terzis KJ, Tzafetta K. The "Babysitter" Procedure: MinihypoglossaltoFacialNerve Transfer andCrossFacialNerveGrafting. PlasticandRecSurgery 2009;123: 865-876.

Resim 1



Preoperatif görüntü

Resim 2



Peroperatif Görüntü (Masseter Transpozisyonu)

Resim 3



Postoperatif 1. Ay

P-047
Nazal Rekonstruksiyon Deneyimlerimiz: 5 yıl 93 Hasta

Selami Serhat Şirvan, Semra Hacıkerim Karşıdağ, Memet Yazar, Dağhan Dağdelen, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Mecd Atıf Cezayirlioğlu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş : Bin dokuzyüz elli yedi yılında Gillies burnu olmayan bir yüzü mili olmayan bir güneş saatine benzetmiştir. Burnun yüzün orta hattında yerleşmesi nedeniyle rengi, şekli ve büyüklüğü ile insan karakterini yansıttığını ifade etmiştir (1). Burun yüzün orta hattında yerleşmesi, projeksiyonunun daha fazla olması nedeniyle travma ve UV ışınlara daha çok maruz kalmakta ve bu nedenle gelişen çeşitli boyutlarda defekt ile plastik cerrahlar yüzleşmektedir. Nazal rekonstrüksiyon tarihçesi milattan 3000 yıl önce Orta Asya'da başlamıştır ancak ilk yazılı rekonstrüksiyon milattan 600 önce Susrutha tarafından bildirilmiştir (2). Bu tarihten itibaren nazal rekonstrüksiyon ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Hasta – Metod: 2011 Ocak - 2015 yılları arasında kliniğimizde çeşitli etiyolojik nedenlerle greft veya flep ile nazal rekonstrüksiyon uygulanan hastaları yaş, cinsiyet, etiyoloji, deftin boyutu, rekonstrüksiyon metodu ve gelişen komplikasyonlar açısından geriye dönük olarak inceledik.

Bulgular: 2011 Ocak – 2015 tarihleri arasında yaşları 20 ile 88 (ortalama: 66,59) arasında değişen 40 erkek, 53 bayan olmak üzere toplam 93 hastaya nazal rekonstrüksiyon uygulandı. Oluşan defektin primer suture edildiği hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar defekt etiyolojisi açısından değerlendirildiğinde 78 hastada BCC eksizyonu, 1 hastada bazalyoma eksizyonu, 1 hastada vasküler malformasyon eksizyonu, 1 hastada aktinik keratoz eksizyonu, 6 hastada SCC eksizyonu, 3 hastada bazoskuamoz karsinom eksizyonu, 1 hastada bowen eksizyonu sonrası defekt oluşumu, 1 hastada travmatik, 1 hastada ise self mutilasyon sonucu defekt oluşumu mevcut idi. Rekonstrüksiyon uygulanan defektlerin çapı 1 ile 28 santimetrekare (ortalama:6,35) arasında olduğu saptandı. Defekt yerleşimi olarak hastalar nazal dorsum, ala nazi, tip ve kolumella olarak sınıflarıldığında; 42 hastada nazal dorsal defekt, 31 hastada ala nazi defekti, 15 hastada burun tip defekti, 1 hastada kolumella defekti saptanırken 1 hastada totale yakın, 2 hastada total burun defekti mevcut idi. Uygulanan rekonstrüksiyon metodu olarak değerlendirildiğinde 43 hastaya tam kalınlıkta deri grefti, 16 hastaya nazolabial flep, 14 hastaya bilobe flep, 7 hastaya nazal dorsal flep, 6 hastaya alın flebi, 4 hastaya reverse anguler arter bazlı perforatör flep, 1 hastaya banner flep, 1 hastaya epitez, 1 hastaya free flap ile ronstruksiyon uygulanmıştır. Hastalar komplikasyon açısından değerlendirildiğinde; 5 hastada venöz konjesyon gelişmiş elevasyon ile gerilemiştir, 2 hastada flep distalinde parsiyel nekroz gelişmesi gözlenmiş sekondere bırakılarak sorunsuz bir şekilde iyileşmiştir, 2 hastada sütur hattında detaşman gelişmiş bu hastalarda yara bakımı ile sekonder iyileşmeye bırakılmıştır.

Tartışma : Burun defektlerinin rekonstruksiyonunda en sık göz ardı edilen ve en önemli olan nokta alt ünite prensibidir. 1985 yılında burun alt üniteleri Burget ve Menick tarafından tanımlanmıştır (3). Bu metoda göre eğer burundaki defekt estetik alt unitenin %50 sinden fazla ise tüm alt ünite rekonstrükte edilmeli, defekt alt ünitenin %50 sinden az ise estetik ünite göz ardı edilerek rekonstrükte edilmelidir (3). Evans ve arkadaşları 71 vakalık nazal rekonstrüksiyon serisi sonucunda burun defektlerinin cerrahi sınırların şüpheli olduğu, agresif histolojisi olan tümörler, perinöral veya kemik invazyonu olan tümörler ve radyoterapi gerekecek hastalar haricinde erken rekonstükte edilmesi gerektiğini bildirmiştir (4). Bu iki kural göz önünde bulundurularak defekt mukoza, kıkırdak-kemik ve deri eksikliği açısından değerlendirildikten sonra gereksinim belirlenir ve hastanın yaşına, sistemik durumuna, beklentisine, çevre dokularına göre uygun olan rekonstrüksiyon metodu seçilerek tedavi uygulanır.

Sonuç: İnsan yüzünde orta hatta yer alan burun hayatımızda fonksiyonel ve sosyal anlamda önemli yer teşkil etmektedir. Burunda çeşitli nedenlerle oluşan defektlerde uygun analiz yapılarak hastanın en kısa zamanda estetik sonuçlar ile sosyal yaşamına kazandırılmasının önem arz ettiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Gillies H, Millard DR. ThePrinciplesand Art of PlasticSurgery.Boston: Little, Brown; 1957.
2. Nichter LS, Morgan RF, Nichter MA. Theimpact of Indianmethodsfor total nasalreconstruction. ClinPlastSurg1983;10:635–647.
3. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg 1985;76:239–247.
4. Evans GR, Williams JZ, Ainslie NB. Cutaneous nasal malignancies: Is primary reconstruction safe? Head Neck 1997;19:182–187.

Resim 1



Alın Defekti İle Burun Rekonstrüksiyonu Örneği

Resim 2



Nazolabial Flep ile Burun Rekonstrukiyonu

P-048
Akut Lenfositik Lösemi Tedavisi Sonrası Çocukluk Çağında Görülen Dil Kanseri: Nadir Bir Olgu

Abdül Kerim Yapıcı[1], Sinan Öksüz[1], Fatih Zor[1], Serdar Karahatay[2], Muhitdin Eski[1]
[1]GATA Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara
[2]GATA Kulak-Burun-Boğaz AD, Ankara

Giriş: Çocukluk çağının (0-14 yaş) en yaygın kanserleri lösemi, santral sinir sistemi kanserleri ve lenfomalardır. Çocukluk çağı lösemi ve lenfoma tedavisi sonrası sağ kalım oranı yüksek olmakla birlikte bu hastalarda ikincil kanselerin ortaya çıkma riski artmaktadır. Çocukluk çağı akut lenfositik lösemi (ALL) tedavisi sonrası görülen en sık ikincil kanser beyin kanseri iken dil kanseri de nadiren görülmektedir (1,2). Biz burada çocukluk çağı ALL tedavisinden 9 yıl sonra dil kanseri gelişen bir olguyu ve tedavi yaklaşımımızı sunacağız.

Olgu Sunumu: 14 yaşında erkek hasta dilinde yara nedeni ile kliniğimize başvurdu. 5 yaşında ve nüks sonrası 7 yaşında olmak üzere 2 kez ALL nedeni ile kemoterapötik tedavi gördüğünü ve 2009 yılında kemik iliği nakli yapıldığını ifade eden hastanın yapılan fizik muayenesinde dil orta kısmında yaklaşık 2x1.5 cm boyutunda krater oluşturmuş olan, üzeri beyaz, aftöz bir yarası mevcuttu (Resim 1a). Yaklaşık 7 ay önce dilin sol lateralinde aynı şekilde yara olduğunu ve bunun eksizyonu sonrası patolojisinin yassı epitel hücreli kanser (YEHK) geldiğini ifade eden hastaya operasyon sonrası aynı taraf boyuna ve dile ratyoterapi de uygulanmış. Dil üzerinde bir aydır olan yarasından alınan biyopsi sonucu YEH kanser gelen ve çekilen PET CT'de herhangi bir metastaz saptanmayan hastaya sağ boyun diseksiyonu, parsiyel glossektomi (Resim 1b) ve serbest anterolateral uyluk flebi ile dil rekonstrüksiyonu (Resim1c) operasyonu uygulandı. Cerrahi sınırlar temiz olan hastaya ameliyat sonrası kemoterapi-radyoterapi uygulanmadı. Halen takip edilen hastada 5 aylık sürede nüks saptanmadı (Resim 1d).

Tartışma: Çocukluk çağı kanseri nedeni ile radyoterapi ve kemoterapi tedavisi alan hastalarda ikincil kanserlerin görülme oranı artmaktadır. Çocukluk çağı lösemi ve lenfoma tedavisi sonrası sağkalım oranı yüksek olduğundan bu hastalarda ikincil kanserlerin gelişme riski 30-40 yaşları arasında pik yapmaktadır. ALL tedavisi sonrası en sık görülen ikincil tümörler sırasıyla beyin tümörü, Hodgkin lenfoma, tiroid kanseri, bazal hücreli kanser ve parotis kanseridir (2,3). Dil kanseri %2.6 oranıyla daha nadir görülmektedir (1). İkincil kanserlerin gelişim nedenlerinin anlaşılarak ortaya çıkmalarının önlenmesi ve bu hastaların yakın takibi ile kanserin erken tanısının konarak tedavi edilmesi hedef olmalıdır. Küçük yaşta dil kanseri nedeni ile opera edilecek hastalarda uygun rekonstrüksiyon seçeneğinin belirlenmesi hastanın yaşam kalitesini ve süresini arttıracaktır.

Referanslar

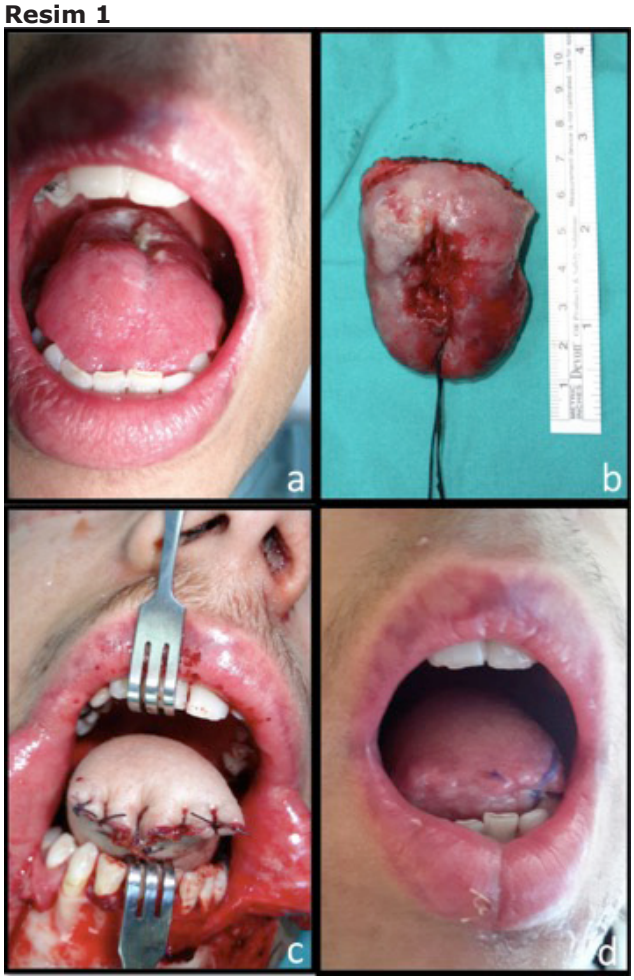
1- Maule M, Scélo G, Pastore G, Brennan P, Hemminki K et al. Risk of second malignant neoplasms after childhood leukemia and lymphoma: an international study. J Natl Cancer Inst. 2007:16;99(10):790-800.

2- Schmiegelow K, Levinsen MF, Attarbaschi A et al. Second malignant neoplasms after treatment of childhood acute lymphoblastic leukemia. J Clin Oncol. 2013:1;31(19):2469-76.

3- Leung W, Ribeiro RC, Hudson M, Tong X, Srivastava DK, Rubnitz JE, Sandlund JT, Razzouk BI, Evans WE, Pui CH. Second malignancy after treatment of childhood acute

myeloid leukemia. Leukemia. 2001 Jan;15(1):41-5.

Resim 1



Resim 1: Dildeki lezyon (a), glossektomi materyali (b), anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüksiyon sonrası intraoperatif görünüm (c), postoperatif 1. aydaki görünüm

P-049
Orta Yüz ve Boyun Rekonstrüksiyonunda Pediküllü Latissimus Dorsi Kas Deri Flebi ile Rekonstrüksiyon Tecrübelerimiz

Çağrı Ahmet Uysal, Burak Özkan,
Atilla Adnan Eyüboğlu, Azer Zeynalov, Abbas Albayati, Nilgün Markal Ertaş, Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş Latissimus Dorsi kas deri flebi Mathes Nahai tip V fleptir. Serbest olarak veya pediküllü transferiyle baş boyun bölgesindeki geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılmaktadır. Serbest flep çoğu vakada ilk tercih olsa da ileri yaş, radyasyon öyküsü, alıcı damar hasarı, estetik beklentinin düşük sistemik komorbidetelerin olması nedeniyle mikrocerrahi komplikasyonların fazla olabileceği hasta grubunda flebin pediküllü olarak transferi ile orta yüz bölgesindeki geniş defektlerin kapatılmasına olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde pediküllü lattisimus kas deri flebi ile rekonstrüksiyon deneyimlerimiz anlatılmıştır.

Materyal- Metod2013-2015 yılları arasında Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine başvuran 3 hastada orta yüz rekonstrüksiyonu pediküllü kas deri flebi ile yapılmıştır. (Tablo 1) Hastaların ortalama yaşı Hastalarda radyasyon öyküsü, Defektlerin etiyolojisinde 2 hastada yassı hücreli karsinom, 1 hastada yumuşak doku sarkomu mevcuttur. Hastalarda defekt boyutuna uygun cilt adası ve maksiller hacmi dolduracak kas eleve edildikten sonra torakodorsal pedikül subskapuler arterden çıkışına kadar serbestlendikten sonra transaksiller supraklavikuler olarak oluşturulan tünelden defekt alanına transfer edilmiştir.

BulgularOrtalama defekt boyutu 14x9 cm2 'di. 2 hastada donör saha primer onarılırken 1 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti kullanıldı. Hastalar ortalama 8 gün hospitalize edildiler. Hastalarda erken dönemde komplikasyon görülmedi. 1 hastada boyunda cilt altında şişlik yaratan pedikül, hastanın isteğiyle post operatif 6. ayda inceltildi. 1 hastada boyunda hareket kısıtlılığı şikayeti fizik tedavi ile düzeltildi. 1 hasta mevcut hastalığı nedeniyle takibinin 4.ayında kaybedildi. (Tablo 2)

Tartışma:Latissimus dorsi kas flebi farklı lokalizasyonlardaki geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda serbest olarak sıklıkla kullanılan bir fleptir. Flebin başlıca avantajlarından biri hacim kazandırma etkisinin olması ve güvenilir dolaşımıdır. Pediküllü olarak torakal bölgede yaygın olarak kullanılan latissimus dorsi flebinin rotasyon arkı, pedikül diseksiyonu ile orta yüz bölgesinde suborbital bölgeye kadar arttırılabilmektedir. Uzun ve dikkatli pedikül diseksiyonu, transferi için transaksiller subklavikuler veya supraklaviküler cilt tünelizasyonu gerektirmesi, kasın cilt altında bulky görünümü, boyun hareketlerinde kısıtlılık serbest aktarılmasına göre dezavantajlı yanlarıdır. Serbest flep cerrahisinin yüksek riskli olduğu ileri yaş, radyoterapi öyküsü, sistemik komorbiditlerin olduğu hasta gruplarında geniş defektlerin güvenilir ve hızlı bir şekilde kapatılmasına imkan tanıması açısından bölgedeki pektoralis major kas deri flebi gibi diğer lokorejyonel fleplere göre üstünlük sağlamaktadır. Sonuçserbest flep cerrahisinin yüksek riskli olarak değerlendirildiği hasta gruplarında Latissimus kas deri flebi orta yüz ve boyun bölgesindeki geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda, pediküllü olarak güvenli bir şekilde kullanılabilir.

Hasta 1 intraop



defektin intraoperatif görünümü

hasta 1 post op görünüm



hastanın post operatif 2. hafta görünümü

hasta 2



kas deri flebinin orta yüze nakli ve post operatif 6. ay

Tablo 1

Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Morbidite
78	Erkek	Yassı hücreli Karsinom	Uzak Metastaz
32	Erkek	Malign Mezenkimal Tümör	Radyoterapi
56	Erkek	Yassı Hücreli Karsinom	Radyoterapi

Rekonstrüksiyon hastaları ve etiyoloji

Tablo 2

Lokalizasyon	Defekt/Flep Boyutu	Hospitalizas-yon	Komplikasyon
Orta Yüz	15x5 cm	6 gün	Bulky kas pedikülü
Orta Yüz	12x8 cm	8 gün	Boyunda hare-ket kısıtlılığı
Boyun lateral alt yüz	17x15 cm	10 gün	Postoperastif 4. Ayda Ex

Tümör ve Rekonstrüksiyonu

P-050
Minör Tükrük Bezinden Gelişen Pleomorfik Adenom: Olgu Sunumu

Abdül Kerim Yapıcı, Muzaffer Durmuş, Sedat Avşar, Muhitdin Eski
GATA Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

Giriş: Pleomorfik adenom (PA) % 90 oranında parotis bezinde görülen iyi huylu bir tükrük bezi tümörüdür. % 8 oranında minör tükrük bezlerinden de köken alır. Sırasıyla damak, dudak, bukkal mukoza ve dildeki minör tükrük bezlerinde sıklıkla görülür (1,2). Biz burada buksinatör kası dış yüzeyinde bulunan bukkal minor tükrük bezlerinden köken alan PA olgusundan bahsedeceğiz.

Olgu sunumu: 38 yaşında bayan hasta sağ yanakta kitle şikayeti ile başvurdu. Kitlenin bir yıldır mevcut olduğunu ve son zamanlarda boyutunda artış olduğunu ifade etti. Yapılan fizik muayenede, sağ bukkal bölgede yaklaşık 1 cm çapında, sert, mobil, ağrısız bir kitle tespit edildi. Ultrasonografik incelemede kitlenin masseter kası anterolateralinde, 13x9 mm boyutunda, lobule konturlu olduğu ve parotis bezi ile ilişkili olmadığı görüldü. İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu; oval iğsi çekirdekli hücre grupları izlenen, malignite olasılığı dışlanamayan, öncelikle mezenkimal bir neoplazm ile uyumlu olarak rapor edildi. MRI incelemede USG ile benzer anatomide tarif edilen kitle malignite yönünden ekarte edilemedi ve eksizyonu önerildi. Bukkal mukozada, parotis kanalı ve bukkal mukozaya açılan kanal ağzı korunarak yapılan insizyondan, çevre dokusu ile beraber eksize edilen kitle (Resim 1) patolojik inceleme sonrası pleomorfik adenom olarak rapor edildi. 7 aylık takip süresinde hastada herhangi bir nüks tespit edilmedi.

Tartışma: Tükrük bezi tümörleri tüm baş-boyun tümörlerinin % 5'inden azını oluşturmaktadır. Pleomorfik adenom hem major hem de minor tükrük bezlerinde en sık görülen tümördür. Minör tükrük bezlerinden köken alan pleomorfik adenom submukozal olarak yavaş büyüyen, ağrısız kitle şeklinde görülür. Ülserasyon ve çevre dokuya fiksasyon görülmez(1,3). Geniş cerrahi eksizyon ile tedavi edilir. Yetersiz eksizyon nüks ile sonuçlanır. Özellikle damak, dudak, bukkal mukoza ve dilde görülen kitlelerde pleomorfik adenom olasılığı düşünülmelidir. Cerrahi öncesi yapılacak tetkiklerle tanı konulmaya çalışılmalı ve geniş eksizyon ile nüksü önlenmelidir.

Kaynaklar: 1- Khandekar S, Dive A, Munde P, Wankhede ND. Pleomorphic adenoma of the buccal salivary gland. J Oral Maxillofac Pathol. 2015;19(1):111. 2- Unlu HH, Celik O, Demir MA, Eskiizmir G. Pleomorphic adenoma originated from the inferior nasal turbinate. Auris Nasus Larynx. 2003;30(4):417-20. 3- Sharma A, Deshmukh S, Shaikh A, Dabholkar J. Pleomorphic adenoma of the minor salivary gland of the cheek. Singapore Med J. 2013;54(9):e183-4.

P-051
Ortognatik Cerrahi Yapılan Hastalarda Fonksiyonel Hava Yolu Girişimlerinin Önemi

Memet Yazar, Erkan Yüce, Işıl Akgün Demir, Ayşin Karasoy Yeşilada, Ahmet Faruk Yücel
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Le Fort 1 osteotomisi genellikle mandibular ramus prosedürleri ile birlikte(sagital split) maloklüzyona neden olan çene deformitelerinin düzeltilmesinde kullanılmaktadır. Maksillanın farklı yönlerde mobilizasyonu nasal ve labial morfolojide farklı etkiler oluşturur. Le Fort 1 osteotomisinden sonra erken dönemde palatal bölgede kanama, geçici hava yolu obstrüksiyonu ve operasyon bölgesinde şilşik görülürken, inflamasyon gerilemesinden sonra özellikle nasotrakeal entübasyon yapılan hastalarda nasal septum deviasyonu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.bu nedenle Le Fort 1 osteotomisi yapılırken semptomatik septal deviasyonu ve ya konka hipertrofisini göz ardı etmek sonraki dönemde nazal hava akımını azaltabilir ve istenmeyen sonuçlara yol açabilir.

Olgular: Olgu 1: 41 yasında kadın hasta, yaklasık 6 yıldır ortodontik tedavi gördügü dıs merkezden, sınıf 3 maloklüzyon tanısıyla, sefalometrik analizi yapılmış olarak tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesi ve bilgisayarlı tomografi görüntülerinin değerlendirilmesi yapılan hastaya bilateral sajital split osteotomi ve Le Fort I osteotomi yapıldı. Hasta uyandırılmadan yaklasık 1 gün boyunca yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Postoperatif 1. gününde servise alınan hasta, henüz rondel lastikleri takılmadığı halde, nefes alıp vermede güçlük sikayetinin gelişmesi üzerine tekrar değerlendirildi. Hava yolu ile ilgili şikayetleri olmayan fakat preoperatif cekilen bilgisayarlı tomografi görüntülerinde belirgin septum deviyasyonu görülen hastada postoperatif erken dönemde ciddi nefes almada zorluk şikayetleri saptandı. Bunun üzerine postoperatif 3. günde operasyona alınarak açık teknikle septoplasti yapıldı. Operasyonun sonunda her iki nazal vestibülden intranasal splintler yerleştirildi. İkinci operasyondan sonra havayolu sikayetlerinde belirgin gerileme oldu.

Olgu 2: Dudak-damak yarığı nedeniyle tedavisi tamamlanmış 21 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 yıl boyunca dış merkezde ortodontik tedavi gördükten sonra dentofasiyal anomali nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Tarafımızca fizik muayenesi ve radyoloik değerlendirilmesi yapılan hastaya sınıf 3 maloklüzyon tanısıyla bilateral sajital split osteotomi ve Lefort I osteotomi yapıldı. Preoperatif hava yolu şikayetleri olan ve tomografisinde bilateral inferior konka hipertrofisi saptanan hastaya nazal hava yolunu rahatlatmak amacıyla, aynı seansta Le Fort I osteotomisini takiben mukozal yaklaşımla bilateral parsiyel inferior konka rezeksiyonu uygulandı. Operasyon sonunda her iki nazal bosluga intranazal splintler adapte edildi. Postop 1. gününde yoğun bakim ünitesinde uyandırılarak servise alınan hastanın yapılan değerlendirmesinde burundan nefes alıp verme şikayetinin olmadığı saptandı.

Sonuç: Maksillayı içeren dentofasial deformitesi olan bireyler septum deviasyonu ve inferior konka hipertofisine bağlı semptomatik nazal nefes alma zorluğu açısından büyük risk taşımaktadır. Bunlar gözardı edilirse ortognatik cerrahi sonrasında bu hastalarda ciddi hava yolu problemleri gelişebilmektedir. Bu hastalarda operasyon öncesi dönemde havayoluna yönelik detaylı inceleme yapılmalıdır. Bu konuda hastalar bilgilendirilmeli, endikasyon varlığında mümkünse operasyon sırasında ya da sonrasında uygun hava yolu müdahalelerinin yapılması gereklidir.

P-052
Yaşlı hastada geniş, tam kat santral üst dudak defektinin sandviç şekli verilmiş iki taraflı nasolabial ada flebi ile tek seanslı onarımı

Mehmet Çeber
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Geniş, santral üst dudak defektlerinin onarımında dudağın kendine özgü yapısı nedeniyle birçok cerrahi zorluk vardır. Defektin boyutlarının yanında cerrahın tecrübe ve birikimine de bağlı olarak birçok teknik tarif edilmiş olmakla birlikte ideal bir teknik gösterilememiştir. Bu tekniklerin çoğu dudak devamlılığını sağlamakla birlikte ağız açıklığında veya sfinkter fonksiyonunda kısıtlılığa veya ağız çevresinde skar dokusuna ve kötü estetik sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle her hastada onarımdaki öncelikler belirlenmeli ve ona göre kullanılacak teknik belirlenmeli. Yaşlı hastalarda üst dudak kanseri sonrası ortaya çıkan geniş ve tam kat santral dudak defektlerini onarırken göz önünde bulundurulması gereken öncelikler genç bir hastada göz önünde bulundurulan önceliklerden farklı olmalıdır. Yaşlı hastalarda üst dudağın estetik ünitelerinin yeniden oluşturulmasından daha öncelikli olarak üst dudaktaki defektlerin onarımı, göz önünde bulundurulmalıdır. Üst dudakta yerleşimli epidermoid karsinom rezeksiyonu sonrası oluşan santral yerleşimli, tam kat üst dudak defektinin sandviç şekli verilmiş iki taraflı nasolabial ada flepleri ile onarımı sunulmuştur.
OLGU SUNUMU : 90 yaşında erkek hasta başka bir merkezde alınan biyopsi sonucu üst dudakta epidermoid karsinom tansıyla polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede üst dudakta santral yerleşimli, her iki oral komissüre uzanmayan, etraf dokularda endurasyon ve fibrosise sebep olan geniş tümör dokusu görüldü (Resim 1). Palpabl lenf nodu saptanmadı. Manyetik rezonans incelemesinde baş boyun bölgesinde patolojik lenf nodu saptanmadı. Uzak metastaz saptanmadı. Tümör geniş olarak rezeke edildikten sonra frozen incelemesi ile eksizyon sınırlarının temiz olduğu doğrulandıktan sonra (Resim 2), iki taraflı olarak kaldırılan inferior pediküllü nasolabial ada flepleri her iki üst dudak lateral cildinin altında oluşturulan tünellerden geçirilerek defekt alanına getirildiler. Tünel oluşturma işlemi sırasında her iki modiolusun korunmasına dikkat edildi. Her iki flep defekt alanında üst dudağın iç ve dış astarını oluşturacak şekilde, bir cilt adası üst dudak dış yüzeyini diğer cilt adası üst dudağın iç astarını oluşturacak şekilde karşılıklı olarak yerleştirildikten sonra defekte adapte edildi.

Donör sahalar primer onarıldı. Fleplerde gerginlik görülmedi. Ameliyat süresi 60 dakika sürdü. Ameliyat sonrası 1 hafta hasta pipetle beslendi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Erken postoperatif dönemde 3. ayda flebin rengi ve kalınlığı orijinal dudak cildiyle benzerdi (Resim 3). Mikrostomi görülmedi. Ağız açıklığı yeterliydi. Üst dudak hacmi yeterliydi. Oral sfinkter fonksiyonları tatminkârdı. Üst dudak estetik üniteleri olmamakla birlikte hasta estetik sonuçtan memnundu. Flepler çok az miktarda büyük olmakla birlikte hastada herhangi bir probleme yol açmadığı için ek cerrahi girişim yapılmadı.

Tartışma: Dudak onarımında iki ana amaç vardır. Esas amaç üst dudağın fonksiyonel onarımıdır. Dudağın birincil işlevi sfinkter fonksiyonudur. Onarılan dudak ayrıca yeterli ağız açıklığı da sağlamalıdır. Dudak onarımında ikincil amaç ise estetik olarak güzel bir dudağın oluşturulmasıdır.

Dudağa komşu dokular kullanılarak uygulanan birçok cerrahi teknik tanımlanmasına rağmen bu teknikler bazı

dezavantajalara sahiptir. Bu nedenle her hasta için cerrahi onarımda birincil amaç değişebilmektedir. Yaşlı hastalarda özellikle malign tümörlerin rezeksiyonu sonrası oluşan geniş defektlerin onarımında birincil amaç dudağın estetik ünitelerine uygun olarak oluşturulmasından ziyade defektin iyileştirilmesidir.

Üst dudaktaki defektin boyutlarına bağlı olarak nasolabial flepler çeşitli araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde kullanılmış olmakla birlikte oral komissürde sarkma, mikrostomi, oral kontinensde azalma ve ağız çevresinde skar dokusu oluşumu gibi komplikasyonlardan kaçınmak için nasolabial fleplerin yeni kullanım şekillerine ihtiyaç vardır.

Bitik ve Uzun tek taraflı superior pediküllü nasolabial ada flebi ile üst dudağın santral, geniş tam kat defektlerini onarmışlardır. Ancak bu çalışmada dudağın iç astarı için flep tabanının mukosalize olması beklenmiştir. Bu da ağrı ve ağız hijyeni için özel önlemlerin alınmasını gerektirmiştir. Aynı zamanda ağız içinde sekonder iyileşme flepte bazı büzülmelere ve özellikle diş protezi kullanan hastalarda derin labial sulkusun kaybolmasına sebep olabilmektedir. Ağız açıklığı yeterli olmakla birlikte oral kompetansın etkinliği tartışmalıdır. Sarıfakioğlu ve arkadaşları ise üst dudağın geniş tam kat defekti için bilateral ters akımlı komposit nasolabial flepleri kullanmışlardır. Bu çalışmada transpozisyon fleplerine levator labii superior ve zigomatikus minor kasının bir kısmı ilave edilerek oral fonksiyon sağlanmaya çalışılmıştır. Üst dudağın iç astarını ise gingivobukkal sulkustan mukoza ilerleterek oluşturduklarını bildirmişlerdir. Bu transpozisyon flep tekniğinde klasik 'trapdoor deformitesi' gelişmekle birlikte estetik sonuç kabul edilebilir bulunmuştur. Ağız açıklığının da yeterli olduğu ifade edilmiştir. Transpoze edilen medial yanak cildinin lateral yanak cildi ve dudakta distorsiyona sebep olup olmadığından bahsedilmemiştir. Bu teknikte flebe dâhil edilen kaslarla ağzın sfinkter fonksiyonunun sağlanmaya çalışıldığı belirtilse de ilave edilen kasların hareket yönü değiştiğinden bu durumun dudak hareketlerini nasıl etkilediği belirtilmemiştir. Tekniğimizin avantajları mikrostomiye yol açmaması, ağız komissürlerini bozmaması, dudak dış astarında sakal çıkması ve bu sakalların skarları kamufle edebilmesidir. Tekniğimizin dezavantajları dudak estetik ünitelerinin oluşturulamaması ve dudak iç astarının da sakallı deri ile oluşturulmasıdır. Dudağın fonksiyonel onarımı göz önünde alındığında, 90 yaşında üst dişleri olmayan ve diş protezi kullanmayan, üst dudak boyutunun yaklaşık % 75'inden fazlasını içeren tam kat santral yerleşimli defekti için, sandviç şekline getirilmiş bilateral inferior pediküllü nasolabial ada fleplerinin tek seanslı onarım sağlayan, güvenilir, kolay uygulanabilecek bir yöntem olduğuna inanıyorum.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



P-053
Temporomadibular Eklemde Nadir Görülen Bir Tümör: Kondromatozis

Cem Berkay Sınacı[1], Nebil Yeşiloğlu[1], Emre Güvercin[1], Gaye Taylan Filinte[1], Sultan Yalçın[1], Mehmet Bozkurt[1], Sibel Kayahan[2]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

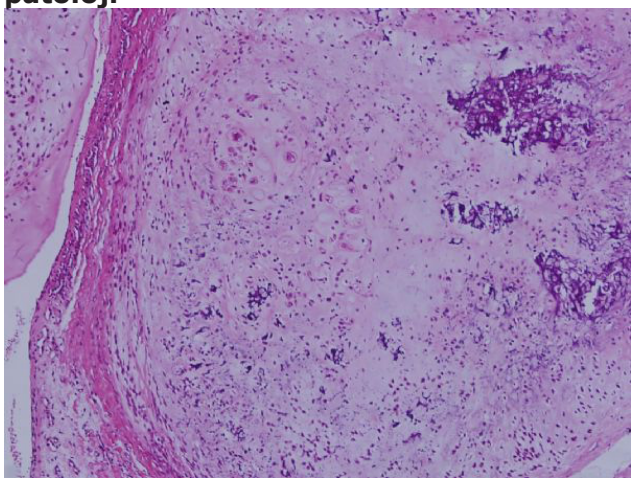
Giriş: Temporomandibuler eklem (TME) kitleleri çok nadir görülen tümörlerdir. Nadir görülen TME kitleleri arasında sinovyal kondromatozis, ostekondrom, osteom yer almaktadır (1).
Sinovyal kondromatozis nonspesifik semptomlar ve eklem disfonksiyonu, eklemin anatomik distorsiyonu gibi klinik bulgularla seyreden bir kitledir (2).
Bu çalışmada kliniğimize dental şikayetlerle başvuran hastada tespit edilen TME sinovyal kondromatozis olgusu sunulmuştur.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır var olan diş ağrıları şikayetiyle dış merkezde diş hekimine başvurmuş. Hasta, yapılan tetkikler sonucunda sol preaurikuler parotis bezi kaynaklı olabileceği düşünülen kitleye rastlanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın öyküsünde çene hareketlerinde kısıtlılık ve ağız açma-kapama esnasında klik sesi olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sol preaurikuler bölgede parotislojuna uygun sahada sert kıvamlı, düzenli sınırlı 3x3 cmlik kitle palpe edildi. Hastanın ağız açıklığında kısıtlılık ve lateral dislokasyon mevcuttu. Palpasyonda hassasiyet saptandı. Maksillofasyal BT incelemesinde sol preaurikuler mesafede subkutan doku içerisinde lobüle konturlu 23x18 mm boyutlarında nonspesifik yumuşak doku görünümü, temporomandibuler eklem MR incelemesinde preaurikuler mesafeye uzanan yaklaşık 20 mm çapında subkutan doku yerleşimli ve hafif kontrastlanma sergileyen nonspesifik nodüler görünüm raporlandı. Hastaya genel anestezi altında sol preaurikuler insizyondan yaklaşımla eksplorasyon yapıldı. Kitlenin TME'in 1 cm distaline ilerlediği ve frajil olduğu görüldü ve frozen incelemesi yapıldı. Frozen sonucunda whartin tümör alt tipi veya kondrom kaynaklı bir tümör olabileceği belirtildi. Kitle en-bloc olarak eksize edildi. Patoloji sonucu sinovyal kondromatozis olarak raporlandı. Post-operatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Fasyal sinir muayenesi doğal olarak saptandı.

Tartışma: Eklem sinovyal kondromatozisleri sıklıkla genç erişkinlerde görülür ve yalnızca %3'ü baş boyun bölgesinde yer almaktadır(3). TME yerleşimli olanlar parotis kitleleriyle karışabilmektedir. Hastalar sıklıkla eklem ağrısı, ağız açıklığında kısıtlılık, trismus gibi şikayetlerle hekime başvururlar. TME disfonksiyonu olarak değerlendirilerek tedavi başlanması sonucunda tanıda gecikme yaşanabilmektedir. Konservatif yaklaşım ve medikal tedavi ile iyileşme görülmeyen TME disfonksiyonlarında ayırıcı tanıda yer almalıdır. Sinovyal kondromatozis benign bir tanı olmakla beraber nadir de olsa sinovyal kondrosarkoma dönüşebilmektedir (4). Bu nedenlerle olası tanılar arasında düşünülmesinin tedavi yaklaşımı açısından klinik önem arz ettiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:
1) Warner BF, Luna MA, Robert Newland T. Temporomandibular joint neoplasms and pseudotumors. Adv Anat Pathol. 2000;7(6):365-81.
2) Sink J, Bell B, Mesa H. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: clinical, cytologic, histologic, radiologic, therapeutic aspects, and differential diagnosis of an uncommon lesion. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014;117(3):69-74.
3) Hohlweg-Majert B, Metzger MC, Böhm J, Muecke T, Schulze D. Advanced imaging findings and computer-assisted surgery of suspected synovial chondromatosis in thetemporomandibular joint. J Magn Reson Imaging. 2008;28(5):1251-7.
4) Coleman H1, Chandraratnam E, Morgan G, Gomes L, Bonar F. Synovial chondrosarcoma arising in synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. Head Neck Pathol. 2013;7(3):304-9.

patoloji



TME kondromatozis patoloji görüntüsü

P-054
Boyunda Atipik Yerleşimli Rekürren Pleomorfik Adenom Olgusu

Arda Akgün, Gaye Taylan Filinte, Nebil Yeşiloğlu, Emre Güvercin, Hakan Demirel, Ali Cem Akpınar, Mehmet Bozkurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Pleomorfik adenomlar özellikle parotis bezi olmak üzere majör tükürük bezlerinde en sık görülen neoplazmlardır. Nadir olarak ise majör ve minör tükürük bezleri dışındaki servikofasiyal alanlarda da bulunabilmektedirler (1). Bu çalışmada kliniğimize hikayesinde parotiste pleomorfik adenom öyküsü olan hastada geç dönemde atipik bir lokalizasyon olarak boyunda rekürren pleomorfik adenom gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta, yaklaşık 6 aydır farkettiğini söylediği boyun sağ tarafında kitle ve ara ara ağrı şikayetleri ile tarafımıza başvurmuş. Hastadan alınan anamnezde hastanın yaklaşık 10 yıl önce sağ parotis lojundan kitle eksizyonu yapıldığı ve sonucunun pleomorfik adenom olarak geldiği öğrenildi. Yapılan muayenesinde boyunda sağ servikal zincirde 2 adet yaklaşık 2 cm çapında mobil, düzgün sınırlı, palpasyonda ağrı yapmayan kitle saptandı. Hastanın fasiyal sinir motor fonksiyonlarının normal olduğu saptandı. Hastaya lokal anestezi ve sedasyon altında boyunda kitle üzerinden yapılan insizyonla girildi. Eksplorasyonda SCM kası üzerinde bulunan 2 adet yumuşak kıvamda kitle eksize edildi. Materyaller patolojiye inceleme amaçlı gönderildi. Patoloji sonucu rekürren pleomorfik adenom ile uyumlu histopatolojik bulgular

olarak raporlandı. Post-operatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası fasiyal sinir muayenesi doğal olarak saptandı.

Tartışma: Primeri belli olmayan boyun kitlelerinde hasta özgeçmişi detaylı olarak sorgulanmalıdır. Geçmişinde pleomorfik adenom gibi bir tümör varsa pleomorfik adenomun atipik olarak boyun gibi bölgelerde rekürrens gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Rekürren kitlelerin oluşmasının en sık sebepleri arasında kitlenin multinodüler formda olması ve cerrahi sırasında tam olmayan rezeksiyon yapılamamasıdır (2). Rekürren kitleler düzensiz sınırlı ve multipl küçük kitleler olarak karşımıza çıkabilirler ve bu özellikleri ile boyunda primeri bilinmeyen malign tümörler ile karışabilecekleri için mutlaka histopatolojik olarak değerlendirilmelidirler. İleri incelemede görüntüleme teknikleri bu kitlelerin primerini saptamada yetersiz kalabilirler (3).

Kaynaklar:
1) Nardone M1, Ferrara G, Nappi O, Di Maria D, Villari G. Pleomorphic adenoma in unusual anatomic sites: case reports and review of literatüre Acta Otorhinolaryngol Ital. 2002 Jun;22(3):158-63.
2) Philouze P1, Sigaux N1, Manichon AF2, Pignat JC1, Poupart M1. Massive multinodular head and neck recurrence of parotid gland pleomorphic adenoma: a case report. Case Rep Otolaryngol. 2014;2014:914021. doi: 10.1155/2014/914021. Epub 2014 Jun 22.
3) Yasumoto M1, Sunaba K, Shibuya H, Kurabayashi T. Recurrent pleomorphic adenoma of the head and neck Neuroradiology. 1999 Apr;41(4):300-4

P-055
Inferior pediküllü sub-total kulak amputasyonunun mikrocerrahi anastomoz olmaksızın replantasyonu

Cemal Alper Kemaloğlu, Fatih Kılıç
Erciyes Ünicersitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Total ya da subtotal kulak amputasyonlarında ilk seçenek mikrocerrahi ile replantasyondur. Çünkü replantasyon ile en iyi sonuç alınabilir. Fakat damar çaplarının küçük olması, damar uzunluğunun kısa olması, travmaya bağlı olarak yara dudaklarının her zaman düz kesi şeklinde olmaması ve kirli yara olması mikrocerrahi seçeneğini zora sokmaktadır (1).
Kaza ya da avülsiyon tarzı kulak amputasyonlarında, mikrocerrahi ile replantasyon yapılıp nekroz gelişimi halinde amputat kulağın kıkırdağını kaybetmemek için erken dönemde kompozit greft uygulamasına geçilebilir. Kulağın kompozit olarak yerleştirileceği alan da travmatik ise temparoparietal fasya flebi kullanılabilir veya radyal ön kol flebi ile prefabrike edilerek transfer edilebilir (2, 3).
Tüm bu tekniklerin temelinde kulak kıkırdağını koruyacak, vasküleritesi olan yumuşak bir doku ile paketleme vardır.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta, kulağına demir levha düşmesi sonucu sub-total kulak amputasyonu ile değerlendirildi. Tüm kulağı lobül distalinde ince bir pedikülün beslediği, yara dudaklarının parçalı olduğu, distalde dermal kanama odaklarının olduğu fakat replantansyonu gerçekleştirecek çap ve uzunlukta bir damar olmadığı görüldü (resim-1). Hasta, kazadan 4 saat sonra operasyona alındı, yara dudakları amputat ve temporal kenarlardan 1'er mm tazelendi. Kartilaj ve deri 3 tabaka halinde süture edildi. Parçalı bir kesi olduğu için mikrocerrahi bir işlem yapılmadı. Kulak kompresyona yol açmayan meshli bir bandaj ile kapatıldı ve hasta takibe alındı. Hastaya post operatif 1 hafta boyunca düşük molekül ağırlıklı heparin ve profilaktik antibiyotik başlandı. Post operatif 1.günde pedikül distalinde triangular fossa ve heliks üst kutbunu da içine alacak şekilde venöz konjesyon gözlendi (resim-2). İnce iğne ile 4 saatte bir kanatılarak drenaj sağlandı. Post-operatif 3.günde venöz akımın düzelmesi üzerine hasta ayaktan takibe alındı. Daha sonra 1.hafta, 2.hafta, 1.ay ve 3.ayda kontrollere çağrıldı.

Bulgular: Erken dönemde replante kulakta herhangi bir arteryel yetmezlik bulgusu ve enfeksiyona dair bulgu saptanmadı. Post operatif 1.günde oluşan venöz konjesyon, 3.günde normal venöz akımın sağlanması ile geriledi. Herhangi bir hematom ve kalıcı ödem oluşmadı. Geç dönem takiplerinde kulak şeklinde, dolayısı ile aurikular kartilajda herhangi bir şekil bozukluğu, rezorbsiyon olmadığı ve diğer kulakla aynı normal kontür ve görünümde olduğu saptandı (resim-3). Hastada geç dönem bulgusu olarak post aurikular sulkusun dar olduğu ancak bu durumun kulak şeklinde bir değişikliğe yol açmadığı gözlendi. Post operatif 3.ay takibinde, kulağın dokunma duyusunun ve 2 nokta duyarlılığının normal olduğu görüldü.

Tartşma: Sub-total kulak amputasyonlarında aurikulanın beslenmesi tamamen pediküle bağlıdır. Eğer sub-total amputatın distal yara dudaklarında kanama varsa kulak primer süturasyonu mikrocerrahi kullanılmadan yapılabilir. Pedikülün ince olması sebebiyle her zaman artere venin eşlik edemeyebileceği ve bunun sonucu olarak da venöz konjesyon gelişebieceği unutulmamalıdır. Nitekim bizim vakamızda da post operatif 1. günde heliks üst polde venöz konjesyon gelişmiş olup ince iğne ile kanatma yolu ile venöz drenaj sağlanmıştır ve herhangi bir deri ya da kıkırdak kaybına neden olmadan 3 gün içerisinde normal venöz akım sağlanmıştır. Literatürde dar pediküllü sub-total kulak amputasyonu çok az rapor edilmiştir. Bu vakalardan süperior pedillü olanlarda pedikül uzunluğu 3-10mm arasında değişmekte ve major perfüzyon süperfisial temporal sistemden sağlandığı için rekonstrüksiyon başarılı sağlanmıştır(4,5,6). İnferior pedikülden beslenen sub-total kulak amputasyonlarında ise pedikül uzunluğu 10-30 mm arasında değişmektedir (7,8,9). Bizim vakamızda ise 5mm kalınlığında inferior bir pedikül olup, bu pedikül beslenmesi kendine özgü major bir arteryel sistemi olmayan anterior aurikular arterden gelen minor dallar ile vaskülarize olan lobülden beslenmektedir. Bu minor arteryel sistemin tüm kulağı besliyor olabilmesi sub-total kulak yaralanmalarında mikrocerrahi yapılmaksızın veya mikrocerrahiye uygun damar bulunamadığı durumlarda primer süturasyonu bir avantaj olarak göstermektedir. Çünkü amputat direk kompoze greft şeklinde konulursa veya mikrocerrahi nekroz ile sonuçlanırsa sekonder rekonstrüksiyon daha güç olabilmekte ve normale yakın kulak şeklini vermek daha da zorlaşmaktadır.

KAYNAKLAR:
1- Nahai F, Hayhurst JW, Salibian AH. Microvascular surgery in avulsive trauma to the external ear. Clin Plast Surg.1978;5:423-6.
2- Schiavon M, Cagnoni G. Salvage of an amputated ear temporarily lodged in a forearm. Plast Reconstr Surg 1995;96:1698-701.
3- Chun JK, Sterry TP, Margoles SL, Silver L. Salvage of ear replantation using the temporoparietal fascia flap. Ann Plast Surg 2000;44:435-9.
4- Safak T, Kayikcioglu A. A traumatic ear amputation attached with a narrow pedicle. Ann Plast Surg. 1998;40:106-7.
5- Yotsuyanagi T, Yamashita K, Watanabe Y, et al. Reconstruction of a subtotally amputated auricle: a case report. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2001;35:425-8.
6- Ozçelik D, Unveren T, Toplu G. Subtotal ear amputation

with a very narrow pedicle: a case report and review of the literature. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009;15:306-10.

7- Tomono T, Hirose T. Treatment of the subtotally amputated auricle. Jpn J Plast Reconstr Surg. 1980;23:41-6.

8- Clodius L. Local hypothermia for the avulsed external ear. Br J Plast Surg. 1968;21:250-2.

9- Komuro Y, Kawanabe T. The microsurgical reconstruction of an incompletely amputated ear: a case report. Jpn J Plast Reconstr Surg. 1995;38:935-9.

Resim-1



Hastanın pre-operatif görüntüsü

Resim-2



Kulağın süturasyonu sonrası 1.gün oluşan venöz konjesyon

Resim-3



Hastanın post-operatif 3. ay görüntüsü

P-056
Nadir Fatal Bir Olgu: Servikal Kombine Nekrotizan Fasiit Ve Myozit

Adem Özkan, Adem Topkara,
Ramazan Hakan Özcan, Özgür Dal
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi AD, Denizli

Amaç: Nekrotizan (Gangrenöz) fasiit subkütan doku ve fasyada, gangrenöz myozit ise yaygın nekroz ve gaz formasyonu ile karekterize potansiyel olarak ölümcül yumuşak doku enfeksiyonudur. Hastalığın ilerlemesiyle cilt, cilt altı doku ve kaslarda da nekroz meydana gelmektedir. Baş boyun bölgesinde nadir görülür. 45 yaşında diyabetik servikal nekrotizan fasiit ve myozit olgusunu sunuyoruz.

Olgu sunumu: 45 yaşında erkek hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğinden boyun apsesi drenajı istemiyle konsülte edildi. Genel durumu bozuk olan hastanın fizik muayenesinde boyun servikal bölgede yaygın ödem, eritem, nekroze cilt alanları görüldü(Resim 1). Hikayesinden bu şikayeti nedeniyle 10 gündür enfeksiyon hastalıkları,dermatoloji, beyin cerrahisi gibi kliniklerce takip edildiği öğrenildi. 5 yıldır diyabeti olan hastanın laboratuvar bulguları: AKŞ;430, HbA1c: 11.5, CRP:27, Albumin: 2.5, Na ve Ca değerleri düşük, üre-kreatinin değerleri yüksekti. Kültürlerinde Staf. Aureus üredi. Duyarlı antibiyoterapi uygulandı. Acil debridmana alınan hastanın oksipitalden torakal bölgeye kadar, laterallerde omuzlara kadar yaygın nekroze fasya ve kas alanları olduğu görüldü. Erken dönemde renal fonksiyonları bozulan hasta haftada 3 gün dialize alındı. Yoğun medical destek tedavisi ve seri debridmanlar yapıldı (Resim 29. Yara bakımında gümüşlü yara örtüleri ile VAC terapi uygulandı. 35 günlük yara bakımının ardından defekt alanlar flep ve deri greftiyle kapatıldı (Resim 3). Hasta şifa ile taburcu edildi.
Sonuç: Nekrotizan fasiit aerobik ve anaerobik bakterilerin neden olduğu, yaygın fasya ve subkütan doku nekrozu ile karekterize ciddi bir yumuşak doku enfeksiyonudur (1). Ekstremiteler, karın ve genital bölgede sık görülmesine rağmen baş ve boyun bölgesinde görülmesi nadirdir (2, 3). NF'de hızlı yayılan gangrenöz enfeksiyonun patogenezindeki

gerçek mekanizma tam tespit edilememiştir. Hyalürinidaz gibi enzimlerin salınması ve hücre membranlarının proteolitik kısımlarının nekroza katkıda bulunduğu gösterilmiştir (4). Genellikle penetran bir travma sonucu meydana gelen fasiit, olgumuzda başlangıç etkeni öğrenilemedi. Literatürde servikal nekrotizan fasiit olgularının en sık immün sistem bozukluğu olan hastalarda görüldüğü ve olguların yarısından çoğunda bir veya daha fazla zayıf düşürücü sistemik hastalığın olduğu vurgulanmaktadır (5). Olgumuzun ileri yaşta değildi ve diyabet dışında immune sistemi etkileyen başka bir hastalığı yoktu. Fatal olabilen bu hastalıkta erken tanı, seri debridmanlar, yara bakımı ve onarımı ile medical destek mortaliteyi önlemektedir. Mortalite baş boyun nekrozitan fasiit olgularında %18 –22 arasında bulunmuştur (5).

Seri debridmanlar primer enfeksiyöz süreci kontrol altına almakla kalmaz, aynı zamanda toksin üretimine neden olan ve sekonder enfeksiyon kaynağı nekrotik dokuların temizlenmesini de sağlar. Negatif basınçlı yara kapatma akıntılı yaralarda sıvıyla birlekte enfektif ajanları da uzaklaştırmakta, granülasyon gelişimini sağlamaktadır. Gümüşlü yara bakım ürünleri yara yeri enfeksiyonunu önleyerek sıvı absorpsiyonu da yapmaktadır. Defect alanlar, açıkta kalan vasküler veya nöral yapı yoksa genellikle deri greftiyle kapatılmaktadır. Sonuç olarak, Nekrotizan fasciit baş boyun bölgesinde nadir görülür ve potansiyel olarak ölümcüldür. Erken tanı, radikal debridman ve destekleyici medikal tedavi ile yapılan multidisipliner bir yaklaşımın hayat kurtarıcı olduğu unutulmamalıdır

Kaynaklar

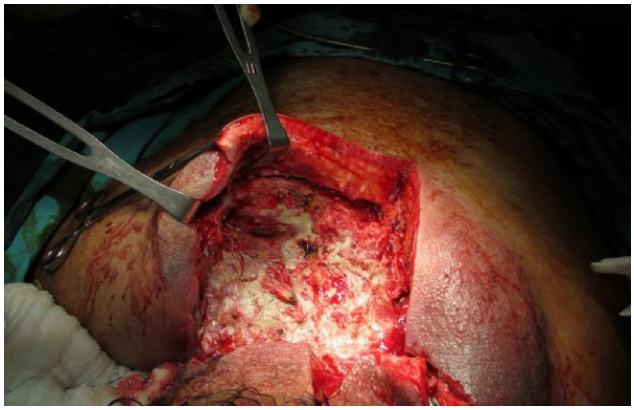
1. Özkan A, Şentürk S, Topkara A, Tosun Z. Extensive cervicofacial necrotizing fasciitis of odontogenic origin: case report and literature review Eur J Plast Surg (2015) 38:143–146
2. Bahu SJ, Shibuya TY, Meleca RJ, Mathog RH, Yoo GH, Stachler RJ, Tyburski JG. Craniocervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;125:245-52.
3. Skitarelic N, Mladina R, Morovic M, Skitarelic N. Cervical necrotizing fasciitis: sources and outcomes. Infection. 2003;31:39-44. Review.
4. Greinwald JH,Wilson JF, Haggerty PG: Peritonsillar abscess: an unlikely cause of necrotizing fasciitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995; 104: 133–137.
5. Tung-Yiu W, Jehn-Shyun H, Ching-Hung C, Hung-An C. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a report of 11 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58:1347-52

Resim 1



Hastanın ilk debridman öncesi görünümü

Resim 2



Debridman görünümü. Yaygın olarak cilt altı dokular fasya ve kaslar tutulmuştur

Resim 3



Postoperatif 3. ay görünümü

P-057
Konjenital Triple Kulak Lobülü Deformitesi Düzeltilmesinde Yeni Bir Yöntem: Olgu Sunumu

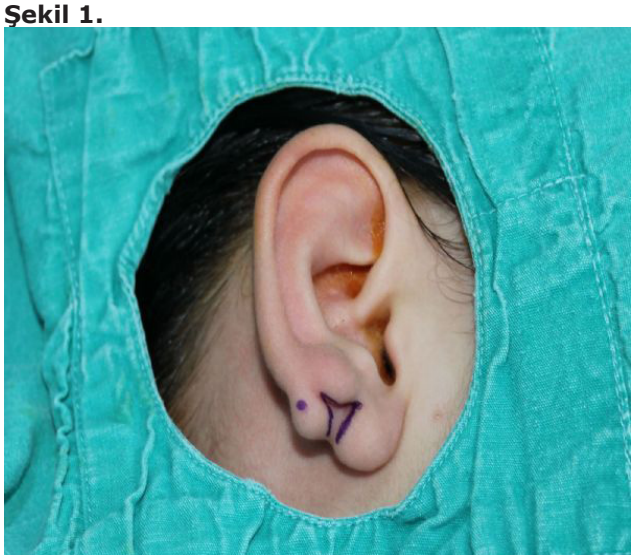
Salih Onur Basat[1], Fatih Ceran[1], Çağdaş Orman[2], Funda Aköz Saydam[1]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Konjenital kulak lobülü kleftleri geçmişten günümüze plastik cerrahinin önemli bir uğraşı alanıdır. Estetik ve simetrinin doğası gereği bu deformiteler hasta ve cerrahlar için kabul edilebilir değildirler. Daha önce bu deformitenin düzeltilmesi için pratik yöntemler ortaya konmakla beraber probleme spesifik tam bir metod oluşturulamamıştır. Triple kulak lobülü deformitesinde ana problemler; lobülün 3 ana komponentinin farklı anatomik planlarda olması ve komponentler arası yumuşak dokunun zayıf olmasıdır. Biz de nadir bir kulak lobülü deformitesi olan triple lobül ve cerrahi tedavisinde yeni bir yaklaşımı sunmaktayız.

Olgu: Konjenital triple kulak lobülü deformitesi olan 22 yaşında bayan hasta tarafımıza konsülte edildi. Yapılan fiziki muayenede lobülün anterior, posteromedial ve lateral komponentleri olduğu gözlendi. Lokal anestezi altında işaretlemeler yapıldı (Şekil 1.). Çizim sınırları içinde kalan alan dezepidermize edildi. Komponentler disekke edildi. Lateral komponent anterior komponente yaklaştırıldı, posteromedial komponent de lateral komponentle aynı seviyeye getirildi (Şekil 2.). Komponentler birbirine sütüre edildi.
Bulgular: Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastanın triple lobül düzeldi.

Sonuç: Basit cilt dezepidermizasyonu, komponent diseksiyonu ve komponentlerin uygun şekilde sütürasyonu tekniğimizin ana prensipleridir ve teknik son derece basittir. Lobül komponentlerinin çok büyük olması durumunda minimal eksizyon yapılabilir. Nihayetinde amaç minimal doku diseksiyonuyla beraber serbest yuvarlak hatlı bir lobül elde etmek olmalıdır.
Kaynak: 1. Maral T, Tuncali D, Ozgür F, Gürsu KG. A technique for the repair of simple congenital earlobe clefts. Ann Plast Surg. 1996 Sep;37(3):326-31.

Şekil 1.



Komponentlerin görünümü.

Şekil 2.



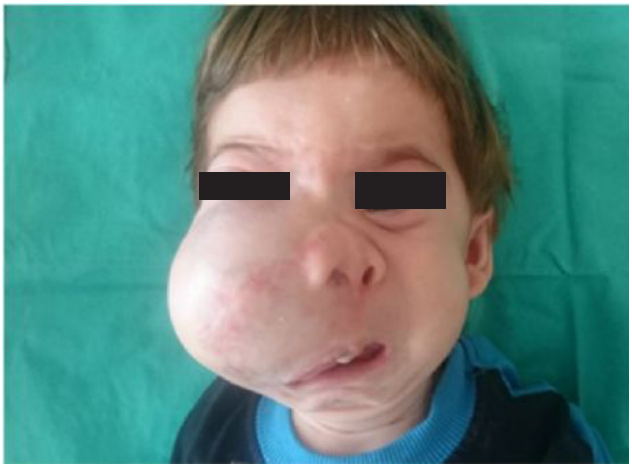
Komponentlerin diseksiyonu.

P-058
Dev hücreli reperatif granüloma olgu sunumu

Erol Benlier, Serkan Balta, Devran İğrek
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Edirne

Dev hücreli reperatif graülomalar etyolojisi net olarak bilinmeyen (displazi,onarım dokusu,tümör yada reaktif lezyon) baş ve boyun bölgesinde görülen ve daha çok mandibula ve maksillayı tutan benign karakterli olmasına rağmen agresif seyir gösterebilen lezyonlardır. Oluştuğu bölgede kitle formunda ortaya çıkıp kemik yapıda destrüksiyona, çevre dokularda ekspansiyona neden olabilirler. Tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemler uygulanabilmekle beraber cerrahi rezidü tümör kalmaması açısından daha önemli yer tutar. Olgumuzda ailesi tarafından yüz sağ tarafında şişlik şikayetiyle hastaneye getirilen 7 aylık kız hasta değerlendirilmiştir.

Resim 1



Hastaneye ilk başvuru resmi

Resim 2



Cilt fleplerinin kaldırılması

Resim 3



Eksize edilen kitle

P-059
Mikrotia hastasında Medpor implant ile konkamastoid açının arttırılması: Vaka Sunumu

Nilgün Markal Ertaş, Burak Özkan,
Atilla Adnan Eyüboğlu, Ahmet Çağrı Uysal,
Azer Zeynalov, Abbas Albayati, Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Özet: Mikrotia, dış kulağın bütününde veya bir kısmında doğuştan şekil bozukluğu olmasıdır. Mikrotia rekonstrüksiyonunda birçok yöntem tariflenmiştir. Otojen kostal greftler tedavide altın standart olsa da alloplastik materyaller ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda kliniğimizde kulak çerçevesi otojen kostal greft kullanılarak ve çerçeve elevasyonu sonrası konkamastoid açının sağlanması ve devamlılığı için alloplastik medpor implant konulmuş ve başarılı sonuç alınmış 11 yaşında hasta sunulmuştur.

Giriş: Mikrotia 1/7000 canlı doğumda görülen, Asya kökenlilerde daha yaygın olan doğumsal bir hastalıktır. Kulak total yokluğundan lobül küçüklüğüne kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Treacher Collins, hemifasiyal mikrozimi/Goldenhar sendromları gibi genetik hastalıklara eşlik edebilmesi nedeniyle hastalara genetik analiz önerilmektedir. Mikrotia tedavisinde yaygın olarak otolog kıkırdak greftleri kullanılmaktadır. Aşamalı rekonstrüksiyonlar sırasında greftler yetersiz kalabilmekte ve ek yöntemler aranabilmektedir. Posterior sulcus oluşturulması ve konkamastoid açının arttırılmasına yönelik uygulanan kıkırdak greftinin erimesi ile açının yetersiz kalması durumlarında alloplastik materyallerin kullanımı literatürde bildirilmiştir. Medpor implantlar, biyolojik uyumlu, gözenekli polietilenden imal edilmiştir. İmplantın birbirine bağlanan çok yönlü gözenekli yapısı hızlı bir damarlaşma ve yumuşak doku gelişimine imkân sağlar. İmplantın gözenekli yapısı içinde oluşan damarlaşma ve doku gelişimi geç enfeksiyon riskini azaltır. İmplant ince levhalar, bloklar ve kürelerden oluşan farklı geometrik şekillerde üretilmiştir.

Vaka Sunumu: 11 yaşında bayan hasta dış kulak yolu atrezisi ve mikrotia ile kliniğimize başvurdu. Dış kulak yolu atrezisine yönelik işlemlerin ardından hastaya iki seanslı kulak rekontstrüksiyonu planlandı. İlk seansta otojen kostal kıkırdak greftleriyle kulak çerçevesi oluşturuldu ve mastoid alanda cilt altı alana yerleştirildi. 2. seansta çerçeve kaldırılıp araya blok kıkırdak grefti konulup posterior sulcus oluşturuldu. Ancak takip eden süreçte hastada konkamastoid açıda yetersizlik oluştu ve tekrar operasyon planlandı. Genel anestezi altında konkamastoid sulkusta üstü kapalı kalacak şekilde tünel açılmasına ve tünelin içine medpor imlant yerleştirilmesine karar verildi. 35x20 mm boyutlarında medpor implant ortadan katlanarak V şeklinde açı verildi. Şekillendirilen medpor tünelin içine yerleştirildi ve kulağın anteriora projeksiyonu arttırıldı (Şekil 1, 2). Konkamastoid bölgede kalan deriden çıplak alan deri grefti ile kapatıldı. Hastada erken ve geç dönemde komplikasyon görülmedi (Şekil 3, 4).

Tartışma ve Sonuç: Kosta kıkırdak grefti olarak kulak iskeleti oluşturulması ilk defa Gilles kullanmıştır. Tanzer otolog kıkırdak grefti ile 4 aşamalı onarımı tariflemiştir. Brent, Tanzer yöntemini modifiye etmiştir. Nagata 2 aşamalı karmaşık bir rekonstrüksiyon yöntemi tanımlamıştır. Otojen kulak rekonstrüksiyonu döneminde alloplastik olarak silastik kullanılmıştır. Bu malzeme yüksek ekstrüzyon oranına sahiptir. Gözenekli poliüretan iskelet

kullanılması ile daha güvenilir bir çözüm sunulmuştur. Bir başka rekonstrüksiyon yöntemi ise kulak protezleridir. Branemark tarafınca titanyum protezler kullanılmıştır. Günümüzde 3 boyutlu modelleme yöntemleri ile mükemmel sonuçlar elde edilebilmektedir. Medpor implant kulak kıkırdak çerçevesi ve posterior destek olarak literatürde kullanılmıştır. Kıkırdak çatı oluşturulduktan sonra ek kostal morbidite yaratmamak açısından medpor implantların güvenilir yumuşak doku tünelleri içerisine sokularak kulak projeksiyonu sağlamak için kıkırdak greftlerine alternatif olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Resim 1



Ortadan katlanıp V şekli verilmiş Medpor

Şekil 2



Kulak arkasına açılmış tünele yerleştirilmiş Medpor

Şekil 4



Kulak arkasına açılmış tünele yerleştirilmiş Medpor

P-060
Dış kulak yolu yerleşimli hemanjiom: Vaka Sunumu

Nilgün Markal Ertaş[1], Burak Özkan[1], Hatice Seyra Erbek[2], Atilla Adnan Eyüboğlu[1], Ahmet Çağrı Uysal[1], Azer Zeynalov[1], Hüseyin Borman[1]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Lobüler kapiller hemanjiomlar cilt veya mukozalardan kaynaklanan iyi huylu damarsal lezyonlardır. Çocukluk çağında ortaya çıkıp hızlı gerileme gösterebildiği gibi erişkin yaşlarda da görülebilmektedir. Sol dış kulak yolunda hemanjiom ile başvuran hastamızı atipik lezyon yerleşimi nedeniyle sunmaktayız. Güncel literatürde benzer anatomik alanda 5 hasta bildirilmiştir.

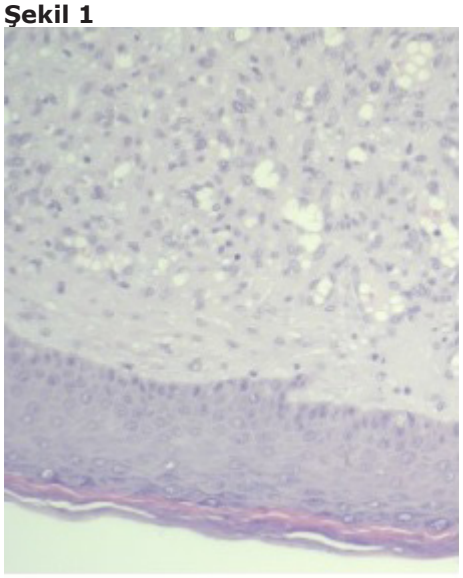
Vaka sunumu: 44 yaşında erkek hasta dış kulakta kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 3 yıldır ülsere lezyonu olan hastanın birkaç aydır lezyonunda büyüme ve kanama olmuş. Muayenede sol kulak kepçesinde

ve tragusta belirgin hafif kırmızı, 3x2 cm boyutunda kitlesi dış kulak yoluna uzanmakta olup tüm kanalı doldurmakta idi. Çekilen yüz MRG sinde sol aurikula inferiorundan dış kulak yolunu dolduran parotis üst kısmına uzanan düzensiz kitlesi tespit edildi. Hastaya eksizyon ve deri greftlemesi planlandı (Şekil I, 2). Sol tragustan dış kulak yolu içerisine uzanan lezyon eksize edildi. Oluşan defekt karşı kulağın posteriorunda alınan tam kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Ameliyat sonrası bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Dış kulak yolu atrezisi gelişimini engellemek için hastaya nostril retainer ile stent uygulandı. Hastanın histopatolojik inceleme sonucu lobüler kapiller hemanjiomlar olarak rapor edildi (Şekil 3).

Tartışma: Dış kulak yolunda nevüs, papilloma, seboreik keratoz ve fibrom gibi benign lezyonlar nadir değildir. Lobüler kapiller hemanjiomlar sık görülen benign muköz membranları tutan lezyonlardır ve baş ve boyun bölgesi en sık hastalığın etkilediği bölgedir (%62). Bu alanda dış kulak yolu tutulumu ise nadir bir anatomik bölgedir. Patogenezi net olarak bilinmemekle birlikte östrojen fazlalığı, kronik irritasyon ve travma etiyolojide rol oynamaktadır. Beyaz ırkın yaklaşık %10 unda lezyon görülmektedir ve kadınlarda 6 kat daha sık rastlanmaktadır. Histolojik olarak kapiller proliferasyon artışı gösteren endotel hücreleri arasında sarmallaşan fibröz stroma ile ayrılan bölmeler dikkat çekmektedir. (Şekil 3). Ayırıcı tanıda kaposi sarkomu, tükrük bezi tümörleri ve metastatik ağız içi lezyonları bulunmaktadır.
Hastalığın tedavsinde elektrokoterizasyon, kriyoterapi ve lazer terapi kullanılır ancak altın standart tedavi lokal eksizyondur.
Yetersiz aksizyon nedeni ile oluşan rekürrens oranı %15-23 arası bildirilmiştir.

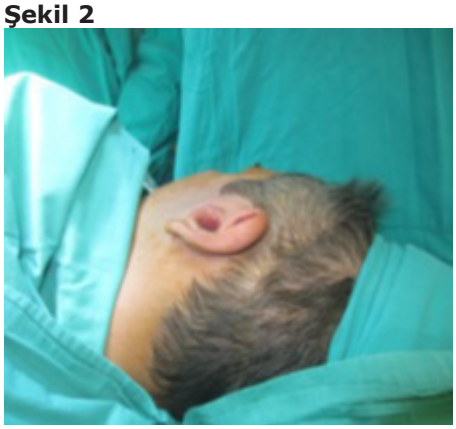
Sonuç: Dış kulak yolunu tutan lobüler kapiller hemanjiomlar sık değildir. Total eksizyon teknik olarak kulak zarına uzanan lezyonlarda nispeten zordur. Sağlam cerrahi sınır ile çıkarım nüksü önler. Eksizyon sonrası çıplak alanların tam kalınlıkta deri grefti ile örtülmesi atreziyi sınrlaması açısından önemlidir. Hasta ameliyat sontası kanal içinde stent uygulaması gerekmektedir.

Şekil 1



Kapiller proliferasyon artışı gösteren endotel hücreleri arasında sarmallaşan fibröz stromanın mikroskopik görüntüsü

Şekil 2



Dış kulak yolunu tıkayan tragusu kabalaştıran kitlenin ameliyat öncesi görünümü

Şekil 3



Hasta intraoperatif mikroskop ile görüntüsü

P-061
Superfisial Temporal Arter Ada Flebi ile Kaş ve Temporal Saç Çizgisinin Rekonstrüksiyonu

Semih Bağhaki[1], Anıl Demiröz[2], Mirza Fırat Çevirme[3], Tuğba Feryal Yıldız[1], Muzaffer Altındaş[4], Oğuz Çetinkale[1]
[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Mardin Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]Bakırköy Sadi Konuk Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[4]İstanbul Özel Diabet Hastanesi

Superfisial Temporal Arter bazlı serbest ve pediküllü flepler farklı birçok defektin onarımında kullanılmaktadır. Özellikle fasya içeriği ile ince ve versatil bir flep sunan bu seçenek ile saçlı deri taşımak da mümkündür. Kaş ve temporal saç çizgisi defektleri, yanık sekellerine ve tümör eksizyonlarına bağlı gelişebilmektedir. Bu

problemlerin çözümünde tam kalınlıkta deri greftleri, lokal flepler ve saç ekimi metodları birlikte veya ayrı ayrı kullanılabilmektedir. Değişen derecelerde kozmetik sonuç sağlayan bu yöntemlere rağmen literatürde kaş ve temporal saç çizgisi defektlerinin rekonstrüksiyonuna ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Bu bildiride superfisial temporal arter'in posterior dalı baz alınarak kaldırılan skalp fleplerinin yukarıda anılan defektlerde kullanımı ile ilgili kliniğimizin deneyimi uzun dönem sonuçlarıyla yer almaktadır.

P-062
Alt ve Üst Göz Kapağı Defektlerinde Eş Zamanlı Rekonstrüksiyon Yaklaşımımız

Asude Köksal, Ali Rıza Yıldırım, Hasan Murat Ergani, Ramazan Erkin Ünlü, Mehmet Onur Öztürk, Mehmet Tapan, Sinem Sıngın
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Göz kapağı onarımları özel bir önem taşır. Çünkü başarısız onarımlar konjonktivit, keratit ve sonunda körlüğe kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Kliniğimize devlet protokolü ile Sağlık Bakanlığı tarafından yönlendirilen trafik kazası sonucu alt ve üst göz kapağında defekti olan hastanın eş zamanlı alt ve üst göz kapağı rekonstrüksiyonu vaka sunumu olarak aktarılması; bu vaka üzerinden klinik tecrübelerimizin aktarılması ve konunun tartışılmasını amaçladık.
58 yaşında Sudan uyruklu erkek hasta yaklaşık kliniğimize kabulunden 8 ay önce trafik kazası geçirmesi sonucu maksillaofasial travma nedeniyle ülkesinde opere edilmiş. Hastanın çekilen maksillofasial BT sinde;sol maksiler sinüs duvarlarında, sol orbita lateral duvarda fronto zigomatik bileşke düzeyinde, ve solda zigomatik kemikte eski fraktürler izlenmiş. Sol orbita alt rimde ve sol orbita lateral duvarında plak vida ile tespit edildiği görülmüştür. Hastanın sol üst göz kapağının lateralinde tam kat ve yine alt göz kapağının medyalinden laterale uzanan tam kat defekti mevcut idi etraf dokuların rijit olduğu ve alt göz kapağı lateralinde eski insizyon skarları mevcuttu ve skara bağlı aşağı doğru adezyonları mevcuttu. Hastanın gerekli preoperatif tetkikleri tamamlandıktan sonra hastanın sol üst ve alt göz kaapğındaki defekt için eş zamanlı rekontrüksiyon planlandı. Sol üst göz kapağı için sol superfisial temporal arter bazlı ada flebi kaldırıldı üst göz kapağına kadar olan mesafe ölçülerek gerekli diseksiyon yapıldı ve temporal bölgeden açılan subkutan tünel ile sol üst göz kapağına getirildi, flebin bir kısmı dezepitelize edilerek bölgedeki yumuşak doku atrofisinin düzeltilmesi amacı ile augmentasyonda kullanıldı. Sol alt göz kapağındaki medyaldeki defekt için sol nazolabial arter bazlı nazolabial flep planlandı ve uygun çizimi ve ölçümü takiben flep eleve edildi takiben sol alt göz kapağındaki defekt alana rotate edildi her iki göz kapağı için eleve edilen flebin tabanına nazal septumdan alınan mukokartilajinöz greft yapısal destek amacı ile flep alt yüzeyine ve mevcut göz kapağı tarsına suture edildi takiben sol nazolabial arter bazlı flep alt göz kapağındaki defekt alana adapte edildi ve flep sol orbita lateral rime kantopeksi yapıldı takiben sol nazolabial donör alan yanak flebi ilerletilerek primer suture edildi.

Sonuç: Göz kapağındaki defektin büyüklüğüne göre, defektin bulunduğu yere göre ve geride kalan göz kapağı dokularına göre göz kapağı rekonstrüksiyonu planlanmalıdır. primer olarak veya lateral daha büyük defektlerde alın flebi, yanak flebi, nazolabial flep, üst göz kapağından tarsokonjonktival flep veya üst göz kapağından hazırlanan kas-deri flepleri ile onarım yapılabilir, tam kalınlıkta defekt meydana geldiğinde alt göz kapağı fonksiyonunun sağlanması için bir destek dokunun da onarıma dahil edilmesi gereklidir. Alt göz kapağındaki defektin medial ve lateral kantusa dek uzanmadığı veya az miktarda alt göz kapağı dokusunun korunduğu durumlarda dezepitelizasyon yapılarak flebin adaptasyonu kolaylaştırılır.

Postoperatif komplikasyonu olmayan hastanın eş zamanlı üst göz kapağı için STA bazlı, alt göz kapağı için nazolabial arter bazlı flep ile rekonstrüksiyon sağlandı. Yabancı uyruklu ve zenci olan hastanın flep takibinde ek komplikasyon gözlenmedi. Hastanın her iki göz kapağı rekontrüksiyonu estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici idi.

P-063
Kulağın ağrılı nodulü: Kondrodermatitis Nodülaris Helisis, Olgu Sunumu

Murat Melih Can[1], Görkem Çalışkan[2], Yağmur Kaan Bedir[3], Önder Karaaslan[4], Erhan Sönmez[4], Ayşe Özlem Silistreli[5]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[2]Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[3]Manisa Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[4]İzmir Atatürk Eğt. ve Araş. Hast.Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[5]Özel Arte Klinik, İzmir

Kondrodermatitis nodülaris helisis (KNH), dış kulağın ağrılı bir nodülü ile karakterize olan; nispeten sık görülen fakat nadir olarak tanı konulan iyi seyirli inflamatuar bir hastalıktır. Erkek hastalarda daha sıklıkla heliks yerleşimli iken kadınlarda antiheliks yerleşimlidir. Erkek kadın görülme oranı 10:1'dir. Hastaların doktora başvurmaların en sık nedeni lezyonun görüntüsünden ziyade spontan yada dokunmakla ortaya çıkan ve hastalar tarafından batıcı veya kesici tarzda tarif edilen şiddetli bir ağrı hissidir. Aurikulanın bazal hücreli ve skuamöz hücreli kanserleri KNH ile benzer klinik görüntüye sahip olabilir. Bu da bazen hastalarda gereksiz yere daha kapsamlı cerrahi yapılması sonucunu doğurmaktadır. Tedavisinde ise topikal veya enjeksiyon yoluyla steroid uygulaması, küretaj, kyroterapi ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Kondrodermatitis nodülaris helisis sık görülmesine rağmen nadiren doğru teşhis ve tedavi edilen bir hastalık olup, sağlık profesyonellerinin dikkatini çekmek amacıyla bu olguyu sunmayı planladık

Heliks 1/3 üst kısımda nodüler lezyon



Heliks 1/3 üst kısımda ağrılı nodüler lezyon

P-064
Ektropion Oluşumunun Medial Bazlı "Fricke" flebi ile engellenmesi: Vaka Sunumu

Ramazan Erkin Ünlü, Mehmet Tapan,
Ali Rıza Yıldırım, Necip Cihan Hasçiçek,
Asude Köksal, Hasan Murat Ergani
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Deri kanserleri baş-boyun bölgesinde özellikle yüzde sık görülmektedir.Özellikle yaşlı hastalarda yüzdeki cilt kanserleri daha çok ileri evrelerde başvurmaktadır. Bu sebeple bu hastalarda geniş ve derin eksizyonlar yapılması gerekmekte ve sonrasında rekonstrüksiyon daha zorlu hale gelmektedir. Özellikle göz kapağı ve fasyal sinir trasesine uyan alanlarda yapılan geniş eksizyonlar hem fasyal sinir ve dallarında hem de göz kapağında hasara yol açmaktadır. Bu hastalarda en sık görülen problem hem fasyal sinir paralizisine hem de göz kapağı anatomisinin bozulmasına bağlı gelişen ektropiondur. Bu çalışmada sol zigomatik ark üzerinde squamoz cell karsinomu olan bir hastanın tümör için yapılan geniş eksizyon sonrasında fasyal sinir paralizisi ve bozulmuş alt göz kapağı anatomisi sebebi ile gelişmiş ektropion deformitesi için uygulanan cerrahi tedavinin aktarılması ve tekniğin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 78 yaşında erkek hasta polikliniğimize yüzünün büyük bir kısmını kaplayan ülsere kitle ile başvurdu.Hastadan alınan öyküde kitlenin yaklaşık 6 aydır olduğu ve hızlı büyüme gösterdiği izlendi.Daha önce herhangi bir biyopsi ya da tedavi uygulanmadığı ve doktora ilk defa başvurduğu öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde zigomatik ark üzerinde bulunan ve infeirorda mandibula angulsuna doğru uzanım gösteren ve medialde alt göz kapağı ve lateral kantus komşuluğuna kadar uzanan ülsere ve etrafı endüre lezyon izlendi. Hastanın yapılan muayenesinde boyunda palpabl elnf nodu izlenmedi. Hastanın yapılan boyun ultrasonografisi ve tüm uzak metastaz taramalarında ek patoloji, tutulum ya da metastaz lehine bulgu saptanmadı. Yapılan tetkikler sonucunda hasta geniş eksizyon yapılması planladı. Hasta pre opertif tetkik ve konsültasyonları tamamlanarak kliniğimize yatırıldı ve genel anestezi altında opere edildi. Yapılan operasyonda kitle bir santimetre marjin ile eksize edildi.tümörün tabanda zigomatik arkı destrükte etmiş olduğu ve inferiorda fasyal sinir ve dallarını invaze etmiş olduğu izlendi.Aynı zamanda alt göz kapağı lateralinde orbicularis okuli kas liflerinin ve lateral kantusun da invaze olduğu görüldü.Hastaya geniş eksizyon uygulandı. Eksizyon sonrası oluşan fasyal sinir paralizisi, lateral kantus eksizyonu ve alt göz kapağından yapılan geniş eksizyon sebebi ile ektropion geliştiği gözlendi.Ektropion için hastaya kantopeksi yapılarak alt göz kapağının asılması ve gelişecek kontraktüre bağlı meydana gelecek ektropion için flep yapılması planlandı.Üst göz kapağından medial bazlı random pediküllü fasyokutan flep kaldırıldı ve kantopeksi sonrasında alt göz kapağına supratarsal planda adapte edildi.Kantopeksi için kalan lateral kantus lateral rim periostuna asıldı.Alt göz kapağına yapılan subsilier transvers insizyon ile supratarsal planda disseke edilen alana ise üst göz kapağından getirilen flep adapte edildi. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defekt ise greftlendi. Üst göz kapağındaki flep donör sahası primer kapatıldı. Hastanın frost sütürleri 2. günde alındı.Alt ve üst göz kapağındaki sütürler 6. günde alındı.Greftlerin tuttuğu ve iyi iyileştiği izlendi.Hasta post operatif 4. günde taburcu edildi.Hastada ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon izlenmedi.Hastanın ameliyat sonrası 1. ay kontrolünde ektropionu olmadığı gözlendi.Hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Yüzde fasyal paralizi yaratacak ve alt göz kapağı anatomisini bozacak tümör eksizyonları sonrasında oluşan ektropion önemli bir komplikasyondur. Ektropion oluştuktan sonra cerrahi olarak tedavi edilebileceği gibi belirtilen sebepler ile oluşması muhtemel ektropionlar için aynı seansta da cerrahi tedavi uygulanabilir.Uygulanacak cerrahi tedavinin olmazsa olmazları lateral kantusun sabit bir noktaya yeniden asılması, alt göz kapağındaki yumuşak doku eksizkliğinin giderilmesi oluşturmaktadır. Genel durumu orta/kötü olan hastalarda bu hedefleri gerçekleştirecek cerrahi tedavi seçilirken uygulanan tekniğin basit olması, operasyon süresinin kısa olması önemlidir.Bu teknikte alt göz kapağı ve kantus lateral rim periostuna asılmakta ve böylece alt göz kapağının sabit bir üniteye yeniden asılması gerçekleştirilmekte ve alt göz kapağındaki greft koyulduğunda meydana gelen kontraktür ve ekstropion un engellenmesi için üst göz kapağından medial bazlı random pediküllü cilt flebi yeterli yumuşak doku sağlanması ve sekonder kontraksiyonun azaltılması için kullanılmaktadır.Kullanılan bu teknik basittir, öğrenmesi kolay, ameliyat süresi kısa, yaşlı hastalarda güvenle kullanılabilir, morbiditesi düşük bir fleptir.Sunduğumuz vakaya benzer hastalarda güvenle kullanılabilir. Bu tekniğin ektropion oluşumunu azalttığı tarafımızca gözlenmiştir.Klinik pratiğimizde uyguladığımız bu tekniği diğer meslektaşlarımıza da tavsiye etmekteyiz.

P-065
Parry Romberg Hastalığında Nadir Lokalize Masseter Tutulumu

Adem Özkan, Adem Topkara,
Ramazan Hakan Özcan
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Denizli

Amaç: Parry Romberg hastalığı (Progressif hemifasiyal atrofi) etyolojisi kesin bilinmeyen, yaşamın birinci ve ikinci 10 yılında başlayan, bazen kemiği de içine alan genellikle yumuşak dokuların yavaş ilerleyen atrofisiyle karekterizedir (1). Romberg hastalığı sıklıkla yüzün cilt,

cilt altı ve kas dokusunu tek taraflı olarak tutmaktadır (2). Çok nadir olarak da alın ve yanakta lokalize tutulum göstermektedir (3, 4). Flep onarıma aday ancak tek seans yağ enjeksiyonuyla augmentasyonu sağlanan, nadir bir tutulum yeri olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu sunumu: 17 yaşındaki bayan hasta yüzünde asimetriye neden olan yanağındaki çökme nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ yanak zigoma altında masseter bölgesi mandibula angulus ve korpusuna kadar uzanan alanda ileri derece atrofi olduğu görüldü (Resim 1). MR görüntülemede bu alanda ciltaltı dokularıyla birlikte masseter kasının da atrofik olduğu görüldü (Resim 2). Tedavide ilk planda skar bırakmayacak olması nedeniyle yağ enjeksiyonu düşünüldü. Genel anestezi altında karından alınan yağ ile augmentasyon sağlandı. "Overcorrection" yapılmamasına rağmen akibinin birinci yılındaki kontrolünde %10 dan daha az kayıp olduğu görüldü (Resim 3).

Sonuç: Klasik olarak Parry Romberg hastalığı yüzün bir tarafını tamamen tutmakta ve genellikle subkütan dokularda atrofi yapmaktadır (2), Ancak çok nadir olarak lokalize tutulumlar bildirilmiştir (3, 4). Etyolojide ensefalit, komplike migren, yavaş virüs enfeksiyonu, trigeminal sinir nöriti ve sempatik sinir sistemi hiperaktivitesi suçlanmaktadır (2, 5). Hastamızda travma veya enfeksiyon hikayesi yoktu.Tedavide amaç deformitenin kozmetik olarak düzeltilmesidir (3). Hafif ve orta derece deformitesi olan olgularda yumuşak doku augmentasyonu yeterlidir (6). Kemik tutulumu olan ağır deformitelerde iskelet augmentasyonu da gerekmektedir (6). Yumuşak doku augmentasyonu için dermal yağ gerftleri, pediküllü veya serbest flepler, biyomateryaller ve lipoaspirat yağ injeksiyonları kullanılmaktadır (2). Olgumuzda deformitenin büyük bir alanda olmasına rağmen, morbiditesinin az olması, skar bırakmayacak olması nedeniyle başta lipoaspirat yağ enjeksiyonu planlandı ve uygulandı. Karın bölgesinden lipoaspirat hiçbir işlem uygulamadan ve oksijen teması olmadan üçlü musluktan 2 kez geçirilerek incelme sağlandı. Homojen bir şekilde atrofik alana uygulandı. Takibinin 1. Yılındaki olgumuza overcorrection yapılmamasına rağmen görünüm son derece tatmin edici bulundu. Yağ enjeksiyonları, bir kısmının rezorbe olmasına rağmen flep veya greftlerin kullanılamayacağı veya iyi sonuç alınamayacağı lokalizasyonlarda iyi bir alternatiftir.

Resim 1



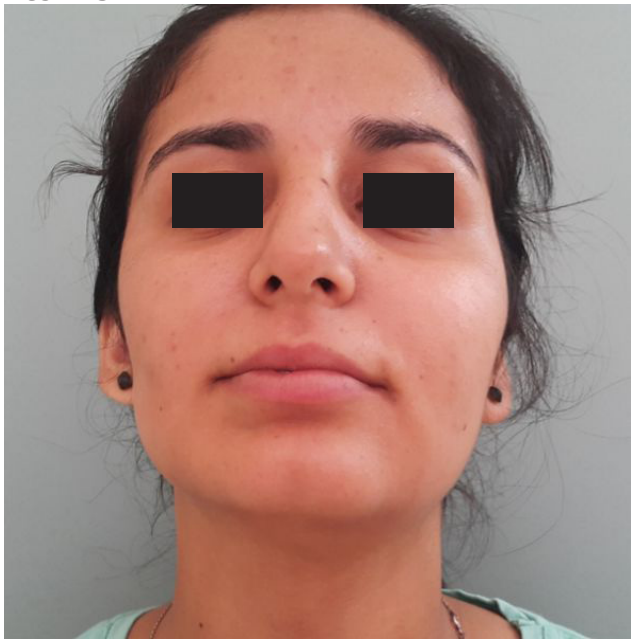
Preop görünüm

Resim 2



MR görünümü, cilt ciltaltı ve masseter atrofisi dikkat çekmektedir

Resim 3



Postoperatif 1. yılında görünüm.

P-066
Üst Göz Kapağı Rekonstrüksiyonunda Medial Bazlı Modifiye Fricke Flebi

Ali Rıza Yıldırım, Ramazan Erkin Ünlü, Mehmet Onur Öztürk, Asude Köksal, Mehmet Tapan, Alper Burak Uslu
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Göz kapağı oldukça kompleks bir yapı olup rekonstrüksiyonu da rekonstrüktif cerrahi açısından zor bir alandır. İdeal üst göz kapağı rekonstrüksiyonunda esas amaç korneanın korunmasıdır. Göz kapağı rekonstrüksiyonu için çok sayıda seçenek mevcuttur. Kompleks anatominin iyi bir şekilde anlaşılması anterior-posterior lamella defektine göre rekonstrüksiyonun planlanması gereklidir. Anterior lamella defektlerinde kolay ve güvenli seçeneklerden biri olan Fricke' lateral temporal bazlı flep ilk kez 1829 yılında göz kapağı ve lateral kantal bölge defektleri için tanımlanmıştır. Bu vakada; Lateral temporal bölgede yaralanması olan üst göz kapağında tam kalınlıkta anterior lamella defekti olan olguda medial bazlı modifiye Fricke flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış ve sonuçları tartışılmıştır

P-067
Sağ Göz Enükleasyonu Yapılmış Orbital Nüks Bazoskuamoz Hücreli CA Olgusu:

Asude Köksal, Alper Burak Uslu, Murat İğde, Mehmet Onur Öztürk, Mehmet Tapan, Necip Cihan Hasçiçek, Sinem Sıngın
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Tümör cerrahisi, travma, enfeksiyon gibi nedenlerle meydana gelen orbita defektleri psikolojik ve sosyal problemlere sebep olmaktadır.
Bazoskuamoz hücreli CA tanısı olan ve sağ gözü yaklaşık 10 ay önce kendi ülkesinde enüklee edilmiş olan hastanın reeeksizyon ve defekt rekontrüksiyonu sonucu takiplerinin ve mortal seyreden hastanın paylaşılması ve olgunun tartışılması amaçlanmıştır. 65 Yaşında Suriye'li devlet protokolü ile Sağlık Bakanlığı tarafından hastanemize yönlendirilen kadın hastanın yaklaşık 6 ay önce kendi ülkesinde sağ gözünün enüklee edildiği, sağ orbita üzerinde geniş bir defekt alanın olduğu görüldü.Hastanın yüzündeki tüm lezyonlar dermatoskopik muayene için dermatoloji kliniğine danışıldı; dermatolojik muayenesi sonucunda üst dudakta iki adet pigmnete lezyon ve 1 adet hiperkeratotik lezyon gözlendi ve pigmente lezyonların BCC hiperkeratotik lezyonların ise SCC ön tanısı ile eksizyonu önerildi.DM ve HT olan hastanın preoperatif tüm tetkikleri yapıldı hb:8,5 olan hastanın kan transfüzyonu ile hemoglobin değeri yükseltildi.Hastanın preoperatif maksillofasial bt sinde Sağ nazal kemikte maksillada, oribtal kemik duvarlarında litik görünümler (operasyona sekonder) ve bu alanı dolduran sağ maksiller sinüs ön duvarda lateral medial duvarlarda sağda lamina papriseada sağ frontal kemikte, nazal kemikte yaygın defektif görünümler izlendiği defekt alanlar içerisinde sağ maksiller sinüste, sağ nazal pasaj içerisinde sağda iç kantus düzeyinde ve premaksiler alanda yumuşak doku görünümleri izlendi.(nüks ?).
Sağ intraorbital yapılar, intraorbital kas yapıları ve optik sinir izlenmedi (opere).
Boyun lenf nodu istasyonlarında patolojik boyut ve görünümde lenf nodu saptanmadı. Yapılan yüz MR incelemesinde; Sağda orbita ve maksiller lojda operasyon kavitesi cidarlarında yumuşak doku değişiklikleri (postoperatif değişiklik/rezidü-nüks ayrımı yapılamadığı için histopatolojik tanı önerilir; intrakranial metastaz saptanmadı), şekinde raporlandı.İntrakranial metastazı olmayan hasta dura invazyonu açısından Beyin Cerrahi kliniğine danışıldı Beyin cerrahisinin ek girişim düşünmemesi üzerine hastanın tüm hazırlıkları yapılarak operasyonu planlandı.Hastaya öncelikle sağ orbitadaki rezidü tüm dokular eksize edildi egzentrasyon yapıldı, patolojisi tüm sınırlarda pozitif bazoskuamoz hücreli CA olarak, hastanın üst dudağındaki lezyonlar ise BCC olarak raporlandı.Takiben hastanın üstte superior rbital rim, frontal sinüs, medyalde nazal kemik, posteiroda maksiler sinüs posterior duvarı, lateralde lateral rim, inferiorda srt damağ kadar tüm invaze olduğu düşünülen dokular eksize edildi takiben oluşan defektin rekonstrüksiyonu için sağ temporal kas flebi kaldırıldı flep pedikülü üzerinden rotasyon ile defekt alanın üzerine getirildi defektin üzerine serilen temporal kas flebinin üzerine sol lateral bazlı alından kaldırılan transvers fasiaokutan flep getirildi ve defekt alana adapte edildi takiben donör alan sağ uyluktan alınan iki adet STDG ile rekonstrükte edildi.Postoperatif hasta anestezi kliniğinin önerisi doğrultusunda entübe olarak yoğun bakımda takip edildi.postoperatif 2. gün kan gazında derin asidozu başlayan daha önce DM ve HT tanıları olan hastaya verilen HCO3 tedavisine rağmen asidoz kırılmadı postoperatif 3. gününde solunum arresti olan hasta yaklaşık 1,5 saatlik resüstasyona cevap vermeyerek exitus kabul edildi. Bizim vakamızda hastanın tedavisinin ihmal edilmiş olması, hastanın yabancı uyruklu olması ve daha önceki tedavisine ait epikriz bilgilerine ulaşılamaması doku tanısının doğrulanmasına ve tüm tetkik ve taramalarının yeniden yapılması gerekliliğine neden olmuştur. Bu vakada olduğu gibi Suriye `den ülkemize tedavi için getirilmiş olan hastalar için tedavi hizmetinin düzenli kontrollü ilerlemesini engelleyici bir sosyal sorundur.Vakamızda evre itibari ile estetik ünitelerin korunmasından çok tümörden temizlenmesi ve rekonstrüksiyonu hedeflenmiştir. Defektin rekontrüksiyonu için; defektli alana yakın olması, kolay hazırlanabilmesi, iyi vaskülarizasyonu ve komplikasyonlarının azlığı nedeniyle tercih edilmiştir. Anestezi kliniğinin verdiği yüksek risk ile opere edilen hasta postoperatif yoğun bakımda metabolik sorunlar nedeniyle arrest olmuş ve resüstasyona cevap vermediği görülmüştür.

P-068
Yaygın Servikal Lipohipertrofiye Bağlı İleri Derece Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Olgu Sunumu

Alper Mete Uğurlu[1], Tolga Ersözlü[2], Salih Onur Basat[3], Fatih Ceran[3]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Bandırma Devlet Hastanesi, Kulak Burun ve Boğaz Kliniği, Balıkesir
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu, uyku apne hastalıklarının en sık görülen tipidir, üst solunum yolundaki tıkanma sonucu meydana gelmektedir ve uyku boyunca solunumda durmalar, oksihemoglobin desaturasyonu, gün içinde uykusuzluk ve uyuklamalarla karakterizedir. Bu özelliklerle birlikte horlama, noktüri, uykusuzluk,

hipertansiyon, gastroözefajiyal reflü, halsizlik ve seksüel disfonksiyon gibi noktürnal semptomlarla karşımıza çıkar. Obstrüktif uyku apne sendromunun etyolojisinde retrognati, mikrognati, mandibuler hipoplazi, inferior yerleşimli hyoid, adenoid hipertrofisi, yüksek palatal ark, Pierre robin sendromu, marfan sendromu gibi strüktürel ve yağ distrübisyonu, şişmanlık, alkol, sigara,yaş, erkek cinsiyet gibi nonstrüktürel faktörler vardır. Lipohipertrofi ise servikodorsal bölge, meme, abdominal bölge gibi alanlarda santral yağ depolanmasıyla karakterizedir. Yağlı doku genellikleposterior servikal bölgede depolanır ve anteriora doğru uzanma eğilimindedir. Bu durum boyun hareketlerinde kısıtlılık, boyun ağrısı, uyku hastalıklarına yol açar ve sonuçta hastaların yaşam kalitelerinde azalma meydana gelir. Biz de ileri derece obstrüktif uyku apne sendromuna yol açan servikal lipohipertrofi vakasını sunmaktayız.

Olgu: 58 yaşında, boynunda geniş, yaygın ve yuvarlak hatlı kitle sebebi ile sırtüstü yatma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ileri derece obstrüktif uyku apne sendromu olan hasta kliniğimize başvurdu (Şekil 1.). Hastadan çekilen manyetik rezonans görüntüleme sonucu yoğun yağlı doku birikimi gözlendi. Hastaya genel anestezi altında subplatismal lipektomi yapıldı ve 22x14x8 cm boyutlarında yağlı doku çıkarıldı, boyundaki nörovasküler yapılara invazyon görülmedi (Şekil 2.). Fazlalık cilt eksize edilip hasta uygun bir şekilde suture edildi.

Bulgular: Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi ve 1 yıllık dönemde tekrarlama görülmedi (Şekil 3.). Obstrüktif uyku apne sendromu bulguları 2 aylık periyotta kayboldu.

Sonuç: Servikal lipohipertrofi ileri derece obstrüktif uyku apne sendromuna neden olabilir. Bu durumda plastik cerrahi, kulak-burun-boğaz ve göğüs hastalıkları kliniklerinin multidisipliner ortak çalışması gerekir. Tedavide açık lipektomi veya liposakşın yapılabilir.

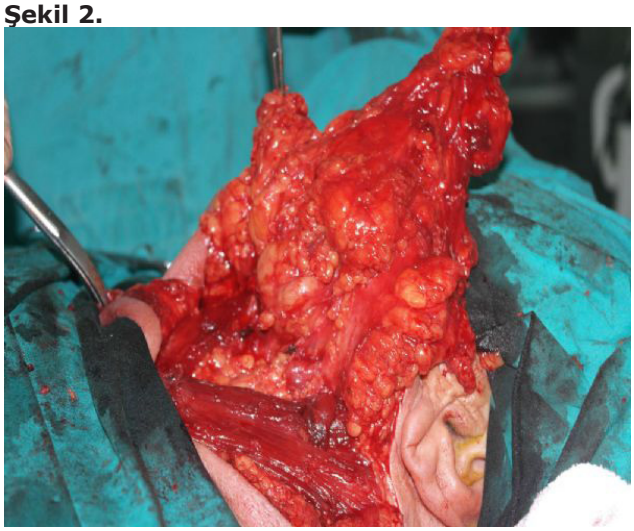
Kaynak:
1. Cakirer B, Hans MG, Graham G, Aylor J, Tishler PV, Redline S. The relationship between craniofacial morphology and obstructive sleep apnea in whites and in African-Americans. Am J Respir Crit Care Med. Mar 2001;163(4):947-50.
2. Wolfort FG, Cetrulo CL Jr, Nevarre DR. Suction-assited lipectomy for lipodystrophy syndromes attributed to HIV-protease inhibitor use. Plast Reconstr Surg. 1999 Nov; 104(6):1814-1820; discussion 1821-2.

Şekil 1.



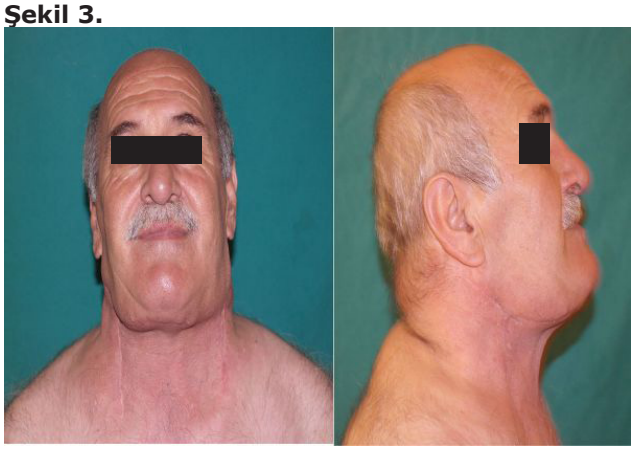
Hastanın preoperatif görüntüsü.

Şekil 2.



Subplatismal lipektomi sonucu yağlı doku eksize edildi.

Şekil 3.



Hastanın postoperatif görüntüsü.

P-069
Kranioplasti – Olgu Sunumu

Sinem Sıngın, Asude Köksal, Necip Cihan Hasçiçek, Mehmet Tapan, Ali Rıza Yıldırım, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Kraniyotomi ile yapılan nöroşirürjikal girişimler sonrasında kaldırılan kalaryal kemik çeşitli durumlarda yarine yerleştirilemeyebilir. Hatta yerine yerleştirilse bile greft olarak konulduğu için kemikte incelme, deformiteler görülebilir. Bu nedenle oluşan kalvaryal defektler için kranioplasti işleminin uygulanması gerekebilir. Kraniyoplasti kemik greftleri ile veya alloplastik materyaller ile yapılabilir. Bu olgusa temporal bölgedeki kontür defekti rekonsrüksiyonu için titanyum mesh ve temporal kas kontürünün verilmesi amacıyla dermofat greft kullanılmıştır.

P-070
Trichostasis Spinulosa: Nadir Bir Göz Kapağı Lezyonu

Murat Melih Can[1], Görkem Çalışkan[2], Yağmur Kaan Bedir[3], Önder Karaaslan[4], Erhan Sönmez[4], Ayşe Özlem Silistreli[5]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[2]Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[3]Manisa Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[4]İzmir Atatürk Eğt. ve Araş. Hast.Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[5]Özel Arte Klinik, İzmir

Trichostasis spinulosa nadir görülen bir kıl follikülü hastalığıdır. Bu lezyonda telogen fazındaki vellus tüyler ve hiperkeratotik tıkaçlar folliküler infindibulumda birikerek kıl kökünün tıkanmasına neden olmaktadır. Lezyonlar koyu siyah renkli dikenimsi çıkantıları olan papüler ve plaklar şeklindedir. Gövdede ve kollarda bulunanlar kaşıntıya neden olurken, genç yaştaki hastalarda ise öncelikli şikayet kozmetik sebeplerden dolayıdır. Bu hastalar acne vulgaris, keratosis pilaris, lichen spinülosa gibi tanılarla tedavi tedavi edilmeye çalışılmakta ve genellikle teşhis edilememektedir. Tedavisinde kıl forsepsi ile kılların çekilmesi, tüy dökücü krem, lazer epilasyon ve yapışkan bantlar kullanılabilir. Biz bu olguda, eksizyon ve primer onarım yöntemi ile tedavi ettiğimiz nadir bir lokalizasyondaki Trichostasis spinulosa lezyonunu sunmayı amaçladık.

Kaşıntılı koyu siyah renkli papüller ve plaklar



Kaşıntılı koyu siyah renkli papüller ve plaklar

P-071
Servikal Radikülopati Bulgularına Neden Olan İhmal Edilmiş Dev Lipom: Olgu Sunumu

Adem Özkan, Adem Topkara, Ramazan Hakan Özcan
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Denizli

Amaç: Lipom, yağ dokusundan orijin alan ve en sık rastlanan iyi huylu tümöral oluşum olup vücutta yağ dokusu tabakasının bulunduğu her anatomik lokalizasyonda gelişebilir. Ekstremiteler, omuzlar, sırt, baş ve boyun bölgesi lipomların en sık görüldükleri anatomik lokalizasyonlardır. İhmal edildiklerinde bulundukları anatomik alanda bası semptomlarına neden olmaktadır. Yaklaşık 20 yıllık hikayesi olan ve servikal bası bulgularına neden olan lipom olgusunu sunuyoruz.

Olgu sunumu: 51 yaşında erkek hasta boynundaki şişkinlik ve sağ kolunda ağrı ve uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hikayesinden boyundaki şişkinliği yaklaşık 20 yıl önce fark ettiği ancak ameliyattan korktuğu ancak son 6 aydır ara ara sağ kolunda ağrı hissettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde posterior servikal bölgeyi kaplayan soft lobüle kitle tespit edildi (Resim 1). MR görüntülemede boyun posteriorunda 10*18cm boyutlarında servikal kaslara bası yapan lipomatöz kitle görüldü (Resim 2, 3). Kitle genel anestezi altında total olarak çıkarıldı. Operasyon sonrası kolundaki ağrı uyuşma geçti. Postop. Komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Lipomlar her ne kadar iyi huylu yumuşak doku tümörü olsalar da ihmal edildiklerinde bulundukları vücut bölgesinde ileri derecede büyük boyutlara ulaşarak sadece kozmetik değil, fonksiyonel problemlere de yol açabilirler (1). Yakınında bulundukları önemli damar ya da sinir yapılarını itme, çekme etkisi ile dolaşım sıkıntılarına, parestezi ve motor parezilere yol açabilirler (2). Bu nedenle kol ağrısı ve uyuşmasının lipom basısına bağlı olduğu düşünüldü. Nitekim operasyon sonrası şikayetlerinin geçmesi tanıyı doğruladı. Tanıda fizik muayene yanı sıra yumuşak doku USG, BT ve MRI yardımcı radyolojik tanı yöntemleri kullanılabilir. Lipomların temel tedavis komple eksizyondur (3). Liposakşın yöntemleri bildirilse de yapısında fibrotik bantların olduğu olgularda tam olarak çıkarılamamaktadır (1). Masum görülen lipomların ihmal edildiklerinde ciddi sorunlara yol açabileceği unutulmamalıdır.

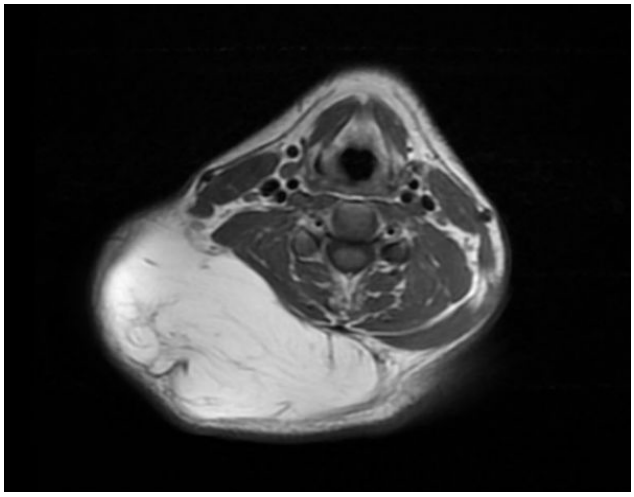
Kaynaklar: 1.Silistreli, O.K., Durmuş, E.U., Ulusal, B.G., Oztan, Y., Görgü, M., 2005. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. Br. J. Plast. Surg. 58, 394–398. 2 Kalisman, M., Dolich, B.H., 1982. Infiltrating lipoma of the proper digital nerves. J. Hand. Surg. Am. 7, 401–403. 3. Higgs PE, Young VL, Schuster R, Weeks PM. Giant lipomas of the hand and forearm. South Med J 1993;86:887–90.

Resim 1



Boyun posteriorunu kaplayan kitle

Resim 2



Kitlenin MR görüntüsü

Resim 3



Lipomatöz kitlenin perop görünümü

P-072
4 yaşında çocuk hastada Yanık sonrası meydana gelen geniş skatrisyel alopeside ekspander kullanımı

Burak Yaşar, Alper Burak Uslu, Sinem Sıngın, Ramazan Erkin Ünlü, Hasan Murat Ergani, Mehmet Onur Öztürk
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Kliniğimizde opere edilen bomba patlaması sonucu gelişen yanık nedeniyle skalpte geniş bir alanda meydana gelen skatrisyel alopesi olan hastanın vaka sunumu olarak aktarılması, kliniğimizde opere edilen bu hasta üzerinden klinik tecrübelerimizin paylaşılması ve konunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 4 yaşında kadın mülteci hasta, savaş yaralanması sonucu saçsızlık şikayetiyle kliniğimize Gaziantep İl Afet ve Acil Durumlar Müdürlüğü tarafından yönlendirilmiş. Hastanın alınan öyküsüne göre; yaklaşık 2 yıl önce savaş yaralanması sonrasında saçlı deride yanık gelişmiş ve yanık alan Suriye'deki bir merkezde kısmi kalınlıkta deri greftiyle rekonstrükte edilmiş. Hastanın frontal bölgeden başlayarak verketse uzanan, lateral taraflarda her iki parietal bölgeyi de içine alan yaklaşık 9x10 cm'lik greftle uyumlu skatrisyel alopesi ve sağ oksipitoparietal bölgede dog-ear deformitesi mevcut izlendi. Hastaya mevcut muayene bulguları ve tetkikleri ile plastik cerrahi kliniğine kabul edildi. Hastaya skalp orta hatta alopesik alan için sağ temporal alandan oksipital bölgeye uzanacak şekilde 250 cc crossaint ekspander; sol temporal alandan oksipital bölgeye doğru uzanan 450 cc crossaint doku genişletici yerleştirildi. Yaklaşık 2.5 ay boyunca doku ekspansiyonu yapıldı. Her iki lateralde ekspanse edilen flepler uygun planda eleve edildi. Her iki lateraldeki fleplere back-cutlar yapılarak rotasyon arkları genişletildi ve saç çıkım yönleri uyumlu olacak şekilde flepler orta hatta birleştirildi, 2 adet hemovac dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Postop 4. günde hemovac drenler çekildi.

Sonuç: Yanık yaralanmaları ve çeşitli yaralanmalar sonrasında meydana gelen skatrisyel alopesi tedavisinde ekspander kullanımı fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici bir cerrahi prosedürdür. Kullanımı basit, flep güvenilirliği yüksek, öğrenme eğrisi kısa, kullanışlı ve benzer cilt özelliği sayesinde tatmin edici estetik sonuçları mevcuttur.

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Ekspander seans 2 işlemi öncesi

P-073
Erişkin Hastada Konjenital Servikal Orta Hat Kleftine Bağlı Kontraktür: Vaka Takdimi

Salih Onur Basat, Fatih Ceran, Asuman Özel, Karaca Başaran
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Konjenital orta hat kontraktürleri genellikle orta hat servikal kleftlere eşlik eder. Bu gelişimsel anomali doğuştan itibaren var olup mandibuladan manibrium sterniye uzanan subkutan kontraktür bandı ve nipple şeklinde cilt katlantısı ile karakterizedir. Kleft başlangıçta eksudatid deskuamöze epitelle kaplı iken ilerleyen haftalarda bu epitel dokusu kuru ve skarlaşır. Kafkas kadınlarda daha sık rastlanır. Vakaların çoğu erken dönemde tanınır ve tedavi edilir. Tabı almayan ve ihmal edilen vakalarda boyun orta hatta sebat eden kontraktür oluşur, çenede protrüzyona neden olur ve cerrahi tedavisi zordur. Tiroglossal kanal kisti, bronkojenik kist, yarık dudak-mandibula-sternum ve mandibular spur hastalıkları bu şekilde orta hatta kontraktürle seyreder ve ayırıcı tanıda karşımıza çıkmaktadırlar. Biz de erişkin bir hastada konjenital servikal orta hat kleftine bağlı kontraktür vakamızı takdim etmekteyiz.

Olgu: 28 yaşında bayan hasta boyun anteriorunda kontraktür şikayeti ile tarafımıza başvurdu (Şekil). Hastanın hikayesinde büyük babasında da aynı rahatsızlığın olduğu öğrenildi. Yapılan manyetik rezonans görüntülemeden kontraktürün mentumdan manibrium sterniye uzandığı, komşu dokularla ilişkili olmadığı tesbit edildi. Hasta ek anomaliler açısından dahili branşlara konsülte edildi, ek patoloji saptanmadı. Genel anestezi altındaboyun orta hatta insizyon yapıldı, kontraktür bandı rezekke edildi, çoklu z plastiler yapıldı. Ameliyat sonrası 3. Haftada kontraktür bandının tekrar oluştuğu gözlendi. Hasta tekrar opere edilerek band tekrar rezekke edildi.
Bulgular: Operayon sonucu komplikasyon görülmedi. 2. operasyon sonunda tekrarlama gözlenmedi.

Sonuç: Konjenital servikal orta hat klefti nadir görülen bir durumdur ve genetik yatkınlık mevcuttur. Hastaların tanı aldıkları pediatrik dönemde opere edilmeleri gerekmektedir. İhmal edilen vakalarda çene protrüzyonu oluşmaktadır ve inatçı rekürren kontraktür bantları oluşabilmektedir.

Kaynak: A. Mlynarek, A. Hagr, T.L. Tewfikcorrespondenceemail, V.H. Nguyen. Congenital midline cervical cleft: case report and review of literature. November 2003 Volume 67, Issue 11, Pages 1243–1249.

Şekil



Hastanın görünümü.

P-074
Deneysel Kontraktur Modelinde Subkutan Pediküllü Rhomboid Flep ve Z-Plasti Tekniği İle Elde Edilen Uzama Oranlarının Karşılaştırılması

Serdar Altun[1], Fatih Çakır[2], Mehmet Öztan[3], Mehmet İhsan Okur[1], Ali Bal[1]
[1]Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik cerrahi ABD, Elazığ
[2]Kahramanmaraş Necip Fazıl Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik cerrahi, Kahramanmaraş
[3]Batman Bölge Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik cerrahi, Batman

Amaç: Yanık kontrakturlerinin cerrahisinde son dönemde yaygın bir şekilde kullanılan Rhomboid flep tekniği ile lineer yanık kontrakturlerinin tedavisinde artık standart olmuş olan Z-plastinin uzama oranlarının deneysel olarak karşılaştırılması.

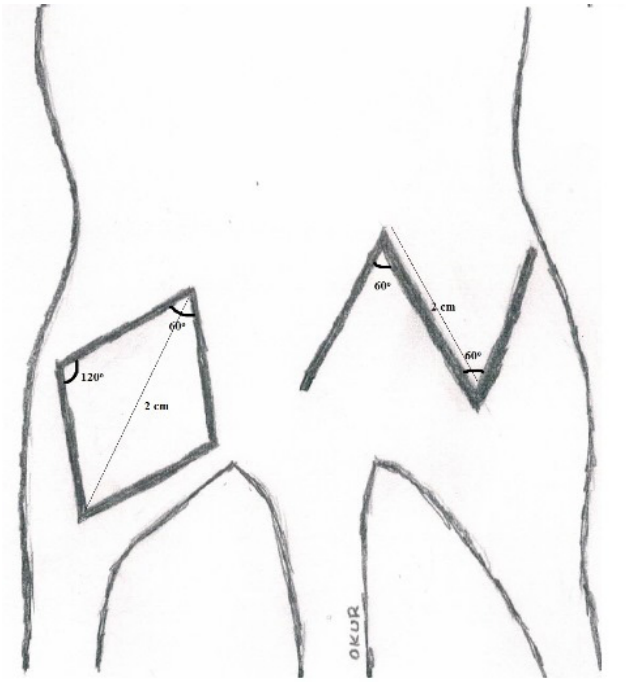
Yöntem-Gereçler: 8 adet 250-300 gram ağırlığında Wistar Albino cinsi ratların her iki inguinal bölgesinde deneysel olarak kontraktur bandı oluşturuldu. Kontraktur bandı daha önce tanımlandığı gibi, ratlar sırtüstü masaya fikse edildikten sonra arka ayaklarına 400 gram ağırlık asarak meydana getirildi. Sağ inguinal bölgeye uzun aksı 2 cm olacak şekilde 60 ve 120 derecelik açılara sahip olan bir adet rhomboid flep, sol inguinal bölgeye ise uzun aksı 2 cm olacak şekilde 60 derece açıya sahip tekli Z-plasti

planlandı (Resim 1). Rhomboid flepler kas fasiasına kadar çepeçevre insize edildi, subkutan bağlantıları korundu. Flebin çepeçevre kesilmesiyle gerginlik hattının kırılması ile flebin superior ve inferior uçlarında defekt meydana geldi. Bu defektler V-Y ilerletme tekniğine uygun olarak gerginlik olmayacak şekilde komşuluğundaki cilde sütüre edildi. Sol inguinal bölgede planlanan Z-plasti flepleri kas fasiasının üzerinden disseke edildikten sonra transpoze edilip yeni yerlerine sütüre edildi (Resim 2-3). İşlemin sonunda iki farklı flebin uzama miktarları hesaplandı ve istatistiki olarak değerlendirilmesi Student's t testi ile yapıldı.

Bulgular: 2 cm uzunluğundaki Rhomboid flebin uzama miktarının ortalama 3,4±0.118 cm'e ulaştığı (3,2-3,6 cm) ve %70 (%65-80) oranında uzama sağladığı bulundu. 2 cm uzunluğundaki Z-plastinin ise uzama miktarının ortalama 4,47±0.281 cm'e ulaştığı (4,0-4,9 cm) ve % 123 (%100-145) oranında uzama sağladığı bulundu (Tablo 1-2). İki grup arasındaki uzama miktarlarındaki fark istatistiki olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$).

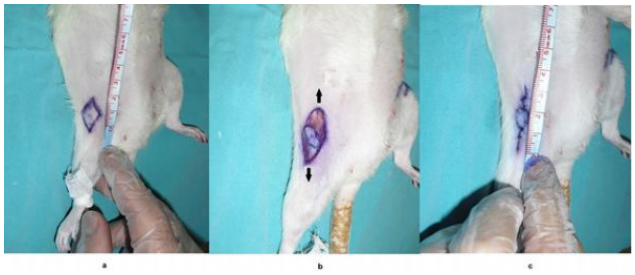
Sonuç: Deneysel kontraktur modelinde her iki inguinal bölgede oluşturulan gerilim hattının iki tarafta da tamamen kaybolduğu görüldü. Ancak Z-plastinin, Rhomboid flebe göre daha fazla uzama sağladığı tesbit edildi. Rhomboid flep, Z-plastinin sağladığı kadar uzama sağlamamasına rağmen Z-plastinin kullanılamadığı geniş skar bantlarının serbestleştirilmesinde, aksilla-genital bölge ve nipple-areola gibi özel anatomik bölgelerde Z-plasti fleplerinin transpozisyonuna bağlı gelişebilecek distorsiyon etkisinden kaçınmak için rahatlıkla kullanılabilir.

Resim 1



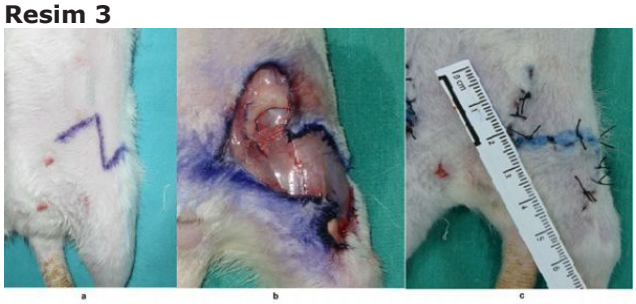
Sağ inguinal bölgede uzun aksı 2 cm uzunluğunda ve 60-120 derece açılara sahip Rhomboid flep, sol inguinal bölgede ise 2 cm uzunluğunda 60 derece açılara sahip tekli Z-plasti planlaması gösterilmiştir.

Resim 2



A) Rhomboid flebin planlanması. B) Ortadaki dokunun subkutan bağlantıları korunarak işaretli kenarlar çepeçevre subkutan dokuya kadar kesilince, gerilim hattı boyunca uzama sağlandığı görülmekte. C) Ortadaki ve etraftaki dokularda gerginlik olmayacak şekilde flepler V-Y ilerletme tekniğine uygun olarak dikildiği ve uzama miktarı görülmekte.

Resim 3



A) 60 derecelik Z-plastinin planlaması. B) Fleplerin subkutan dokudan ayrılmasıyla gerilimin kaybolduğu ve fleplerin kendiliğinden yer değiştirdiği görülmekte. C) Fleplerin dikilmesinden sonra uzama miktarı görülmekte.

Tablo 1

	Rhomboid flep	Rhomboid flep	Rhomboid flep	Z-Plasti	Z-Plasti	Z-Plasti
Rat	Preoperatif uzunluk (cm)	Postoperatif uzunluk (cm)	Uzama oranı (%)	Preoperatif uzunluk (cm)	Postoperatif uzunluk (cm)	Uzama oranı (%)
1	2	3,6	80	2	4,3	115
2	2	3,4	70	2	4,8	140
3	2	3,4	70	2	4,0	100
4	2	3,2	60	2	4,4	120
5	2	3,4	70	2	4,5	125
6	2	3,3	65	2	4,9	145
7	2	3,4	70	2	4,4	120
8	2	3,5	75	2	4,5	125

2 cm uzunluğunda planlanan Rhomboid flep ve Z-plastinin kontraktur bandında sağladığı uzama miktarları ve uzama oranları.

Tablo 2

GRUPLAR	N	Postop uzunluk ortalaması (cm)	Postop uzama ortalaması (cm)	Postop kazanç oranı ortalaması (%)	Std. Devias-yon (cm)
Rhomboid flep	8	3,4	1,4	70	0,118
Z-plasti	8	4,47	2,47	123,75	0,281

Rhomboid flep ve Z-plastinin ortalama postoperatif uzama miktarı ve uzama oranı.

P-075
Ratlarda arka bacak modelinde alfa lipoik asitin iskemi-reperfüzyon hasarını önlemedeki etkisi

Arif Aydın
Afyon Devlet Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

Amaç: Bu çalışmanın amacı, reperfüzyon aşamasında tedaviye eklenen alfa lipoik asitin iskemi reperfüzyon hasarını önlemedeki etkinliğini araştırmaktır.
Yöntem-Gereçler: Çalışmada 250-300 gr ağırlığında 40 adet Sprague Dawley cinsi erkek rat kullanıldı. Hayvanlar her grupta 10 hayvan olacak şekilde, randomize 4 gruba ayrıldı. Tüm ratlarda arka bacak kompozit ada flebi hazırlandı (şekil 1).Grup 1 'de ratlarda arka bacakta femoral damarlara klemp uygulanıp hemen açıldı ve iskemi oluşturulmadı. Grup 2 'de femoral arter ve ven klemplenip 4 saat iskemi uygulandı ve iskemi sonrası 24 saat arka bacak reperfüze edildi.(şekil2,3) Grup 3 'te 4 saat iskemi sonrası klempler açıldı, ratlara parenteral olarak serum fizyolojik verildi ve 24 saat boyunca reperfüze edildi. Grup 4 'te 4 saatlik iskemi sonrası ratlara parenteral olarak alfa lipoik asit verildi ve 24 saat reperfüzyon yapıldı. Tüm ratlar 24 saatlik reperfüzyon sonrası sakrifiye edildi ve biyokimyasal inceleme yapıldı. Biyokimyasal inceleme için kan örneği, karaciğer örneği ve transplante edilen arka bacaktan kas dokusu örneği alındı. Homogenizasyon sonrası kanda ve dokularda Nitrit, Nitrat, Glutatyon, MDA, TNF-alfa, plazmada vitamin A, vitamin E,vitamin C düzeyleri test edildi ve reperfüzyon hasarı değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda alfa lipoik asit verilen ratlarda 24 saatlik reperfüzyon sonrasında kas TNF-alfa düzeyi iskemi reperfüzyon yapılıp serum fizyolojik verilen gruba gore anlamlı olarak düşük, eritrosit GSH seviyeleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karaciğer MDA seviyesi alfa lipoik asit verilen grupta yalnızca iskemi reperfüzyon yapılan gruba göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Ayrıca alfa lipoik asit verilen grupta plazma vitamin C düzeyleri tüm gruplara gore anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

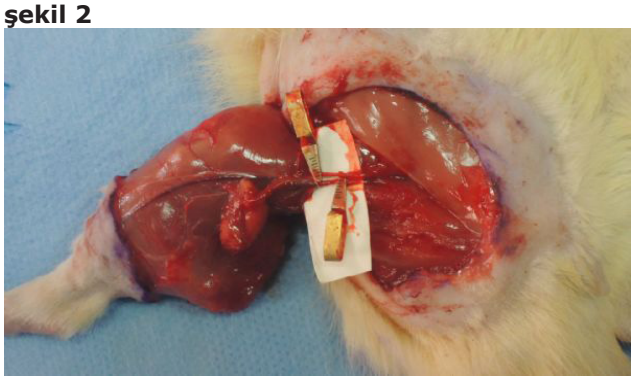
Sonuç: Çalışmamızda, alfa lipoik asit kullanımının iskemi-reperfüzyon hasarını önlemede olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Ancak klinik uygulama için yeni ve geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

şekil 1



femur osteotomisi sonrası kompozit ada flebinin oluşturulması

şekil 2



femoral arter ve venin klemplenmesi

şekil 3



4 saatlik iskemi sonrası makroskobik görünüm

P-076
Kıkırdak defektlerinde geometrik şeklin iyileşmeye etkisi

Savaş Serel, Belgin Can, Cem Çerkez, Servet Elçin Işılgan, Polat Yiğit, Hilal Göktürk
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çalışmadaki amacımızı çeşitli geometrik şekildeki defektlerin kıkırdak iyileşmesi üzerine olan etkisinin araştırılması olarak belirledik. Kontrollü oluşturulan defektlerde şekli belirleme imkanımız mevcut olduğundan, kıkırdak iyileşmesi üzerinde daha olumlu etkiye sahip olan şeklin belirlenmesi donör alanda morbiditeyi azaltacağını düşündük. Bu amaç doğrultusunda tavşan kulağında oluşturduğumuz defektlerden ilk ve dördüncü aylarda aldığımız örneklerin boyutlarındaki değişimleri karşılaştırdık ve histolojik olarak incelemesini yaptık. Histolojik parametre olarak kondrosit üretimi, kondrosit organizasyonu, büyüme oranı, granülasyon dokusu, pseudokarsinomatozis, transvers büyüme, sagital büyüme, kollajen sentezi, hipersellülarite, kan damarları, damar çapları, damar olgunlaşması, penetrasyon, lökosit invazyonu, hiperplastik epidermis, bölgesel kanama, kıkırdak nekrozu, dermal büyüme değerlendirildi. Bu kriterleri göz önünde bulundurarak yaptığımız istatiksel çalışma da geometrik şeklin kıkırdak iyileşmesinde etkisi olmadığı tespit edildi.

P-077
Tamoksifenin Tendon Yapışıklığı Üzerine Etkileri: Deneysel Çalışma

Oğuz Kayıran[1], Ercan Cihandide[2]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Acıbadem Ataşehir Tıp Merkezi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Tamoksifenin insan dermal fibroblastları üzerine etkileri çalışılmıştır. Buna göre skar oluşumunu azalttığı da gösterilmiştir (1,2). Hatta TGF-beta üzerinden keloid fibroblastlarını baskıladığı da bilinmektedir (3). Yapılan bir çalışmada tamoksifenin intraabdominal yapışıklıkları azaltmadaki başarılı etkisi de gösterilmiştir (4). Önceden yapılan bir çalışmada seprafilm ile tendon adhezyonunu azaldığı da gösterilmiştir (5). Burada, tavşanda tendon kesisi, onarımı ve tendon yapışıklığı oluşturularak tamoksifenin tendon yapışıklığını azaltmadaki etkisi değerlendirilecektir. Lokal tamoksifen etkinliğini değerlendirmek için de ilaç emdirilmiş hyaluronik asid+metilselüloz (seprafilm) kullanılacaktır. Dört grup oluşturulacak ve her grupta 10 adet 2500-3000 gr ağırlığında Yeni Zelanda tavşanı çalışmaya dâhil edilecektir. Çalışma, 10 adet kontrol, 10 adet tamoksifen 0.25 mg/kg/gün po, 10 adet tamoksifen 2.5 mg/kg/gün po, 10 adet tamoksifen emdirilmiş ve tendona sarılmış metilselüloz grupları olarak tasarlanmıştır. 35mg/kg ketamin im ve 5 mg/kg Xylazin im ile anestezi yapılarak 20 mg/kg Sefazolin iv profilaktik olarak enjekte edilecektir. Postop hareket kısıtlanmayacakve hayvanlar 6. haftada sakrifiye edilecektir. Aşağıdaki makroskopik adhezyon değerlendirme kriteri (6) ile tendon adhezyonu değerlendirilecektir.

Puan Yapışıklık görüntüsü

Uzunluk(kantite) 0 Yapışıklık yok
1 Lokal, uzunluk <10 mm
2 10–15 mm
3 Yoğun, >15 mm
Karakteristik (kalite) 0 Yapışıklık yok
1 Gevşek, elastik ve mobil
2 Ortalama kalınlık ve mobil
3 Kalın, sert, immobil
Sınıflandırma 0 Yapışıklık yok
2 Hafif derecede yapışıklık
3–4 Orta derecede yapışıklık
5–6 İleri derecede yapışıklık

Biyomekanik test ile dorsal ve proksimal interfalengeal eklemlerin total eklem açıklıklarının analizleri yapılacaktır. Histopatolojik olarak fibrozis, enflamatuvar hücre infiltrasyonu, pertendinöz adhezyonlar ve kollajen dizilimi değerlendirmeye alınacaktır.
Sonuçlar, istatistiksel olarak değerlendirilecek ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilecektir.

P-078
Periferik Sinir Defektlerinin Tedavisinde Allojen Damar Grefti İçerisine PRP Ve Hyaluronik Asit Enjeksiyonlarının Sinir Rejenerasyonundakı Etkilerinin Karşılaştırılması

Ahmet Hamdi Aytekin[1], Cemal Fırat[2], Mehmet Akif Durak[3], Yılmaz Geyik[4], Serkan Erbatur[5], Ömer Elmas[6], Adile Ferda Dağlı[7], Hamit Çelik[8]
[1]Malatya Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Malatya
[2]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya
[3]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya
[4]Bingöl Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Bingöl
[5]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır
[6]Bayburt Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Bayburt
[7]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ
[8]Bayburt Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bayburt

Giriş: Periferik sinir yaralanmaları genellikle mekanik, kimyasal, termal ve patolojik nedenlere baglı olarak meydana gelir ve bu yaralanmaların tedavisi günümüzde halen önemli bir sorun teskil etmektedir. Sinir yaralanmalarından sonra istenilen fonksiyonel sonuçların elde edilmesi amacıyla birçok klinik ve deneysel çalısma yapılmaktadır. Bu amaçla gelistirilen mikroenstrumanlar, kondüit tüpler, rejenerasyonu arttıran büyüme stimülatörleri gibi mikrocerrahi yöntemlerin yanı sıra moleküler biyolojideki gelismeler periferik sinir onarımında basarı oranını arttırmıstır.

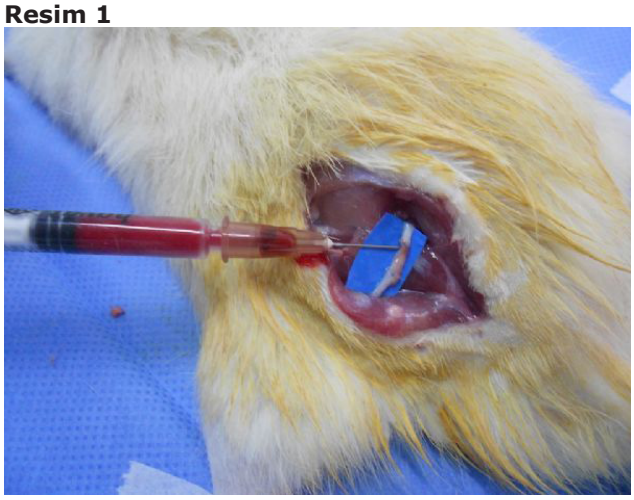
Bu çalısmada, yüksek oranda büyüme faktörü içerigine sahip olan trombositten zengin plazmanın (PRP) ve skar olusumunu azaltarak sinir rejenerasyonuna olumlu yönde etkilerinin oldugu bilinen hyalüronik asitin (HA) allojen aort greftine enjekte edilerek, periferik sinir defektlerinde sinir rejenerasyonuna etkilerinin histopatolojik ve fonksiyonel yöntemler ile degerlendirilmesi ve karsılastırılması amaçlanmıstır.

Gereç-Yöntem: Çalısmada agırlıkları 200-250 gram arasında degisen, 1 yas civarı 20 adet Wistar Albino tipi erkek rat kullanıldı ve bu hayvanlardan 2 adet erkek rat PRP ve aort grefti elde edilebilmesi için donör olarak kullanıldı. Her grupta 6 adet rat olacak sekilde, rastgele seçim yapılarak 3 grup oluşturuldu. Tüm grupların sol siyatik sinirlerinde çalısıldı ve 1'er cm lik sinir defekti olusturuldu. Sağ siyatik sinirlere ise dokunulmadı ve kontrol grubu olarak kullanıldı. Grup 1: otogreftle onarılan grup, Grup 2: allojen aort grefti içerisine hyaluronik asit enjekte edilen grup ve Grup 3: allojen aort grefti içerisine trombositten zengin plazma (PRP) enjekte edilen grup olarak dizayn edildi. 12 hafta sonra bulgular fonksiyonel ve histopatolojik olarak degerlendirildi. Fonksiyonel degerlendirme için siyatik fonksiyon indeksi, latans ve amplitüd oranları kullanıldı. Histopatolojik incelemede ise sol siyatik sinirin proksimal anastomoz, greft ve distal anastomoz distalinden kesitler alındı ve ışık mikroskobu altında myelinizasyon, fibrozis, ödem ve mast hücre yoğunluğu değerlendirildikten sonra skorlandı.

Bulgular: Tüm gruplarda farklı oranlarda aksonal rejenerasyon gözlendi. Proksimal anastomoz seviyesinde yapılan myelinizasyon oranları Grup1> Grup3> Grup 2 seklinde; greft seviyesinde yapılan incelemede Grup 1>Grup 3> Grup 2 ve distal anastomoz distalinden

yapılan kesitlerde ise Grup 1>Grup 3>Grup 2 seklinde oldu. Fibrozis oranı açısından yapılan degerlendirmede proksimal anastomoz seviyesinde Grup 2>Grup 3>Grup1; greft seviyesinde yapılan incelemede Grup 2=Grup3>Grup 1, distal anastomoz distalinde yapılan değerlendirmede ise Grup 2>Grup 3>Grup1 seklinde oldu. Ödem miktarı açısından yapılan degerlendirmede; proksimal anastomoz seviyesinde Grup2>Grup 3>Grup1; greft seviyesinde Grup 2>Grup 3=Grup1 ve distal anastomoz distalinde yapılan degerlendirmede ise Grup 2>Grup 3>Grup1 seklinde oldu. Mast hücre yogunlugu bakımından yapılan degerlendirmede; proksimal anastomoz seviyesinde Grup 2>Grup 3=Grup 1, greft seviyesinde Grup 2>Grup3=Grup 1 ve distal anastomoz distal bölgesinde ise Grup 2>Grup 3>Grup 1 seklinde gözlendi. Sonuç: Bu çalısma sonucunda, allojen aort grefti içerisine yapılacak PRP enjeksiyonu ile yapılan sinir onarımının HA enjeksiyonu ile yapılan onarımla kıyaslandığında, sinir rejenerasyonu üzerinde daha olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir.

Resim 1



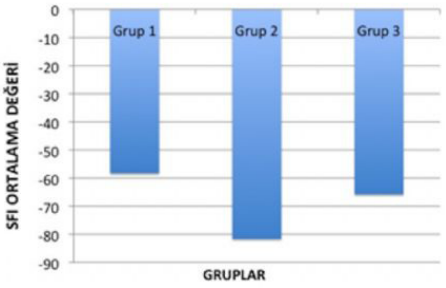
Allojen aorta greftine PRP enjeksiyonu

Tablo 1

GRUPLAR	DENEK	PROKSIMAL ANASTOMOZ	GREFT	DISTAL ANASTOMOZ DISTALI
	1	3	2	2
	2	2	2	1
	3	2	1	1
GRUP 1	4	3	2	2
	5	3	1	1
	6	3	2	2
	ORTALAMA	2.66	1.66	1.5
	SD	0.47	0.47	0.5
	1	1	0	0
	2	2	1	1
	3	1	1	0
GRUP 2	4	1	0	0
	5	2	1	1
	6	1	0	0
	ORTALAMA	1.33	0.5	0.33
	SD	0.47	0.5	0.47
	1	2	1	0
	2	3	2	2
	3	2	1	1
GRUP 3	4	2	1	1
	5	2	1	1
	6	2	1	1
	ORTALAMA	2.16	1.16	1
	SD	0.37	0.37	0.57

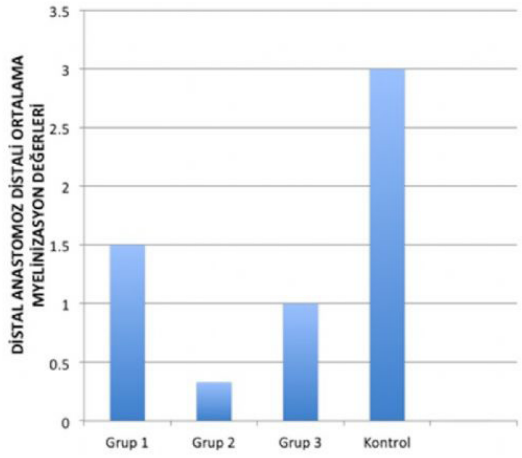
Deneklerin Miyelinizasyon Oranları (Miyelinli akson yok = 0, Nadir miyelinli akson=1,Seyrek, düzensiz, ince miyelinli akson = 2, Sık, düzenli, kalın miyelinli akson=3)

Şekil 1



Gruplar arasında ortalama SFI değerlerinin karşılaştırılması.

Şekil 2



Deneklerin Distal Anastomoz Distali Myelinizasyon Oranları.

P-079
Trombositten Zengin Plazmanın Hızlı ve Yavaş Şişirilen Doku Genişletme Üzerindeki Etkileri

Şerif Yavuz[1], Furkan Erol Karabekmez[2], İbrahim Sağlam[1], Muhsine Zeynep Yavuz[3], Metin Görgü[1], Tülin Fırat[4], Aysel Kükner[4]
[1]Abant Izzet Baysal Universitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi AD, Bolu
[2]Keciören Egitim ve Arastirma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Klinigi, Ankara
[3]Abant Izzet Baysal Universitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Farmakoloji AD, Bolu
[4]Abant Izzet Baysal Universitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Histoloji ve Embriyoloji AD, Bolu

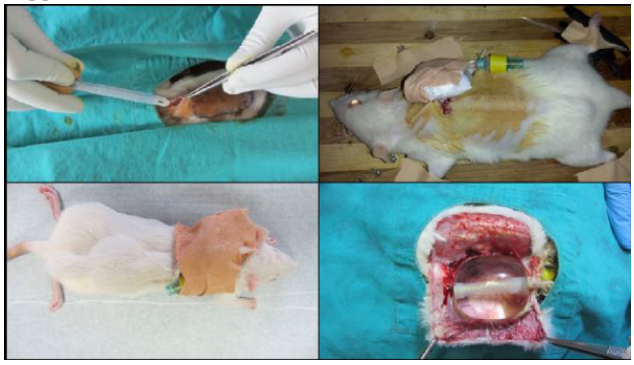
Amaç: Doku genişletme, primer olarak kapatılamayan doku defektlerinin, komşu dokunun balon yardımı ile genişletilerek, renk ve doku uyumu bakımından benzer dokular ile onarılmasını sağlayan bir tekniktir. Doku genişletme yönteminin rekonstrüktif onarımda önemli avantajlarının olmasının yanında; tedavinin uzun zaman alması, güvenli şişirilebilmesi için sık doktor kontrolü gerektirmesi hastanın konforunu bozmakta ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Zaman kaybını azaltmak için yapılmak istenen hızlı doku genişletme işlemi sonucunda ise dolaşımın bozularak nekrozun oluşma sıklığı artmaktadır. Trombositten zengin plazma (TZP) içeriğindeki çok sayıda büyüme faktörü nedeni ile tıbbın her alanında olduğu gibi plastik cerrahide de giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Bu çalışmada amacımız TZP'nin anjiogenez ve doku remodelingi üzerindeki olumlu etkilerinden faydalanarak hızlı ve yavaş doku genişletme işlemleri üzerlerindeki etkilerini gözlemlemektir.

Metod: 42 adet 350-450 gr. Ağırlığındaki dişi sıçan rastgele 6 gruba ayrıldı. Donör olarak sıçanlardan alınan kanın santrifüj edilmesi ile hazırlanan TZP, doku genişletme yapılması planlanan bölgeye, gruplarına göre farklı zamanlarda enjekte edildi ve doku genişleticiler hızlı ve yavaş şişirilme yöntemleri ile şişirildi (Resim 1). Değerlendirme amacı ile genişletme eylemi bittikten 7 gün sonra genişletilen dokunun tepe noktasından örnekler alınarak, histolojik değerlendirme ve ELISA ölçümü yapıldı.

Bulgular: TZP uygulanan gruplarda nötrofil invazyonunda azalma tespit edildi. TZP'nin doku genişletme eyleminden 1 hafta önce verildiği gruplarda yeni oluşan damar sayısında, hızlı doku genişletme uygulanan ve TZP verilen bütün gruplarda ise eksprese edilen bFGF ve VEGF düzeylerinde anlamlı artışlar tespit edildi (Resim 2). Ayrıca TZP verilerek yavaş doku genişletme işlemi uygulanan gruplarda ve hızlı doku genişletme işlemi ile aynı gün TZP verilen gruplarda kapsül kalınlığında anlamlı derecede azalma olduğu gözlemlendi.

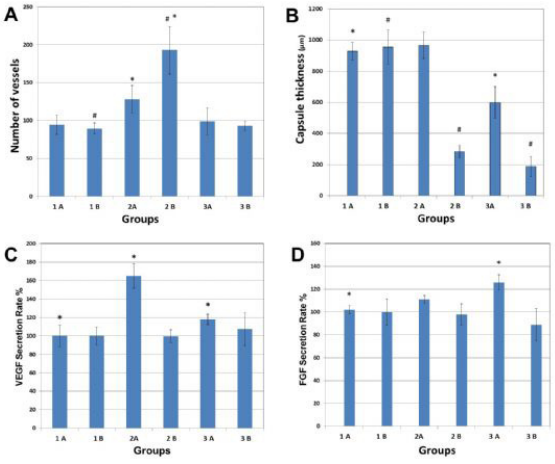
Sonuç: TZP yeni damar oluşumunu arttırarak, kapsül kalınlığını azaltarak ve inflamasyonu baskılayarak başarılı doku genişletme işlemine katkıda bulunabilir. Yapılacak daha ileri araştırmalar ile kolay elde edilen bu otolog ürünün doku genişletme işleminde hangi dozlarda ve ne sıklıkla daha güvenle kullanılabileceğinin ortaya çıkarılabileceği gösterilebilir.

Resim 1



Operasyon planlanması, doku genişletici yerleştirme ve doku örneği alma.

Resim 2



Gruplar arasında VEGF, FGF, yeni damar oluşumu ve kapsül kalınlığı açısından karşılaştırma.

P-080
Sıçanda Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti Alınmasını Kolaylaştıran Pratik Bir Yöntem

Burak Ersoy
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Istanbul

Giriş: Rekonstrüksiyon merdiveninin vazgeçilmez bir basamağını oluşturan deri grefti, plastik ve rekonstrüktif cerrahinin en eski ve en sık uygulanan yöntemlerinden bir tanesidir. Sıçanlarda yürüülen deri greftiyle bağlantılı çalışmalar insanlarda gerçekleştirilen bilimsel araştırmalara önemli bir katkı sağlamaktadır; ancak insandan farklı olarak sıçan derisinde panikulus karnosus dokusunun varlığı nedeniyle sıçanda kısmi kalınlıkta deri greftinin alınması araştırmacılar açısından ciddi bir zorluk teşkil etmektedir. Bu çizgili kas dokusu cilt tabakasına belirgin bir gevşeklik ve mobilite kazandırmakta ve dolayısıyla deri grefti alınmasını oldukça güçleştirmektedir. Sıçan derisini sabitlemek ve hareket yetisini sınırlandırmak için çeşitli teknikler tarif edilmiştir. Bu yöntemlerin büyük çoğunluğunda invazif bir işlem sonucunda subdermal implante edilen destek

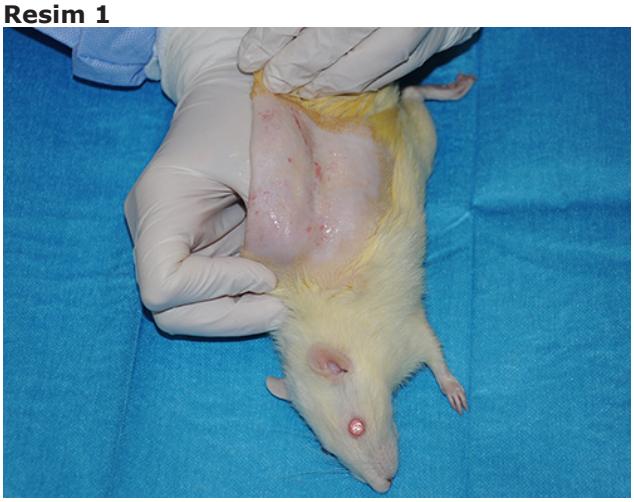
yüzeyler kullanılmaktadır. Dolayısıyla sözkonusu teknikler hem zaman kaybına neden olmakta hem de sıçanlarda ek cerrahi stres ve yara oluşumuna yol açmaktadır. Bu çalışmada, sıçanda kısmı kalınlıkta deri grefti alınması sırasında karşılaşılan sözkonusu dezavantajları ortadan kaldıracak basit ve pratik bir yöntem tarif edilmiştir.

Yöntem-Gereçler: Genel anestezi ve greft donör alan olarak seçilen sırt bölgesinin traş edilmesini takiben asistan tarafından donor alan iki ucundan gergin bir şekilde tutulur, bu esnada tek elin birinci metakarpal ve proksimal falanks kemiklerine uyan bölgesiyle donör alana alttan destek sağlanır (Resim 1). İyice gerilen ve alttan desteklenen donör alandan kablosuz dermatom cihazı yardımıyla istenen boyutlarda kısmi kalınlıkta deri grefti operatör tarafından alınır.

Bulgular: Tarif edilen yöntem uygulanarak toplam 16 Sprague-Dawley cinsi sıçanın sırtından başarılı bir şekilde kısmi kalınlıkta deri grefti alınabilmiş (Resim 2), işlemin çok kısa aralıklarla arka arkaya tekrarlanması sonucunda asistanın başparmak üzerinde hissettiği geçici bir hassasiyet artışının dışında herhangi bir zorluk ya da olumsuz durumla karşılaşılmamıştır. Ayrıca asistanın destek amacıyla kullandığı elinin donör alanla temas eden kısmının genişliği, alınabilecek maksimum greft genişliğini belirleyen sınırlandırıcı bir unsur olarak dikkat çekmiştir. Ancak yaklaşık 2-2.5 cm'e denk düşen bu genişlik, uzunluk açısından kısıtlamanın olmadığı da gözönüne alındığında yöntemin deneysel greft çalışmalarında kullanılması açısından yeterli olarak kabul edilmiştir.

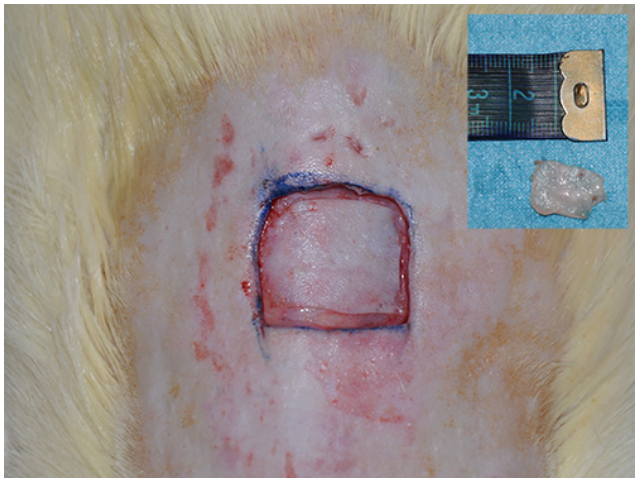
Sonuç: Sunulan teknik, deneysel çalışmalarda sıçandan kısmi kalınlıkta deri grefti alınması için tarif edilmiş diğer yöntemlere kıyasla basit ve güvenilir bir alternatif oluşturmakta, bu sayede araştırmacının elleri ve dermatom cihazı dışında herhangi bir ek invazif girişim ya da alet kullanımına gerek duyulmamaktadır.

Resim 1



Sıçanın sırt derisi asistanın iki eli tarafından sabit ve gergin tutulurken hem hayvanın olası ani bir hareketi engellenmekte hem de greft donör alanın altından destek sağlanmaktadır.

Resim 2



Tarif edilen yöntem ve kablosuz dermatom cihazının yardımıyla 1.5x1.5 cm boyutlarında 0.3 mm kalınlığında kısmi kalınlıkta deri grefti alınmıştır.

P-081
Ailesel multipl trikoepitelyomalı bir olguda bazal hücreli karsinom birlikteliği

Zeynep Tuzlalı, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Trikoepitelyoma folliküler diferansiyasyon gösteren ve ender görülen bir deri tümörüdür. Trikoepitelyoma ile bazal hücreli karsinomun (BCC) histolojik olarak ayrımı zordur.

Olgu: 25 yaşında kadın hastanın, sağ nazolabial sulkusunda bulunan ve hızlı büyüyen nodüler kitleden dış merkezde alınan eksizyonel biyopsi sonucu; bazal hücreli karsinomla birliktelik gösteren trikoepitelyomatöz paternde deri eki tümörü olarak raporlanması üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın babasının annesinde de aynı lezyonların olduğu öğrenildi. Hastanın bilateral kaş inferiorunda belirgin olmak üzere multipl, 2-4 mm boyutlarında, santral olarak ülserasyon veya krut içermeyen, asemptomatik, cilt renginde nodüler lezyonları ve sağ nasolabial sulkusunda biyopsi skarı mevcuttu. Preperat tekrar patolojiye gönderildi. Histopatolojik incelemesi sonucunda bazal hücreli karsinom olarak olarak rapor edildi.

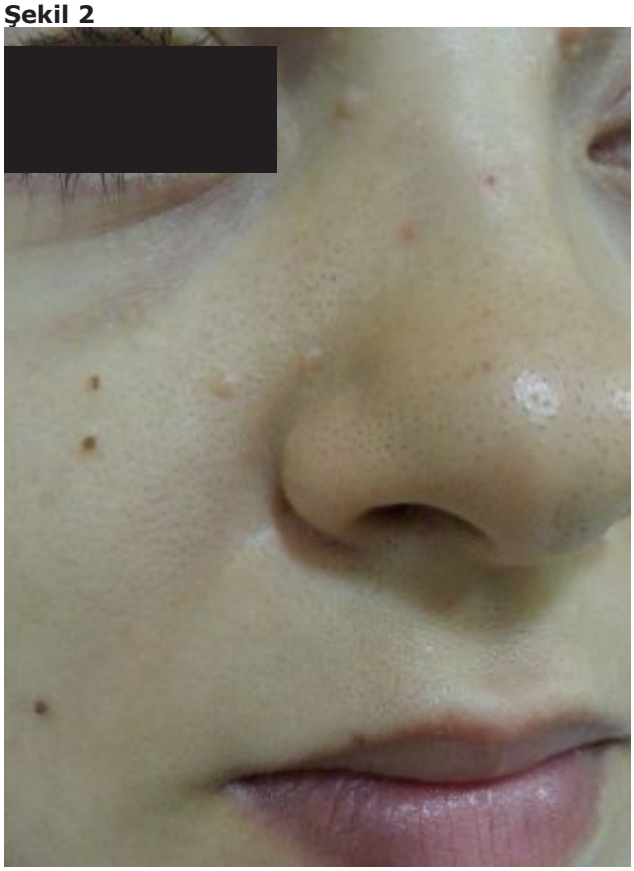
Sonuç: Trikoepitelyomaları nodüler BCC'den klinik olarak ayırt etmek bazen mümkün olmayabilir. Ancak trikoepitelyomalar ile BCC' nin aynı lezyonda bulunabileceği unutulmamalıdır. Burada tek bir lezyonda BCC ile birliktelik gösteren nadir görülen bir trikoepitelyoma olgusu sunulmuştur.

Şekil 1



Olgunun klinik görünümü: Her iki kaş inferomedialinde yoğun olmak üzere,deri renginde, ciltten eleve papüller

Şekil 2



Sağ nazolabial sulkusta eksizyon skarı

P-082
Penil dev kondilomdan köken alan invaziv skuamöz hücreli karsinom

Emin Sır[1], Melike Güngör[1], Alper Aksoy[2], Oktay Üçer[3], Tulu Kebat[4]
[1]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Acıbadem Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[3]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Manisa
[4]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Dev kondiloma akuminata oldukça ender görülen, cinsel yolla bulaşan ve ano-genital bölgeyi etkilen bir durumdur. Yavaş büyüme gösterir ve karnıbahar benzeri bir görünümü vardır. Dev kondilomlar lokal olarak agresif ve destrüktif bir karakter sergileyebilirler. Bu özellikleri nedeniyle malign transformasyona uğrama riskleri yüksektir. Bu çalışmada penisi çepeçevre saran dev kondiloma akuminata ve skuamöz hücreli karsinom birlikteliği gösteren vakayı sunmayı amaçladık.

Vaka Sunumu: 57 yaşında, heteroseksüel ve penisinde yaklaşık 20 yıldır yavaş büyüme gösteren kitle nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde tüm penis gövdesini çepeçevre saran, karnıbahar görünümlü yaklaşık 10x13 cm çaplarında kitle tespit edildi. Serolojik çalışmada hasta HPV 6 pozitif bulundu. Yapılan insizyonel biyopsi sonucu kondilom ile uyumlu geldi. Hastaya spinal anestezi altında geniş cerrahi eksizyon ve kısmı kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon işlemi uygulandı. Patolojik incelemede invaziv skuamöz hücreli karsinom ve kondilom birlikteliğine rastlanıldı. Hastanın onkolojik taramalarında herhangi bir metastaz saptanmadı. Hastanın 1 yıllık izleminde nüks izlenmedi.

Sonuç: Dev kondilomlar tespit edildiğinde, lezyon ile birlikte malignitenin olabileceği unutulmamalı ve hastaya yapılacak işlemlerin planlamasının buna göre yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Dev Kondilom



P-083
Uyluk yerleşimli subkutanöz miks tip liposarkom: Nadir bir yumuşak doku tümörü

Melike Güngör[1], Emin Sır[1], Alper Aksoy[2], Özgür Esen[3]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Konur Cerrahi Tıp merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bursa
[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

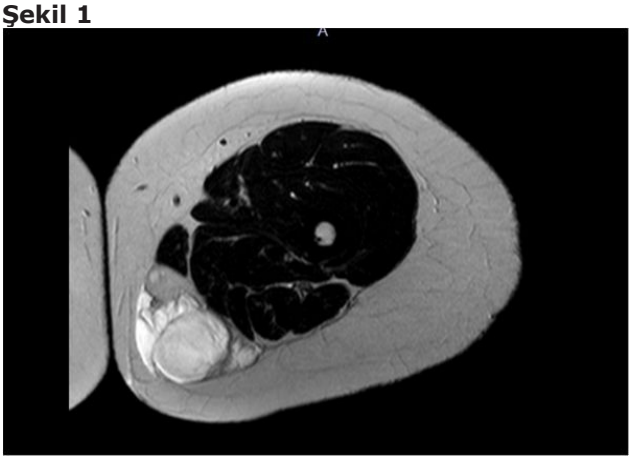
Giriş: Liposarkomlar tüm sarkomların % 15 ila 20'sini oluşturur. Genellikle retroperiton ile ekstremitelerin derin yumuşak dokularında bulunur.1 Liposarkomlar fasiyal plandan subkutan dokuya ulaşsalar da, nadiren direkt olarak deri ve yüzeyel subkutan dokudan köken alırlar.2 2004 yılında liposarkomların yeni sınıflaması yapılmış ve liposarkomlar 3 tipe ayrılmıştır: 1- miksoid/yuvarlak hücreli 2-iyi diferansiye/dediferansiye ve 3- pleomorfik. Ayrıca, birden fazla alt tipin bir arada görüldüğü tip miks tip olarak tanımlanmıştır ve en nadir görülen formdur.3,4 Burada, uylukta subkutan dokudan köken alan miks tip bir liposarkom olgusu sunulmuştur.

Olgu: 29 yaşında bayan hasta sol uylukta yavaş büyüyen ve 2 yıl önce fark ettiği kitle için başvurdu. Kitle 1 yıl önce başka bir merkezde lipom olarak değerlendirilmiş ve eksizyon hastanın isteğine bırakılmış. Hastanın çekilen MR görüntülemesinde subkutan dokuda yağ ve kistik dansite nedeni ile heterojen sinyal gösteren, öncelikle benign olarak değerlendirilen, 7.5X4.5 cm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 1). Kitle spinal anestezi altında total eksize edildi. Kitlenin solid ve kistik komponentler içeren multilobüler bir görüntüsü olduğu görüldü (Şekil 2). Histolojik incelemede iki ayrı komponenet içeren liposarkom saptandı: Miksoid ve iyi diferansiye. Hastaya geniş lokal eksizyon uygulandı. Rezidü tümör ve yapılan taramalarda metastaz saptanmadı. Hastanın 6 aylık takibinde rekürrens görülmedi.

Tartışma: Liposarkomda lokal hastalık kontrolünde cerrahi, temel tedavi yöntemidir. Cerrahi planlama BT ve MR görüntüleme yöntemlerinin ışığında dikkatlice yapılmalıdır.5 Eğer eksizyon doğru planlanır ve temiz sınırlar elde edilebilirse lokal hastalık ile mücadele kazanılabilir.1 Miksoid liposarkomlar ayrıca radyoterapi ve kemoterapiden de fayda görebilir.6 Liposarkomlarda en sıkıntılı süreç tanı aşamasıdır. Hastalığa özgü bir belirti ya da bulgu olmadığı için kolaylıkla benign olarak değerlendirilip tedavi süreci gecikebilir. İleri yaş, büyük boyut, görüntülemede kalın septa varlığı, nodüler, globüler ya da yağ dışı alanların varlığı maligniteyi düşündüren faktörlerdir.7 Ayrıca intramüsküler yerleşimin de malignite için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. 8 Bu nedenle tedavi sürecini geciktirmemek adına yumuşak doku kitlelerinde yukarıda belirttiğimiz kriterlerden herhangi biri mevcutsa hasta genç yaşta olsa dahi malignite olasılığı akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar: 1. Roh HS, Lee HE, Park MH, Ko JY, Ro YS. Subcutaneous myxoid and round cell liposarcoma. Ann Dermatol. 2011;23:338-341. 2. Dei Tos AP, Mentzel T, Fletcher CD. Primary liposarcoma of the skin: a rare neoplasm with unusual high grade features. Am J Dermatopathol 1998;20:332-338. 3. Dei Tos AP. Liposarcoma: new entities and evolving concepts. Ann Diagn Pathol 2000;4:252-266. 4. Newlands SD, Divi V, Stewart CM. Mixed myxoid/round cell liposarcoma of the scalp. Am J Otolaryngol 2003;24:121-127. 5. Thomas DH, Jose MM, Anthony JM, Stuart JS, Jean-hilaire S. Dermatology. 1st ed. London: Mosby, 2003:1895-1896. 6. Fiore M, Grosso F, Lo Vullo S, Pennacchioli E, StacchiottiS, et al. Myxoid/round cell and pleomorphic liposarcomas: prognostic factors and survival in a series of patients treated at a single institution.Cancer 2007;109:2522-2531. 7. Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, Murphey MD, Foster WC, et al. Imaging of fatty tumors: distinction of lipoma and well-differentiated liposarcoma. Radiology. 2002;224:99-104. 8. Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma: factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. Acta Orthop Scand 1983;54:929-934.

Şekil 1



Kitlenin MR görüntüsü

Şekil 2



Multilobüler kitle

P-084
Burun Tip Bölgesi Tümör Eksizyonu ve Defektinin Onarımı

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Bazal hücreli kanser tüm dünyada ve ülkemizde en sık görülen cilt kanseri tipidir. Çoğunlukla yüz veya baş-boyun bölgesinde iyileşmeyen bir yara olarak karşımıza çıkar. Tedavisi basitçe lezyonun çıkarılmasıdır. Fakat ezyonun büyüklüğüne ve yerleşimine göre oluşacak defektin kapatılması komplike bir plastik cerrahi girişim gerektirebilir.

Olgu: 89 yaşında erkek hasta son 1 yıldır burun bölgeinde iyileşmeyen yara nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır DM ve HT mevcut idi. Fizik muayenesinde burun tip bölgesinde yaklaşık 3x3 cm ebadında sınırları belli olmayan ülsere- pigmente tümöral kitle mevcut idi. Hastaya CT istendi ve kemik-kıkırdak tutulumunun olmadığı görüldü. Hastaya eksizyon önerildi fakat tümör defekti onarımı için lokal flep onarımlarını hasta kabul etmedi. Bu sebeple hastaya 3 mm sınır ile öncelikle eksizyon yapıldı. Kartilaj dokuları ekspoze olduğu için hastaya greft koyulamadı ve yara alanı pansuman ile takip edildi. Hastanın yara yeri granülasyonu sonrası sol supraklavikuler bölgeden tam kat kalınlıkta deri grefti alınarak defekt suture edildi.

Sonuç: Bazal hücreli kanser tedavisinde cerrahi eksizyon, kriyoterapi, küretaj gibi farklı seçenekler olup en sık kullanılan yöntem cerrahi eksizyondur. Değişik tedavi seçeneklerindeki nükslerin belirlenmesinin en ideal tedavi yönteminin saptanmasında yardımcı olacağı açıktır. Yeterli eksizyon sonrası nüks, literatürde %2-%5 olarak bulunmaktadır. Yetersiz eksizyon sonrası ise %10-%20'ye yükselmektedir. Tümörün yeri ve boyutu cerrahi sonrası oluşan defektin onarımını değiştirmektedir.

P-085
Çene Bölgesi Yerleşimli Malign Melanom Vakası

Şükrü İşler[1], Necmettin Karasu[2],
Alpagan Mustafa Yıldırım[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Melanom, cilde rengini veren melanositlerden kaynaklanan bir cilt tümörüdür. Güneş ışığına daha fazla maruz kaldıkça daha fazla melanin pigmenti üretilir ve cilt rengi koyulaşır. Melanoma bazal hücreli ve yassı hücreli kanserlerden daha agresif seyreder. Melanoma cilt kanserlerinin %5 i oluşturmasına rağmen en fazla ölüme neden olan cilt kanseridir.

Olgu: 89 yaşında bayan hasta çene alt orta bölgede bulunan kitle nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde DM,HT, KAH mevcut idi. Fizik muayenesinde çene orta hat bölge yerleşimli yaklaşık 6x4 cm alanda tümöral kitle mevcut idi. Hastaya USG ve CT istendi. Boyun USG›de bilateral multipl LAP tespit edildi. ve CT›de kemik tutulumunun olmadığı görüldü. Metastaz şüphesi nedeni ile PET CT istendi ve tutulumun olmadığı görüldü. Hastaya eksizyon sonrası, bilateral paratidektomi ve boyun diseksiyonu yapıldı. Defekt alanının kapatılması için hastaya bilateral fasyokutan flepler ile kapama yapıldı.

Sonuç: Melanomlarda kullanılan standart tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve biyolojik tedavidir. Melanom cerrahisi; Melanom dışı cilt kanserlerinin tedavisinden farklıdır ve tümörün evresine bağlı olarak değişmektedir. Oluşan defekt kapatılması için deri grefti, lokal veya serbest flepler kullanılabilir. Bölgesel lenf diseksiyonu tedaviye eklenmelidir.

Resim 1



Preop görünüm

P-086
İnguinal bölgede dev kitleyle seyreden nadir bir metastaz; overin seröz papiller karsinomu

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar
Yeditepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.,İstanbul

Over kanserleri kadınlarda önde gelen ölüm sebeplerinden biridir. Over kanserlerinin cilt metastazları oldukça nadirdir ve kötü prognoza işaret eder. Ekstraperitoneal yayılım hematojen yada bizim hastamızda olduğu gibi lenfatik yolları izleyerek olabilir. Bu vakada sol kasık bölgesine over

karsinomu metastazı olan hastaya ilişkin deneyimlerimiz sunulacaktır. 81 yaşında ve 98 kilo ağırlığındaki kadın hasta, sol kasık bölgesinde yaklaşık 20 cm çapında ülsero-nodüler kitleyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinden 5 yıl önce bilatereal oferektomi operasyonu geçirdiği ancak patolojisinin temiz olduğu söylenerek taburcu edildiği ve ek tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın 2 yıl önce, sol inguinal bölgesinde bir kitle oluşmuş ve giderek büyümüş. 2 yıl sonunda kitlenin aşırı büyümesi, ağrı ve kötü koku yaratması nedeniyle hasta opere olmaya karar vermiş. Yapılan muayene ve radyolojik çalışmalar, hastanın sol inguinal bölgesindeki kitlenin iliak arter seviyesinden başladığı, inguinal ligamanı içerecek şekilde, superfisyel femoral arterin üzerinden cilde dek uzanandığını gösterdi. Kitle ilioinguinal lenfnodları ile birlikte tek parça olarak eksize edildi ve oluşan defekt rectus abdominis kas flebi ve prolen mesh kullanılarak kapatıldı. Patoloji over seröz papiller karsinom metastazı olarak bildirildi, onkoloji tarafından ek tedavi önerilmedi. Post operatif erken dönemde problemi olmayan hastanın, geç dönemde beklendiği üzere sol alt ekstremitesinde lenf ödem gelişti. Hasta post operatif 1. yılında onkoloji ve tarafımızdan takip edilmektedir.

Resim 1



Sol inguinal bölgede yerleşik ülsero-nodüler kitle

resim 2



Eksize edilmiş kitle

resim 3



defektin kas flebi ve mesh kullanılarak tamiri

P-087
Epidermolizis büllozanın ölümcül komplikasyonu; Skuamöz hücreli karsinom

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar
Yeditepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.,İstanbul

Epidermolizis Bülloza (EB) büllerle seyreden, mekanik travma sonucu cilt katmanlarının kolaylıkla birbirinden ayrılmasıyla seyreden nadir bir hastalıktır.Hastaları genellikle çok ciddi morbiditeler ve özellikle skuamöz hücreli kansere (SHK) bağlı mortalite beklemektedir. Hastaların % 90›nında 55 yaşından önce SHK gelişir, bu hastaların %80 tanı sonrası 5 yıl içinde kaybedilir.

Olgu Sunumu: 30 yaşında erkek EB› lı hasta kliniğimizde 1 aydır sol ayağında geçmeyen kabuklu yara nedeniyle başvurdu. Hastanın sol ayak medialinde yaklaşık 10mm çapında kurutlu bir lezyon dışında atipik bir cilt bulgusu gözlenmedi. Hastanın hikayesinden yaklaşık 5 yıl önce benzer bir lezyonun sol bacağında belirdiği ve giderek büyüdüğü sonrasında ise sol bacağının diz altından ampute edildiği öğrenildi. popliteal bölge ve kasıkta lenfadenopati tespit edilmedi. Hastaya insizyonel biyopsi yapıldı ve sonucun SHK gelmesi üzerine hastay PET-CT taraması yapıldı, herhangi bir metastaz saptanmaması üzerine lezyon geniş cerrahi sınırlarla eksize edildi. Oluşan yaraya aselüler dermal matriks ve vakum yardımlı kapama sistemi uygulandı. Patoloji sonucu «high grade» SHK olarak bildirildi. Cerrahi sınırlar negatifti. Onkoloji tarafından takip önerilen hasta 18. ayında problemsiz olarak izlenmektedir.

Tartışma: EB çok ciddi morbiditelerle seyreden ve hasta yeterince uzun yaşayabilirse çoğunlukla SHK le sonuçlanan bir hastalıktır.Bu hastalarda meydana gelen SHK alışa geldiğimiz tipik SHK den bir takım farklılıklar içermektedir. EB hastalarda meydana gelen SHK lar erken yaşta ve daha çok güneş görmeyen ve travmaya açık yerlerde oluşur. EB nedeniyle görüntüsü tipik SHK dan çok hiperkeratotik bir lezyon şeklindedir. High grade lezyonlarda dahi prognoz kötüdür. Tedavisi geniş cerrahi eksizyon yada amputasyondur. Kemoterapinin ve/ veya radyoterapinin hastalığın prognozu üzerine olan etkileri tartışmalıdır. Bu hastaların cerrahi sonrası oluşan defekt sahasının onarımında seçilecek yöntem konusunda fikir birliği yoktur. Amputasyon yapılacaksa postoperatif dönemde yara iyileşme problemleri açısından dikkatli olunmalıdır. Bu hastalarda gastrointestinal sistemde oluşan yara ve striktürler veya ciltte oluşan yaralar protein kaybına neden olur ve bu durum yara iyileşme problemlerine yol açabilir. Preoperatif ve post operatif dönemde albumin seviyeleri düzenli olarak kontrol edilmelidir. EB hastalarda hastanın yaşı ne olursa olsun tüm geçmeyen yaralar aksi kanıtlanana dek kanser olarak düşünülmeli ve agresif şekilde tedavi edilmelidir.

resim 1



lezyonun preoperatif görünümü

resim 2



intraoperatif görünüm

P-088
Aşı uygulaması sonrası kolda Malharbe Tümörü; olgu sunumu

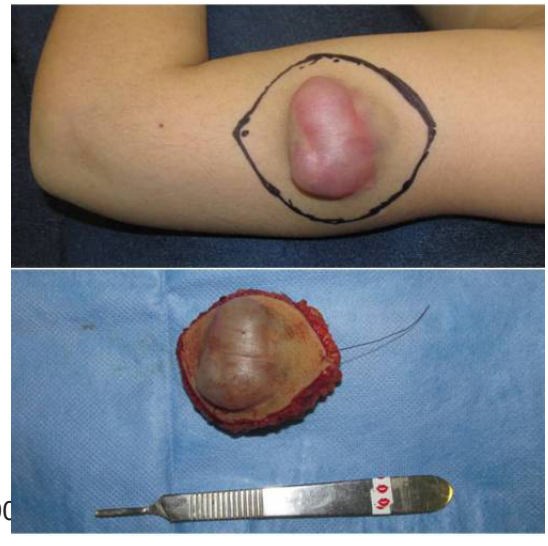
Çağla Çiçek, Dürdane Keskin, Candemir Ceran, Mustafa Erol Demirseren
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Malharbe tümörü (pilomatriksoma) kıl foliküllerinin çok yönlü hücrelerinden gelişen benign bir deri tümörüdür. Nadir görülmesinin nedeniyle olgumuzda aşı uygulaması sonrası oluşan Malharbe tümörünün tartışılması amaçlandı

Olgu: 9 yaşında bayan hasta polikliniğimize aşı uygulaması sonrası oluştuğu öğrenilen ve 2 yıldır küçülmediği belirtilen kitle nedeniyle başvurdu. Kitlenin son 6 ayda hızlı büyüdüğü ve 7 yaşında uygulanan dörtlü karma aşı sonrasında oluştuğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sol kol lateralinde cilt altı yerleşimli, sert kıvamlı, kısmen hareketli, ağrısız ve ciltten kabarık kitlesi mevcut idi (Resim 1). Mevcut bulgularla değerlendirilen hastanın kitlesi genel anestezi altında kas fasyası dahil edilmeden eksize edildi ve sonrasında defekt alan primer onarıldı. Hastada postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 1 yıllık takibinde ise nüks saptanmadı.

Sonuç: Pilomatriksoma Malharbe'nin kalsifiye epitelyoması olarak bilinir ve derinin nadir görülen benign bir tümörüdür. Sıklıkla cilt altında sert, pembe-mavi renkte tek kitle olarak görülür. Olguların %50'si kitle baş boyun bölgesi yerleşimli iken nadiren gövde ve ekstremite yerleşimli görülebilmektedir. Literatürde malign formları da bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda epidermal kist, kalsifiye lenfadenit, benign- malign yumuşak doku tümörü, kalsifiye hematom düşünülebilir. Hastamızda kitle boyutunun büyük olması ve hızlı büyüme göstermesi nedeniyle öncelikle ayırıcı tanıda malign yumuşak doku tümörü düşünülmüştür. Önerilen tedavi cerrahi olarak eksizyondur ancak literatürde nüks bildirilmiştir. Bu nedenle aileler nüks açısından bilgilendirilmeli ve olgu sık takip edilmelidir. Sonuç olarak nadir görülmesi, etyolojisinin net bilinmemesi ve klinik prezentasyonu nedeniyle malign kitlelerle karışabilmektedir. Çalışmamızda aşı uygulaması sonrası gelişen ve klinik olarak malign yumuşak doku tümörünü taklit eden bir pilomatriksoma olgusuna dikkat çekilmek istenmiştir. Bu olguların tekrarlama ve metastaz riski yaşayan malign formunun atlanmaması için histopatolojik ve klinik özelliklerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Resim 1



P-089
Pediatrik yaş grubunda Nevüs Lipomatozis Kutanöz Süperfisialis, olgu sunumu

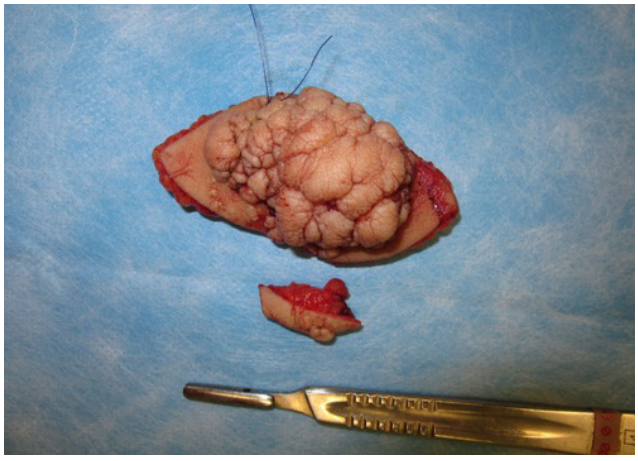
Çağla Çiçek, Dürdane Keskin, Candemir Ceran, Mustafa Erol Demirseren
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Nevüs lipomatozis kutanöz superfisialis (NLKS), adipoz dokunun dermiste ektopik birikimiyle karakterize sıklıkla pediatrik yaş grubunda görülen bir hastalıktır. Plastik cerrahinin uğraş alanı olan deri tümörleri içerisinde nadir görülmesi nedeniyle bu olguya dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu: 6 yaşında erkek hasta polikliniğimize doğuştan beri olan ancak son iki yıldır büyüdüğü beyan edilen kitle nedeniyle başvurdu. Muayenesinde sağ uyluk posteriorunda deri renginde, gruplaşan ve yumuşak kıvamlı asemptomatik papüller tespit edildi. Papüllerin çapı 0,5- 2,6 cm olarak ölçüldü (Resim 1). Genel anestezi altında operasyonu planlanan hastanın kitlesi total olarak eksize edilerek oluşan defekt alan primer onarıldı (Resim 2). Postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu, dehisans gibi erken ya da geç komplikasyon görülmezken 2 yıllık takiplerinde nüks gözlenmedi.

Sonuç: İlk kez 1921 yılında Hoffmann ve Zurhelle tarafından tanımlanan NLKS adipoz dokunun nadir görülen bir hamartomudur. Çoğunlukla konjenital görülmekle beraber hayatın ilk 5 dekadında da görülebilir. Multiple (klasik) tipi en sık görülen tiptir. Bu tipte lezyonlar çoğunluka deri renginde gruplaşmaya meyilli papüllerle karakterizedir ve pelvik kuşakta görülür. Olgumuzda da pelvik kuşak yerleşimli ve cilt renginde grupe papüller olması klasik tip NLKS'yi düşündürmüştür. Bir diğer tipi ise soliter tip NLKS'dir. Nadir görülen bu formda özel bir yerleşim yeri gösterilememiştir ve herhangi bir yaşta görülebilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar hamartomatöz bu adipoz dokunun kaynağı olarak; perivasküler yerleşimli adiposit prekürsörleri gösterilmiştir. Tedavi çoğunlukla kozmetik nedenler nedeniyle planlanmaktadır. Kitlenin mümkün ise total olarak eksize edilmesi yeterli iken literatürde lazer uygulamasının da başarılı olduğu belirtilmektedir. Asemptomatik olması nedeniyle eksizyonun kozmetik nedenlerle gerekli olduğu aileye anlatılmalı; plastik cerrahi için nadir görülen bu tümörlerin ayırıcı tanıda akılda tutulmasının gerekli olduğu düşüncesindeyiz.

Resim 1



Resim 2



P-090
Perianal Bazal Hücreli Karsinom Olgu Sunumu ve Literatür Özeti

Dudu Dilek Yavuz[1], Selman Hakkı Altuntaş[1], Fuat Uslusoy[1], Selçuk Yılmaz[1], Nermin Karahan[2], Mustafa Asım Aydın[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Bazal hücreli karsinom özellikle kronik güneş ışığı maruziyeti sonrası gelişen, derinin sık görülen, yavaş büyüme ve nadir metastaz yapma özellikleri gösteren bir tümörüdür. Bunun yanı sıra vücudun güneş görmeyen gövde derisinde baş-boyun bölgesi kadar sık olmasa da bazal hücreli karsinom görülebilmektedir. Ancak perianal bölge gibi güneş maruziyeti neredeyse hiç olmayan bölgelerde ise oldukça nadir görülmekte ve hastaların hemoroid, anal fissur ve ya lokalize dermatit gibi düşünmeleri nedeni ile geç tanı almaktadır.

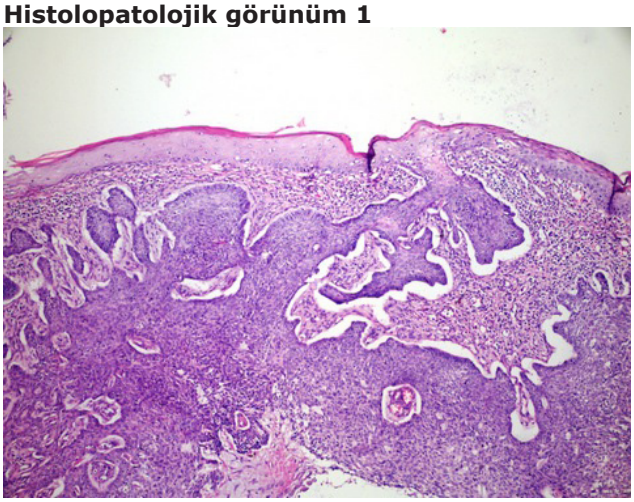
Yöntem: 57 yaşında erkek hastanın perianal bölgede bulunan kitlesinin bazal hücreli karsinom tanısı almasındaki süreç, patolojik tanısı ve tedavisi değerlendirildi.

Bulgular: 57 yaşında olan erkek hasta perianal bölgede yaklaşık 6-8 aydır devam eden kaşıntı, yanma, ara ara kanama şikayetlerini geçirdiği hemoroid atakları ve dermatozlar ile karıştırmış ve bu hastalıklara yönelik muayene edilmesine izin vermeden sağlık kuruluşlarından şikayetlerini tarif ederek medikal tedavi almıştır. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine genel cerrahi polikliniğine başvuran ve genel cerrahi uzmanı tarafından alınan insizyonel biyopsi sonucunun bazal hücreli karsinom gelmesi üzerine plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve b bloker kullanımı dışında geçirdiği hemoroid atakları nedeni ile ara ara medikal tedavi kullandığı ve yine arada oluşan lokal dermatitler nedeni ile de medikal tedaviler aldığı saptanmıştır. Yapılan muayenesinde sağ perianal bölgede 3x2 cm ebatlarında üzerinde yaklaşık 1 cm çapında ülserin

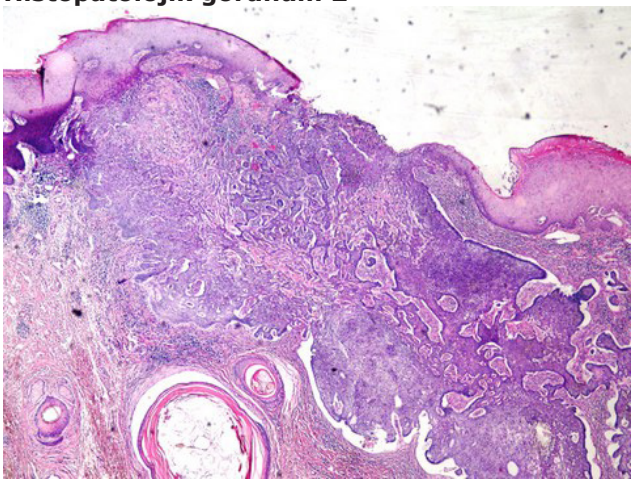
bulunduğu krutlu lezyon görülmüş ve yine anal bölge saat 3 yönünde hemoroid pakeleri gözlemlenmiştir. İnsizyonel biyopsi sonucu dikkate alınarak hastanın lezyonuna lokal anestezi altında yaklaşık 0.5 cm cerrahi sınırla eksizyonu yapıldı. Eksizyon sonrası oluşan defekt primer sütüre edildi. Postoperatif dönemde yumuşak ve sulu diyet ile birlikte oral antibiyotik ve lokal yara bakımı ile takip edilen hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Yapılan patolojik incelemede tanı bazal hücreli karsinom gelen ve cerrahi sınırları temiz olarak değerlendirilen hasta poliklinik takiplerine alındı.

Sonuçlar: Perianal bölgede tanı alan bazal hücreli karsinomlar oldukça nadir olmakla birlikte perianal bölgenin diğer lokal hastalıkları ile sıkça karışabilmekte ve bu nedenle geç tanı almaktadır. Yapılan bir çalışmada bu bölge bazal hücreli karsinomlarının agresif seyredebileceği belirtildiğinden nüks açısından dikkatli olunması ve güneş maruziyeti olmadan bu bölgede bazal hücreli karsinom gelişmesinde altta yatan sebeplerin araştırılması gerekmektedir.

Histolopatolojik görünüm 1



Histopatolojik görünüm 2



Preoperatif lezyonun görünümü



P-091
Dermatofibrosarkom protuberans klinik deneyimlerimiz

Hasan Sahin, Selin Güler, Adnan Menderes, Ali Barutcu
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Dermatofibrosarkoma protuberens (DFSP) oldukça nadir görülen ve dermisten köken alan bir yumuşak doku tümörüdür, daha spesifik olarak ise bir kutanöz yumuşak doku sarkomudur. Görülme sıklığı 0.8-5/1000000 olarak saptanmakla birlikte kutanöz sarkomların en sık görülen türüdür. DFSP yüksek rekürrens oranlarI olan lokal agressif bir tümördür. Bildirilen metastaz oranları %1-4 arasındadır ve tüm metastatik olgular lokal rekürrens ve kötü prognozla ilişkili olarak görülmüş, metastatik

olgularda sağ kalım 2 yıl olarak izlenmiştir. Bu taramanın amacı Ağustos 2010 – Ağustos 2015 arasında kliniğimizde nadir görülen bu tümörün saptandığı hastaları incemektir.

Gereç Ve Yöntem: Bu taramada Ağustos 2010 – Ağustos 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi kliniğinde opere edilen 5 adet DFSP vakası retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Bu süre içerisinde kliniğimizde 5 adet DFSP hastası opere edilmiş olup vakaların 1 i erkek 4 ü kadın cinstendir. Hastalar genelde genç yaş grubuna ait olup hastaların yaş ortalaması 35 olarak hesaplanmıştır. Tümör yerleşimleri sol omuz, frontal bölge, sol lumbal bölge, sağ bacak ve sol uykul olarak izlenmiştir. Gelen patolojik tanılardan 2 tanesi DFSPnin fibrosarkomatöz varyantıdır. Patolojik tanıların ardından gereken olgularda 3 cm ile sınır genişletme uygulanmış ve hastalar onkoloji bölümünce izleme alınmıştır.

Sonuç: Nadir görülen bu cilt tümörünün keloid gibi bening süreçlerden klinik olarak ayırd edilmesi güçtür. Genelde gövdede görülmesine rağmen geniş eksizyon gerekliliği estetik sonuçlar açısından erken tanıyı önemli bir yere koymaktadır. Metastazı oldukça seyrek görülmesine rağme özellikle 20-50 yaşındaki genç bireylerde izlenmesi ve lokal rekürrens sıklığının yüksek olması nedeniyle uzun süreli takip,hastalar için tekrarlayan cerrahi ve buna paralel olarak artan morbidite ve sağlık giderlerine sebep olmaktadır.

Lemm D, Mugge LO, Mentzel T, Hoffken K. Current treatment options in dermatofibrosarcoma protuberans.J Cancer Res Clin Oncol. 2009 May. 135(5):653-65. Dimitropoulos VA. Dermatofibrosarcoma protuberans. Dermatol Ther. 2008 Nov-Dec. 21(6):428-32. Simon MP, Pedeutour F, Sirvent N, et al. Deregulation of the platelet-derived growth factor B-chain gene via fusion with collagen gene COL1A1 in dermatofibrosarcoma protuberans and giant-cell fibroblastoma. Nat Genet. 1997 Jan. 15(1):95-8.

Dermatofibrosarkomprotuberans



olgu2

Dermatofibrosarkomprotuberans



olgu 1

P-092
Nadir yerleşimli myofibroplastik sarkom: Olgu Sunumu

Nazmi Yoğutcu, Müge Sevindik, Adnan Menderes, Mustafa Yılmaz, Hasan Şahin
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş Ve Amaç: Sarkomlar; embriyolojik veya yumuşak doku kökenli malign mezenşimal neoplazmlardır. Sıklıkla büyük kas kitleleri kaynaklı olmakla birlikte kıkırdak, sinir, damar, dermis ve subkutan doku kaynaklı da olabilmektedir.1 Sarkomlar tüm malignensilerin % 1' ini oluşturmaktadır. Yılda 1500 ile 2000 arasında yeni vaka tanımlanmaktadır2,3. Sıklıkla 50 yaş üzerinde görülmektedir. Sarkomlar sıklık sıralamasına göre ekstremite,gövde, retroperiton ve visseral yapılar yerleşimli olurken nadiren baş-boyun yerleşimlidir4. Fibroblastik ve myofibroblastik sarkomlar geniş ve heterojen bir gruptur. Nadir görülen fibrosarkom, malign soliter fibröz tümör, inflamatuar myofibronlastik tümör, düşük dereceli myofibroblastik sarkom, miksoinflamatuar fibroblastik sarkom, miksofibrosarkom, düşük dereceli fibromiksoid sarkom, sklerozan epiteloid fibrosarkom,dermatofibrosarkoma protuberans, az diferansiye pleomorfik fibrosarkom bu grubun içinde yer almaktadır5. İleri yaş erişkin hastada derinin en sık görülen fibroblastik sarkomu, miksofibrosarkomdur. Genç ve orta yaş hastada ise en sık dermatofibrosarkoma protuberans görülmektedir. Tedavide geniş lokal eksizyon önerilmekte olup adjuvant tedavi olarak radyoterapi (RT) etkin bulunmuştur. Tümörün histopatolojik derecesine gore local rekürrens ve metastaz sıklığı değişmektedir. Tedavi klinikopatolojik evreye gore planlanmalıdır.

Olgu Sunumu: 40 yaşında kadın hasta 1 yıl once başlayan zamanla büyüyen sol nazolabiyal sulkus yerleşimli 1 cm çapında kitle ile kliniğimize başvurdu.Hastanın fizik muayenesinde; sol nazolabiyal sulkus yerleşimli 1 cm çapında cilt altına fikse, ağrısız nodüler kitle tespit edildi. Servikal lenfadenopatiye rastlanmadı.Hastaya yapılan insizyonel biyopsi sonucu patolojik değerlendirmeye göre lezyon düşük dereceli myofibroblastik sarkom ile uyumlu bulundu.Hastaya miyofibroblastik sarkom ön tanısı ile lokal geniş eksizyon yapılıp frozen incelemesi ile tumor negatif sınırlar doğrulandı. Defektin rekonstruksiyonu Estlander flep ile yapıldı. Postoperatif dönemde uygun antibiyotik, analjezik ve yara bakımı il kliniğimizde izlendi.

Sonuç: Myofibroblastlar ilk olarak 1971 yılında granülasyon dokusunda görülüp, tanımlanmıştır6. Normal doku stroması üyesi olan myofibroblastlar takip eden süreçte neoplastik yumuşak doku lezyonlarında da görülmüştür. Myofibroblastlar; yara iyileşmesinde, granulasyon dokusunun oluşumunda,skar formasyonunda, yaranın kontraksiyonunda ana rolü oynarlar. Myofibroblastlar; skar, nodüler fasiit,infantil digital fibromatozis, dermatomyofibroma ve myofibrosarkoma gibi birçok benign ve malign süreçte yer alırlar7. Gabbiani fibroblasttan myofibroblasta olan transformasyonun; mekanik gerim sonucu, TGF-β ve hücresel fibronektinin etkisi ile olduğunu ortaya koymuştur8. Myofibroblast oluşumu ile ilgili diğer bir teori ise Kemik iliği kökenli fibrositlerin epitelyal mezenşimal transformasyonu ile olduğu yönündedir8. Myofibroblastlar; iğsi hücreli, bipolar, konik, hareli, punktat ve küçük ir çekirdeğe sahip hücrelerdir.Stoplazmaları hafif eozinofilik, amfofiliktir9.
Myofibroblastik tümörler sıklıkla 6. ve 8. dekadta görülen dermal ve subkutan dokunun neoplazmıdır5. Çoğu hasta ağrısız ve yavaş büyüyen kitle şikayeti ile başvurur. %50-60 hastada lokal rekürrens görülmektedir.Metastaz ve tümör ilişkili mortalite tümörün morfolojik derecesi ile ilişkilidir.düşük dereceli tümörlerde metastaz görülmez iken, orta ve ileri dereceli tümörlerde %20-35 metastaza rastlanmaktadır. Eksize edilemeyecek büyüklükte ki tümörler de neoadjuvan olarak RT kullanılabilir10. Tümörün makroskopik görünümü; dermal-subkutan yerleşimli jelatinöz-gri-beyaz birçok nodül şeklindedir. Tanıda fizik muayeneye ilave olarak görüntüleme olarak Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) den faydalınabilmektedir10. Tedavide; geniş-lokal eksizyon önerilmektedir.Yaklaşık 2-3 cm cerrahi sınır ile eksizyon veya frozen inceleme ile cerrahi sınır belirlenmesi önerilmektedir.Cerrahi eksizyona ilave olarak tümör derecesii le ilişkili adjuvan RT önerilebilir10.

KAYNAKLAR:
1- Dadia S, Grimer R. Characteristics, diagnosis and treatment of bone and soft tissue sarcomas. Br J Hosp Med 2007;68:589e93.
2- www.sarcoma-uk.org.
3- Grimer RJ. Size matters for sarcomas!. Ann R Coll Surg Engl 2006;88:519e24.
4- Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. World Health Organization Classification of TumoursPathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press; 2002.
5- Mentzel T, Calonje E, Wadden C, et al. Myxofibrosarcoma. Clinicopathologic analysis of 75 cases with emphasis on the low- grade variant. Am J Surg Pathol 1996;20:391-405.
6- Gabbiani G, Ryan GB and Majne G: Presence of modified fibroblasts in granulation tissue and their possible role in wound contraction. Experientia 27: 549-550, 1971
7- Desmouliere A and Gabbiani G: The role of the myofibroblast in wound healing and fibrocontractive diseases. In: Molecular and Cellular Biology of Wound Repair. Clark RAF (ed). 2nd edition. Pentum Press, New York, NY, pp391-423, 1996.
8- Gabbiani G: The myofibroblast in wound healing and fibrocon- tractive diseases. J Pathol 200: 500-503, 2003.
9- Fisher C: Myofibroblastic malignancies. Adv Anat Pathol 11: 190-201, 2004.
10- Mansoor A, White Jr CR. Myxofibrosarcoma presenting in the skin: clinicopathological features and differential diagnosis with cutaneous myxoid neoplasms. Am J Dermatopathol 2003;25:281-6.
PREOP-PEROP
POSTOP

myofibroblastik sarkom



postop

Myofibroblastik Sarkom



olgu 1 perop

Myofibroblastik Sarkom



olgu 1 preop

P-093
Nonmelanom Deri Kanserli Hastalarda Tanı Öncesi Güneş Koruyucu Ürün Kullanım Alışkanlıkları

Çiğdem Demiroğlu Yakut[1], Abdullah Erkan Orhan[2], Yağmur Yaprak Balı[3], Necip Cihan Hasçiçek[4], Ramazan Erkin Ünlü[4]
[1]Niğde Devlet Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Niğde
[2]Namık Kemal Üniversitesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Tekirdağ
[3]Artvin Devlet Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Artvin
[4]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Nonmelanoma deri kanserlerinin (MNDK) insidansı giderek artmaktadır. Bu kanserlerin etyolojisinde en önemli faktör, ultraviyole radyasyondur. Derimizi, ultraviyole radyasyondan koruyan en önemli etken derideki melanin miktarıdır. İnsan derisinin UV ışınlarına hassasiyeti, bireyler arasında farklılık göstermektedir. Deri rengi, saç rengi, göz rengi, çillenme gibi fenotipik özelliklerimiz, bu farklılığın bir yansımasıdır. Fitzpatrick, bu fenotipik özellikleri ve bireylerin güneş maruziyeti sonrası deri reaksiyonlarını değerlendirerek bir 'Deri Tipi Sınıflandırma Sistemi' geliştirmiş ve buna kendi ismini vermiştir. Derideki melanin miktarı az olan fenotipik olarak açık tenli Fitzpatrick 1-2-3 deri tipine sahip bireylerin bronzlaşma yeteneği zayıftır. Bu bireylerde UV'nin zararlı etkileri olan güneş yanığı, fotoyaşlanma ve deri kanseri oluşumu riski daha fazladır. Deri kanserlerinin insidansının azaltılmasında güneşten korunma oldukça önem taşımaktadır. Güneş koruyucu ürün kullanımı, giyim ve belirli saatlerde güneşten sakınma, güneşten korunma önlemleri arasında yer almaktadır. Biz çalışmamızda, nonmelanom deri kanseri tanısı almış 137 hastanın, Fitzpatick deri tiplerini, güneş koruyucu ürün kullanma alışkanlıklarını ve güneş maruziyet derecelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmada baş-boyun bölgesinde tümöral lezyon nedeniyle cerrahi eksizyon yapılan ve patolojik inceleme sonuçları bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom veya bazoskuamöz karsinom olarak raporlanan 137 hastanın, Fitzpatrick deri tipi tespit edildi, tanı öncesi güneş koruyucu ürün kullanım alışkanlıkları ve güneş maruziyet dereceleri anket usulü ile sorgulandı.

Bulgular: Olguların %82,5'i hayatları boyunca hiç güneş koruyucu ürün kullanmadıklarını, %11,7'si düzensiz aralıklarla, %5,8'i ise sadece yaz aylarında düzenli güneş koruyucu ürün kullandıklarını belirttiler. Çalışmamızda yaz-kış düzenli güneş koruyucu ürün kullandığını belirten hiçbir hasta bulunmamaktadır. Fitzpatrick deri tipleri arasında güneş koruyucu kullanım alışkanlığı dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Fitzpatrick Tip 2 grubundaki hastaların %82,7'sinin, Tip3 grubundakilerin %80,3'ünün, Tip 4 grubundakilerin %87'sinin ve Tip 5 grundakilerin %100'ünün hayatları boyunca hiç güneş koruyucu ürün kullanmadıkları görülmektedir.Olguların %50'si güneş maruziyetlerini 'sık'; %34,2'si 'orta sıklık'ta; % 15,8'i 'seyrek' olarak belirtmişlerdir. Güneş maruziyeti grupları arasında güneş koruyucu kullanım alışkanlığı dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Sonuçlar: UV ışınlarının zararlı etkileri; güneş yanığı, fotoyaşlanma, güneş lekeleri, prekanseröz/kanseröz lezyonların oluşumu ve bazı deri hastalıklarının indüklenmesidir. Fitzpatrick deri tipi 1-2-3 olan bireyler, XP gibi genetik hastalığı olanlar, immünsüpresif kullanmakta olan transplant hastaları, deri kanseri tanısı almış hastalar bu zararlı etkilere çok daha açıktır. UV hassasiyeti en yüksek olan Tip1-2 grubundaki olguların %82,7'sinin NMDK tanısı öncesinde hayatlarında hiç güneş koruyucu ürün kullanmamış olmaları dramatik bir sonuçtur. Bu durum güneş hassasiyeti yüksek deri tipine sahip bireylerin, bu hassasiyetlerinin ve deri kanseri risklerinin farkında olmadıklarını göstermektedir. Güneş koruyucu ürünler, yanmadan bronzlaşmayı sağlayan ürünler olarak bilinmekte, deri kanseri gibi güneş ışınlarının diğer zararlı etkilerine karşı koruyucu olduğu bilinmemektedir. Özellikle risk grubu bireyler olmak üzere tüm bireylerin fotokorunma konusunda bilinçlendirilmesinin, deri kanseri insidansında belirgin bir düşüş sağlayacağını öngörmek mümkündür. Fotokorunma konusundaki belli başlı öneriler şunlardır:

- Saat 10.00-16.00 arasında açık hava aktivitelerinden kaçınılması
- Güneşe çıkmak gerekiyorsa güneşe maruz kalan bütün cilde 15-30 dk önce en az SPF 15 olan UVA+UVB koruyuculu güneş koruyucu ürünün yeterli miktarda (2mg/cm2) uygulanması ve 2-3 saatte bir tekrar edilmesi.
- Yüzme veya fazla terlemeden sonra güneş koruyucu ürünün tekrar uygulanması
- Şapka ve UV filtreli güneş gözlüğü kullanılması
- Güneş banyosundan ve yapay bronzlaştırıcı cihazlardan (Solaryum) kaçınılması
- Yüksek riskli olan Fitzpatrick 1-2 deri tipine sahip kişilerin ve dış ortamda çalışanların UV ışınlarının riskleri konusunda bilgilendirilmesi
- Ebeveynlerin, çocuklarını UV ışınlarından koruma konusunda bilinçlendirilmesi
- Düzenli dermatolojik muayene

P-094
Nadir Bir Yerleşim Yeri Gösteren Seboreik Keratoz Olgu Sunumu

Gamze Özkan, Barış Yiğit, Furkan Kurdal
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD Düzce

Giriş: Seboreik keratoz güneş gören vücut bölgelerinde sık görülen benign bir deri hastalığıdır (1,2). Genital bölge ve umbilikus tutulumu literatürde oldukça nadir raporlanmıştır (3-6). Bu yazıda olağandışı yerleşime sahip penil ve umbilikal seboreik keratoz olgusu sunulmuştur.

Vaka: 38 yaşında erkek hasta umbilikal ve penil yerleşimli lezyonları nedeni ile Dermatoloji kliniğine başvurdu. Genital siğil ön tanısı ile yapılan kriyoterapi seansları sonrasında lezyonlarda tatmin edici bir gerileme olmaması üzerine Plastik Cerrahi polikliniğine refere edildi. Kriyoterapiye cevap vermeyen lezyonların morfolojik özelliklerinin seboreik keratoz düşündürmesi üzerine histopatolojik olarak incelenmesi amacıyla eksizyonu planlandı. 3,5 x 2 cm ve 2,5 x 1,5 cm boyutlarındaki lezyonlar eksize edilerek defektler primer kapatıldı. Spesimenler uygun şartlarda muhafaza edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Patolojik inceleme sonucunda lezyonların seboreik keratoz olduğu rapor edildi.

Sonuç: Seboreik keratoz sık görülen bir cilt hastalığı olmakla birlikte penil yerleşim gösteren olgular literatürde oldukça sınırlıdır. Makroskopik özellikleri nedeniyle kolaylıkla genital siğil ile karışarak tanıda ikileme düşürebilir. Umbilikal bölgede görülen seboreik keratoz olgularının sayısı ise 10 u geçmemektedir ve alışılmadık yerleşimi nedeniyle hekimin tereddüt etmesine neden olmaktadır. Histopatolojik

inceleme tanısal karmaşayı engellemek ve tedavi süresini kısaltmak amacıyla önerilmektedir.

Referanslar:
1. Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2008 Aug;6(8):664-77
2. Tardío JC, Bancalari E, Moreno A, Martín-Fragueiro LM. Genital seborrheic keratoses are human papillomavirus-related lesions. A linear array genotyping test study..APMIS. 2012 Jun;120(6):477-83.
3. Livaoglu M, Karacal N, Gücer H, Arvas L. Giant genital seborrheic keratosis. Dermatol Surg. 2007 Nov;33(11):1357-8.
4. Debabrata Bandyopadhyay, Abanti Saha, Vivek Mishra. Giant perigenital seborrheic keratosis. Indian Dermatol Online J. 2015 Jan-Feb; 6(1): 39–41.
5. Nath AK, Kumari R, Rajesh G, Thappa DM, Basu D. Giant seborrheic keratosis of the genitalia. Indian J Dermatol. 2012 Jul;57(4):310-2.
6. Sawada Y, Yoshiki R, Kawakami C, Nakamura M, Tokura Y. J UOEH. 2009 Mar 1;31(1):51-5. Seborrheic keratosis on the umbilicus: case report and review of Japanese literature.

umbilikal bölge



genital lezyon



Penil, umbilical ve inguinal lezyonlar



P-095
Yüzde SCC Tanısı ile Ameliyat Edilen Hastada Nadir Görülen Deri Tümörü: Pleomorfik Sarkoma

Metin Temel[1], Ebru Yaman[2], Berfin Ekin Gözükara[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Pleomorfik sarkoma (malign fibröz histiositom) histiositer ve fibroblastik farklılaşma göstéren undiferansiye mezenşimal hücrelerden köken alan yumuşak doku sarkomlarıdır. Yumuşak doku sarkomlarının %25.9 unu oluşturur. Daha çok ileri yaş erkeklerde gözlenir. %90 oranında akciğere, %8 oranında kemiğe ve %1 oranında karaciğere metastaz yapar. Kiniğimize sol temporal bölgede iyileşmeyen yara şikayeti ile başvuran hastanın bulgularını paylaşmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: 74 yaşında erkek hasta sol temporal bölgede 5*7 cm lik ülsere akıntılı lezyonla başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde preauriküler bölgede 2*1 cm lik lenfadenopatisi mevcuttu. Lezyon SCC ön tanısı ile 2 cm lik cerrahi sınırla eksize edilerek yüzeyel parotidektomi ve supraomohiyoid boyun diseksiyonu yapıldı. Sol temporal bölgede oluşan defekti greftle onarıldı. Lezyonun patoloji raporunda undifferansiye pleomorfik sarkomu olduğu bildirildi. Hasta yara iyileşme periyodundan sonra onkolojiye konsülte edildi. Hastanın tümör taraması sonucu akciğer metaztazının olduğu belirlendi. Postoperatif 1. yılında olan hastanın çenede yeni bir lezyonunun olduğu ve sağ üst ekstrremitede hareket kısıtlılığı geliştiği görüldü. Hastanın bu şikayetleri nedeniyle tetkikleri devam etmektedir.

Sonuçlar ve Tartışma: Yumuşak doku sarkomları, erişkin maligniteleri arasında %1 den daha az görülür. Pleomorfik sarkom (PS) eski adıyla malign fibröz histiositoma, erişkin yumuşak doku sarkomlarının % 10'unu oluşturur. Histiositer ve fibroblastik farklılaşma gösteren undiferansiye mezenşimal hücrelerden köken alırlar. Eksternal radyoterapi sonrasında ortaya çıkan yumuşak doku sarkomlarında en sık gözlenen grubudur. Daha çok ileri yaş erkeklerde görülmektedir. Angimatoid form bu kurala aykırı olarak sıklıkla yirmi yaş öncesinde görülür. Sıklıkla alt ekstremite ve retroperitonial alana yerleşir. Lezyonun %90 ı fasianın altında derin yerleşimli,%10 u yüzeyel yerleşimlidir.

Angimatoid form dermal ve subkutanöz alana yerleşir. Pleomorfik sarkoma lezyonları zaman zaman hızlı, zaman zaman yavaş büyüme gösteren kitle şeklindedir. Genellikle kitle ve şişlik oluşturacak büyüklüğe lokalizasyonuna göre değişim göstermekle beraber birkaç ay ile birkaç yıl arasında ulaşır. Fasia üzerinde yerleşim gösteren lezyonlarda tanı daha erken dönemde konabilmektedir. Lezyonun yaygın olarak kistik ve hemorajik olduğu durumda radyografik incelemelerde yanlışlıkla hematom tanısı konabilmektedir. PS histopatolojik olarak storiform-pleomorfik, miksoid, giant cell ve inflamatuar tip olmak üzere dört subgruba ayrılır. En sık olarak storiformpleomorfik tipi görülür. Tümörün çapının küçük, histolojik olarak miksoid tip, 50 yaş altı ve yüzeyel yerleşimli olması iyi prognostik faktörlerdir. Pezzi ve ark. tümörün büyüklüğü ve grade'i arttıkça sağ kalımın azaldığını bildirmektedir. MFH'de tercih edilen tedavi komplet rezeksiyondur. Yapılan bir çalışmada, hastaların 7/11'inde radikal rezeksiyon sonrası 13,5 yıl sağ kalım bildirilmiştir. Komplet rezeksiyon, hastalığın grade'ine bağlı olmakla birlikte sağ kalımı arttırmaktadır. Tümörün tedavisinde, göğüs cerrrahisi, beyin cerrahisi, radyoloji ve medikal onkolojinin birlikte multidisipliner yaklaşımı gereklidir. Sonuç olarak, toraksta kitle lezyonu saptandığında öncelikle primer akciğer maligniteleri ile birlikte metastatik sarkomlar da akılda tutulmalıdır. Erken dönemde de birden fazla ve kitle görünümünde metastazların olabileceği unutulmamalıdır. Bu hastalara en uygun takip ve tedavi yaklaşımının belirlenebilmesi için geniş serilerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Yüz bölgesi ülsere lezyonlarında nadir görülen yumuşak doku sarkomlarıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:
1. Castriconi M, Antropoli M, Grillo M, Andreano M, Santoro M, Villamania E. Unusual bleeding of a giant cell fibroblastoma: a soft tissue sarcoma of the skin mimicking metastatic melanoma. Ann Ital Chir. 2015 Apr 30;86(ePub). pii: S2239253X15023701.
2. Zehra Aşuk Yaşar, Fatma Demirci Ucsular, Melih Buyuksirin, Duygu Unalmış, Gultekin Tibet, Gulzade Ozyalvacli. Metastatic Pleomorfic Sarcomas of Lung in the mass appearance; Case Report. Eur J Health Sci. 2015; 1(1): 39-42

P-096
Nadir görülen bir olgu: Nipple areola kompleksinde bazal hücreli karsinom

Nesibe Sinem Çiloğlu, Erinç Evrensel, Ekrem Ramazan Keskin, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BHK) derinin sık görülen, yavaş büyüyen ve çok nadir metastaz yapan bir tümörüdür. Bazal hücreli karsinom olgularının 2/3'ü baş ve boyunda, en sık da burun, göz çevresi, yanaklar ve göz kapaklarında yerleşim gösterirler. 2. sırada gövde de yerleşim gösterirler. Bu olgu sunumunda 77 yaşındaki erkek hastada görülen sol nipple areola kompleksine (NAK) uzanım gösteren ve atipik yerleşimli bazal hücreli karsinom (BHK) olgusu bildirilmektedir.

Olgu Sunumu: 15 yıldır mevcut şikayetleri olan hastaya sol nipple areola kompleksi lateralinde yerleşimli3*2 cm pigmente ülsere lezyonu ve sol preaurikuler bölgedeki lezyonu nedeniyle cildiye kliniğinde punch biyopsi uygulanmıştır. Patoloji raporu sol NAK lateralinde yüzeyel tip bazal hücreli karsinom (BHK), sol preaurikuler bölgede pigmente, yüzeyel ve solid tip BHK olarak bildirilmiştir. Anamnezinde BHK ile ilgili hastanın özgeçmişinde herhangi bir ilaç veya hastalık söz konusu değildi.Hastaya 1 cm marjla eksizyon ve primer onarım uygulandı. Tümöre yakınlığı ve eksizyon marjının NAK kompleksini büyük oranda içermesi nedeni ile NAK kompleksi tamamen eksize edildi. Nipple areola kompleksi BHK'lar için nadir görülen bir yerleşim yeridir. Robinson ve arkadaşlarının ilk vakayı yayınladığı 1893'ten günümüze kadar yalnızca 49 NAK yerleşimli BHK vakası bildirilmiştir. Olguların çoğunu yaşlı erkek hastalar oluşturmaktadır[1]. BHK'nin yaygın görüldüğü lokalizasyonlarda erkek kadın insidans oranları yakınlık göstermesine rağmen NAK yerleşimli BHK insidansında erkek predominansı izlenmektedir. Bu durum erkeklerde gövde bölgesinin güneş ışığına daha fazla maruz kalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Lezyonlar sol memede sağ memeye oranla daha sık görülmektedirler. Tümör agresif davranış göstermekte ve metastaz yapmaya artmış eğilimdedir. Geniş ve ülsere lezyonlarda daha fazla metastaz izlenmektedir. Metastaz oranlarının yüksek oluşu subareolar bölgedeki zengin anjiolenfatik damarlara ve tümörün laktiferöz kanallara invazyon göstermesiyle ilişkilendirilmektedir[2]. Bununla birlikte metastaz eğilimine ilişkin yapılmış kontrollü klinik bir çalışma literatürde mevcut değildir. Son dönemde NAK yerleşimli BHK insidansı artış göstermiştir, bu literatürde artmış farkındalık ve cilt kanserlerinin tanınmasındaki farkındalığa bağlanmıştır. NAK yerleşimli BHK'de lezyonlar çoğunlukla de novo gelişmektedirler. Olguların çoğunda yüzeyel tipte BHK patolojisi izlenmiştir. Bunu sırasıyla nodüler ve solid tipler takip etmektedir. 4 vakada pigmente tip BHK bildirilmiştir[1]. Ayırıcı tanıda Paget hastalığı, Bowen hastalığı, eroziv adenomatozis, kontakt/ kronik dermatit, egzema, meme başının adenomu, laktiferöz kanalların papillomu, syringomatoz adenom, invaziv duktal karsinom, malign melanom ve diğer malign cilt tümörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kaynaklarda rekürrens ve metastazların sık oluşu sebebiyle NAK yerleşimli BHK'ler için uzun süreli takip önerilmektedir. Bazı kaynaklarda olası metastazların araştırılmasında Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) kullanıldığı belirtilmiştir. NAK yerleşimli BHK'nin cerrahisi tedavisinde literatür incelendiğinde net bir konsensüs oluşmadığı görülmektedir, cerrahi tedavi lokal eksizyonda sentinel lenf nodu biyopsisi ile birlikte mastektomiye kadar değişmektedir. Bazı kaynaklar NAK'ın zengin lenfatik akışını gerekçe göstererek lokal rezeksiyon ile birlikte sentinel lenf nodu cerrahisinin uygulanmasının uygun olacağını belirtmişlerdir[3].

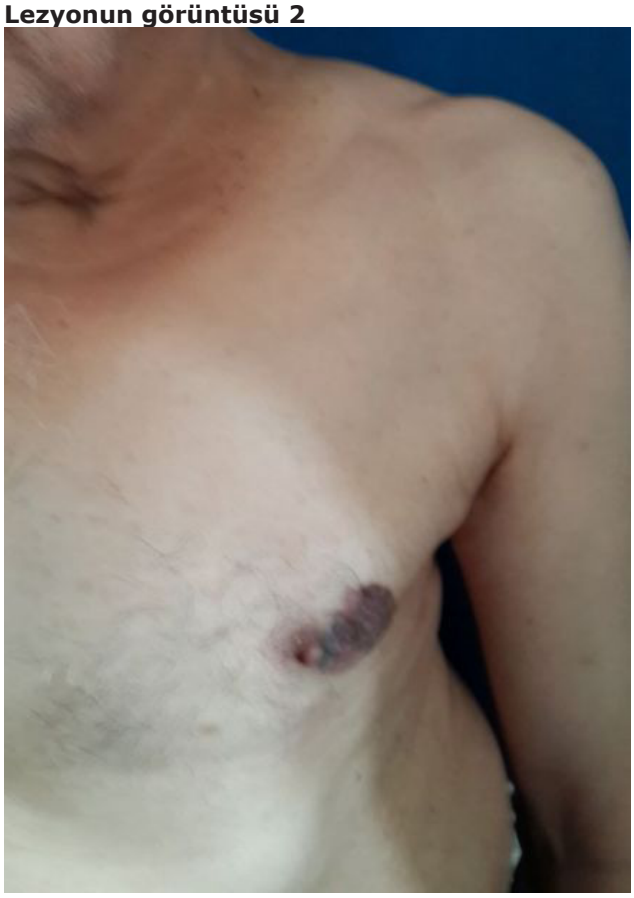
Tartışma Ve Sonuç: NAK yerleşimli BHK'lar nadir görülen tümörlerdir. Yapılan çalışmalarda metastaz oranlarının BHK'nin yaygın lokalizasyonlarında beklenenden daha yüksek görüldüğü izlenmiştir. Çeşitli kaynaklarda bildirilen rekürrens ve metastaz oranlarının yüksek olması sebebiyle uzun süreli takibin uygun olduğu bildirilmektedir.

KAYNAKLAR
1. Kalyani R, Vani BR, Srinivas MV, Veda P. Pigmented Basal Cell Carcinoma of Nipple and Areola in a Male Breast - A Case Report with Review of Literature. Int J BiomedSci. 2014 Mar;10(1):69-72.
2. Huang CW, Pan CK, Shih TF, Tsai CC, Juan CC, Ker CG.. Basal Cell Carcinoma of theNipple-Areola Complex: A Case Report.Kaohsiung J MedSci. 2005 Oct;21(10):480-3
3. Oram Y, Demirkesen C, Akkaya AD, Koyuncu E.Basal cell carcinoma of the nipple: an uncommon but ever-increasing location. Case Rep Dermatol Med. 2011;2011:818291. doi:10.1155/2011/818291. Epub 2012 Jan 12.

Lezyonun görüntüsü



Lezyonun görüntüsü 2



P-097
Dev Kutanöz Skuamöz Hücreli Karsinoma (kSHK) Olgusu Ve Genel Hasta Profilinin Değerlendirilmesi

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Sinan Öztürk[1], Celalettin Sever[1], Cihan Şahin[1], Bilge Kağan Aysal[1], Sinan Öksüz[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

AMAÇ: Dev kSHK ile tedavi edilen bir olgu üzerinden genel hasta profilinin ve hasta davranışlarının değerlendirilmesi.

OLGU: 78 yaşında kadın hasta; göğüs kafesi sol yan duvarında hızlı büyüyen, kanamalı yara şikayetleri ile muayene edildi. Alınan anamnezde; akciğer kanseri teşhisi ile iki yıl önce olduğu ameliyatın takipleri sırasında bir yıl önce tekrar ameliyat olmak zorunda kaldığını; her iki ameliyattan sonra da göğüs yan duvarına yerleştirilmiş olan drenlerin uzun süre tutulduğunu ve dren yara yerlerinin geç iyileştiğini belirtmekteydi. Son olduğu ameliyatta sol akciğerinin tamamen alındığını, kendi isteği ile sadece radyoterapi gördüğünü ifade etti. Hipertansiyon dışında takipli başka bir hastalıktan bahsetmedi. Hasta; son ameliyatında tespit edilmiş olan drenin çekilmesi sonrasında kalan yaranın, cerrahı tarafından sürme ilaçlar ve pansuman ile takip edildiğini, dermatologlarca konsülte edildiğini, ancak son dört aydır hızlı bir şekilde büyüyerek kanamalı bir kitle haline geldiğini tarif etti. Dermatoloji servisi muayenesi ile konsülte edilen hastada; sol toraks lateral duvarında, orta aksiller hat üzerinde, 6.5cmx5.5cmx4.5cm ebatlarında, solid, ülserasyon ve punktat kanama odaklarının izlendiği, etrafında enflamatuar bir halo görünümü ve endurasyonun palpe edildiği, protürüde kitle gözlendi. İnsizyonel biyopsi neticesi; 'p40 ekspresyonunun tespit edildiği SHK' şeklinde raporlanması üzerine hastaya ameliyat önerildi. İki santimetre sağlam cerrahi sınır ile kitle enblok eksize edildi. Cerrahi tabanda eksizyon işlemine seri frozen örneklemeler tümör negatif gelinceye kadar devam edildi ve kostal kemik düzeyine ulaşıldı. Oluşan defekt, cerrahi alan superior komşuluğundan planlanan aksiller tabanlı rotasyon flebi ile onarıldı. Kitlenin patolojik incelemesi; 'Nonkeratinize SHK, peritümöral hafif lenfositik yanıt izlendi, perinöral ve vaskuler invazyon mevcuttur' şeklinde raporlanmıştır. Hasta multidisipliner yaklaşım çerçevesinde hastane tümör kurulunca değerlendirilmiş ve kemoterapi ile tıbbi onkoloji servisi takibi önerilmiştir. Komplikasyonsuz yara iyileşmesi sağlanan hastanın, yaşı itibariyle, özellikle kemoterapi gibi bir tedavi veya hastane takibi almak istemediğini belirtmesi üzerine tedavi ve takipleri sonlandırılmıştır.

TARTIŞMA: kSHK'nın en önemli prognostik faktörleri; tümör çapı, anatomik lokalizasyonu ve histolojik tipidir.[1] kSHK rekürrens ve metastazının belirleyici faktörleri perinöral ve lenfovasküler invazyon varlığı, kötü differansiyasyon ve desmoplastik büyüme paterni, 2cm'den kalın 6cm'den büyük lezyon varlığı, dermisi aşmış tümör, kulak veya dudakta tespit edilmesi, lokal rekürrens ile immün bozukluktur.[1, 2] kSHK'un lenf nodu metastazı yapma riski %2~5,8 arasındadır ve metastatik hasatlığın uzun dönem prognozu kötüdür.[1] Bu bilgiler ışığında oluşturulan deri kanseri farkındalığı oluşturamaya yönelik kampanyaların tüm çabalarına rağmen hala bazı hastalarda dev nonmelanoma deri kanserleri tespit edilmektedir.[2] Son literatürlerde, hastaların %0,4'ünde halen 5cm'den büyük dev kSHK gözlenmekte olduğu belirtilmektedir.[1] Hatta; 'myiasis (larva enfestasyonu)' gibi klinikle karşılaşılan vakaların varlığı ihmalin kimi zaman ne boyutlara erişebileceğinin bir göstergesidir.[2]

Peki hastaları doktorlarından kaçacak hale getiren durum nedir? Hasta profili açısından değerlendirildiğinde, teşhis ve tedavide gecikmenin en sık nedenleri; sosyal destek eksikliği, ileri yaş ve kötü kişisel hijyen olarak belirtilirken deri kanseri tanısı konulmanın korkusu ve bu tanı ile gelişecek tıbbi ve sosyal sorunların getireceği yükün büyüklüğü de yadsınmamalıdır.[1] Çoğu vakada hastaların ancak kanama gibi lezyonlarında oluşan ani değişiklikler ve aile, arkadaş çevresi gibi yakınlarının cesaretlendirmesi ve zorlaması ile tıbbi destek arayışına girdiği gözlenmiştir.[1] Çoğu kSHK'nın yavaş ve ağrısız büyüme eğiliminde olması dolayısıyla hastalar tarafından metastatik potansiyelinin öngörülememesi; klinisyenler tarafından konulan ilk tanının hatalı olması ve hastaların bu tanıyı benimsemeleri olasılıklarının da unutulmaması gerekmektedir.[1] Ek bilgilendirme olarak; kemik, eklem ya da tendonlara ilerlemiş lezyonlarda radyoterapi iyi bir tercih olarak belirtilmemektedir.[1] Agresif nöroendokrin tümörler ile benzerliği ve birlikteliği net bir şekilde bilinmekle beraber küçük hücreli akciğer kanseri hastalarının %3'ünde SHK da gösterilmiştir.[3]

SONUÇ: Dev nonmelanoma deri kanserleri alışılmadık ancak çok da ender olmayan bir hastalık grubudur. Yukarıda belirtilen kişisel nedenler ile ileri derecede ihmal edilmiş dramatik vakalar ile karşılaşılabilinir. Bu hastalar yüksek mortalite oranları ve yüksek komplikasyon riski nedeniyle multidisipliner olarak değerlendirilmelidir.[1]

İntraoperatif



İntraoperatif Flep Elevasyonu

Postoperatif



Postoperatif 7.gün

Preoperatif



Preoperatif Planlama ve Lezyon

P-098
Malign Proliferatif Trikilemmal Tümör: Olgu Sunumu

Abdullah Erkan Orhan[1], Durdane Keskin[2], Tarkan Yetişyiğit[3], Selçuk Şeber[3], Meltem Öznur[4]
[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim DAlı
[4]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim DAlı

Malign Proliferatif Trikilemmal Tümör(MPTT); kıl köklerinim dış kılıfından kaynaklanan nadir bir tümördür. İlk defa 1966 yılında Jones tarafınca 'proliferatif epidermoid kist' olarak tanımlanmıştır.Dev saç matriks tümörü, invasif pilomatriksoma proliferatif epidermoid kist,proliferatif trikillemal kist, proliferatif folliküler kistik neoplazım gibi isimler alır. Biz kliniğimizde tedavi ve takip ettiğimiz MPTT olan bir olguyu sunuyoruz

Olgu: 55 yaşında kadın hasta saçlı derisindeki büyük kitle şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan muayenede saçlı deri sol temporal, parietal ve oksipital bölge birleşim yerinde 6.8x6x4.2 cm boyutlarında üzerinde ülsere alanların izlendiği noduler kitle olduğu tespit edildi. Hastanın kitlesi eksize edildi ve oluşan defekt deri grefti ile onarıldı.

Hastanın lezyonunun patolojik incelemsi sonucunda Malign Prolifere Trikilemmal Tümör tanısı konuldu. Hastanın lezyonunu immünohistokimyasal olarak Ki67, CK5-6 ve P63 boyaları ile pozitif boyandı.Hastanın post operatif yapılan boyun tomografisinde patolojik lenfadenopati görülmedi. Uzak taramalarında kranium, boyun, toraks ve abdomende herhangi bir metastaz bulgusu izlenmedi.Hastanın 3 aylık takibinde herhangi bir problem olmadı.

Tartışma: MPTT çoğunlukla benign proliferatif trikilemmal kisten kaynaklansa da, primer olarak da oluşabilir. Klinik olarak saçlı deriden uzun zamandır bulunan bir nodulun yakın zamanda hızlı olarak büyümesi şeklinde kendini gösterir.Genellikle ekzofitik nodüller veya multilobüler nodüllerle karekterizedir ve alopesik alanlar oluştururlar. Histolojik olarak; anormal mitozlar, belirgin nükleer atipi, çevre dokulara infiltrasyon izlenir. Olguların %90 'ı saçlı deride ve %84'ü kadınlarda görülmektedir. Saçlı deri dışında yüz, kulak, üst ekstremite, gövde, anogetail alanlar, kalça ve uylukta da görülebilmektedir.

MPTT ün kesin insidansı bilinmemektedir çünkü squamoz hücreli karsinom ile histolojik olarak karışabilmektedir. MPTT de trikilemmal keratinizasyon, lobuler büyüme paterni olması, aktinik keratoz gibi prekursör epidermal lezyon olmaması ile skuamoz hücreli karsinomdan(SCC) ayrılmaktadır. MPTT, SCC den daha fazla rekurrens ve metastaz yatkınlığı olduğu için ayırıcı tanı çok önemlidir.

MPTT tedavisinde lokal, yeterli marjin ile eskizyon çoğunlukla tedavi için yeterlidir. Hastalarının tedavi sonrası yakın takip edilmesi gerekmektedir. Nadir vakalarda kemoterapi ve radyoterapi uygulanması gerekmiştir.

Bizim olgumuzda, maliginte ön tanısı olması nedeni ile uygun marjin ile eksizyon yapıldı ve defekti deri grefti ile rekonstruke edildi. MPTT tanısı konması üzerine uzak taramalarını yapıldı. Nadir de olsa tümörün lokal rekürrensi oluşabileceğinden rekürrens takibi için bir süre deri grefti ile hastanın takip edilmesi uygun görüldü. MPTT'ün metastaz ve nüks riski nedeni ile MPTT li olguların uzun süreli takip edilmesi gerektiği kanısındayız.

P-099
Kulakta Skuamöz Hücreli Karsinomu Taklit Eden Kitle: Winer Nodüler Kalsinozis

Emine Çiğdem Karadağ[1], Hatice Toy[2], Mehtap Karameşe[3], Zekeriya Tosun[3]
[1]Konya Numune Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Konya
[3]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi ABD, Konya

Winer Nodüler Kalsinozis (WNK), doğumda ya da erken çocukluk çağı döneminde görülen asemptomatik, sert, sarı ya da beyaz renkte nodüler tarzda, idiopatik kalsinozis kutisin bir alt formudur. WNK üzerinde ülserasyon gelişimi oldukça nadirdir. Literatürde WNK ile karişabilecek malign cilt lezyonundan hiç bahsedilmemiştir. 3 yaşında bayan hasta sol kulak heliksinde beyaz renkte, üzeri ülsere, 3*2mm boyutlarında nodüler lezyon şikâyeti ile ailesi tarafından kliniğimize başvurdu. Biz burada, lezyonun güneş maruziyetinin sık olduğu helikste yerleşimli olması, üzeri ülsere olması ve makroskobik görüntüsü nedeniyle skuamöz hücreli karsinomu düşündüren Winer Nodüler Kalsinozis olgusunu sunduk.

P-100
Bir İleri Yaş Tanısı: Atipik Fibroksantom (AFX)

Fethiye Berna Göktaş Demircan[1], Hande Akdeniz[1], Kadri Özer[2], Hatice Ünverdi[3], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın
[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Atipik Fibroksantom(AFX), dermisin nadir görülen, düşük grade'li malign mezenkimal bir neoplazmıdır. Bilhassa yaşlı erkek hastalarda, baş-boyun bölgesinde, güneş hasarlı cilt üzerinde, primer olarak soliter ülsere bir nodül olarak görülür. Ağrı ya da lokal invazyon olmadan hızla büyür, metastaz nadiren görülür. Görünüm ve klinik davranış olarak cilt kanserlerine benzediğinden, histopatolojik olarak ekartasyonu mutlaka yapılmalıdır. Burada 115 yaşında, burunda hızlı büyüyen cilt lezyonu şikayetiyle başvuran ve histopatolojik olarak AFX tanısı alan bir vakayı sunmak istedik.

115 yaşında erkek hasta, burnun sağ tarafında, ciltten kabarık, ülsere, parlak, kırmızımsı, 3x3 cm boyutunda nodüler bir lezyonla polikliniğimize başvurdu. Lokal travma öyküsü yoktu, hasta lezyonun bir yıl içinde büyüdüğünü ifade ediyordu. Lezyon total olarak, etrafından sağlam marjin bırakılarak eksize edildi, defekt alan supraklavikuler bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Histopatolojik incelemede AFX tanısı alan hastanın, 6 aylık takip periyodunda lokal rekürrens gözlenmedi.

AFX, malign histolojik özelliklere rağmen, benign olarak sınıflandırılan dermisin iğsi hücreli bir neoplazmıdır. Skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom gibi baş-boyun bölgesinin sık görülen dermal orijinli neoplazmlarından ayırt edilmelidir. İmmunohistokimyasal boyama bu ekartasyona yardımcı olur.

2 cm'den büyük lezyonlarda düşük oranda lokal rekürrens görülse de, sağlam cerrahi sınırla komplet eksizyon önerilen tedavi şeklidir.

Resim 1



Burun sağ lateralinde,ülsere,ciltten kabarık,parlak,kırmızı nodül olan 115 yaşında erkek hasta görülmekte

P-101
Olgu Sunumu: Skalpin Malign Melanom ile Karışan, Rejyonel Lenf Nodu Metastazı Yapmış Atipik Fibroksantom Olgusu

Mustafa Kürşat Evrenos[1], Murat Yaman[1], Merve Özkaya[1], Peyker Temiz[2], Aylin Türel Ermertcan[3], Levent Yoleri[1]
[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa
[3]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Atipik Fibroksantom (AFK) düşük dereceli sarkom olarak kabul edilir ve genellikle yaşlı hastalarda baş ve boyun bölgesinde güneş hasarlı deri üzerinde oluşur. AFK'da tümör hücrelerinin hemofagositozu nedeniyle pigmentasyon oluşur, bu nedene de klinik ve histopatolojik olarak melanomu andıran görüntü ortaya çıkabilir. Metastaz nadirdir ve sarkomlardan farklı olarak lenfatik yolla yayılır. Burada, dış merkezde Clark III Malign Melanom (MM) tanısı almasına rağmen, tarafımızca yapılan tamamlayıcı tedavi sonrasında rejyonel lenf nodu metastazı tespit edilen AFK tanısı alan olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 76 yaşında erkek hastaya skalp sağ vertekste yaklaşık 2 yıldır progresif olarak büyüyen ve kanayan, yaklaşık 5 mm. çaplı nodüler kitle nedeniyle dış merkezde eksizyonel biyopsi uygulanmış ve patoloji raporunun MM olarak raporlanması ve yan cerrahi sınıra 2 mm. uzaklıkta olması üzerine hasta, tamamlayıcı tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın muayenesinde skalp sağ vertekste yaklaşık 2 cm. çaplı inferior bazlı transpozisyon flebi skarı gözlendi, fizik muayenesinde ek patolojiye rastlanmadı. Yapılan PET-BT'si normal sınırlarda olan hastaya geniş eksizyon ve sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) yapıldı (Resim1). Reeksizyon materyalinin patoloji raporu solar keratoz olarak rapor edildi ve tümör gözlenmedi. SLNB'nin histopatolojik incelemesinde tek bir lenf nodunda subkapsüller alanda veziküle nükleuslu CD10 (+) iğsi hücre metastazları saptandı ve atipik fibroksantom metastazı olarak değerlendirildi (Resim 2). İlk merkezden istenen patoloji preperatlarının tekrar değerlendirilmesi sonucunda fibrohistiositik tümör hücrelerinin mitotik aktivitesi gözlendi (Resim 3). Hasta radyasyon onkolojisine adjuvan radyoterapi (RT) açısından yönlendirildi.

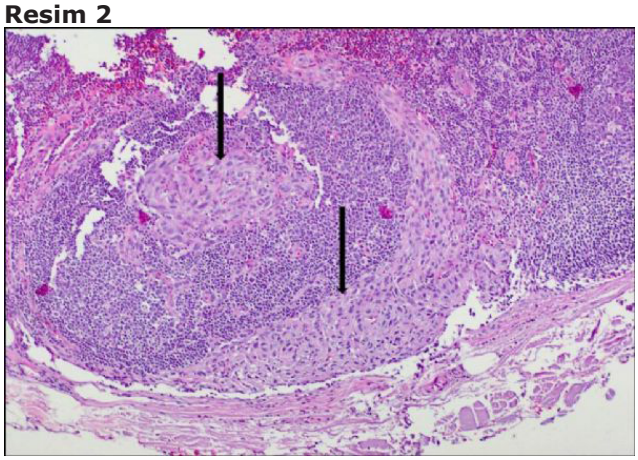
Tartışma: Hemofagositoz, hemostaz amacıyla monosit-makrofaj sistemi içindeki hücreler tarafından ekstrasellüler boşluktaki eritrositlerin fagositozudur. Fizyolojik koşullarda monosit-makrofaj sistemi tarafından kemik iliği, karaciğer, dalak ve lenf nodunda gerçekleşir. Yakın zamanda histiyosit kökenli heterojen hücre grubunun da fagositoz yapabilmeleri nedeniyle bu durumun monosit-makrofaj sistemi ile sınırlanmadığı ortaya konuldu. Fibrohistiyositik hücre kökenli AFK tümör hücrelerinde de aynı şekilde hemofagositoz gösterildi. Buna bağlı olarak tümör hücrelerinde biriken hemosiderin nedeniyle tümör pigmente görülmektedir. Histolojik olarak ise dermis yerleşimli tümörün epidermisi destrükte ettiği durumlarda dezmoplastik MM ve skuamöz hücreli karsinom (SHK)'dan ayırmak zorlaşır. Ayırıcı tanı immünohistokimyasal boyamalarla ve sitoplazmasında hemosiderin görülen tümör hücreleri ile sağlanır. Literatürde bildirilen otuza yakın metastatik AFK olgusu mevcuttur. %58 rejyonel lenf nodlarına, %30 visseral organlara, %18 parotise, %12 lokal rejyonel deriye metastazlar bildirilmiştir. Olgumuzda rejyonel tek lenf nodu metastazı rapor edildi. AFK tedavisinde adjuvan RT endikasyonu kesin olmamakla birlikte; rejyonel metastazı olanlarda ve nüks olgularda metastazın %10 oranında olması nedeniyle önerilmektedir. Bu nedenle olgumuz da radyasyon onkolojisi bölümüne yönlendirilmiştir. Malign melanom ayırıcı tanısında AFK akılda tutulmalı, AFK'un hem klinik, hem de histopatolojik olarak MM ile karışabileceği unutulmamalıdır.

Resim 1



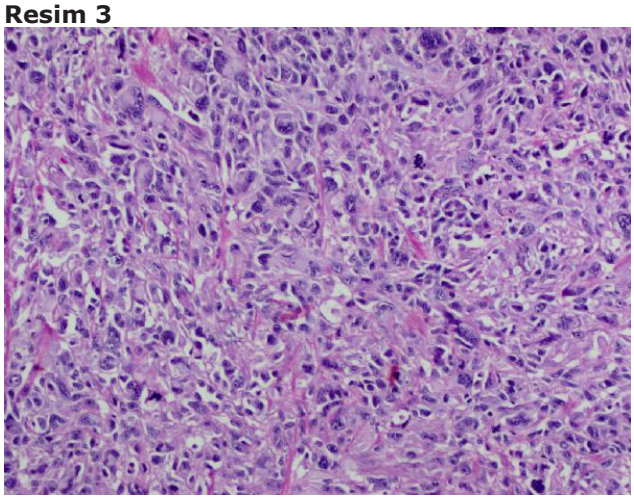
LEvel 5 apekste bulunan sentinel lenf nodları

Resim 2



Lenf nodunda atipik fibroksantom metastazı (oklarla işaretli) (HE, x100)

Resim 3



Belirgin atipi yanı sıra mitotik aktivite gösteren fibrohistiyositik tümör hücreleri (HE, x200)

P-102
Bazal Hücreli Karsinom ile Karışan Skalp Yerleşimli Ülsere Trikoblastik Karsinom

Mustafa Kürşat Evrenos[1], Murat Yaman[1], Merve Özkaya[1], Ayça Tan[2], Aylin Türel Ermertcan[3], Levent Yoleri[1]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa
[3]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Trikoblastom (Tb); Nadir Görülen, Kıl Follikülünün embriyojenik prekürsörü olan saç germinden köken alan benign bir tümördür. Genellikle tek, nodüler ve 1- 1,5 cm çapındadır. En sık skalp ve yüzde görülürken ayak tabanı, avuç içi, tırnak ve mukozada görülmez. Makroskopik görüntü olarak nodüler tipte bazal hücreli karsinomu (BHK) andırdığı için klinik olarak tanı koymak güçtür. Histopatolojik olarak büyük nodüler, küçük nodüler, kribriform, rasemiform ve retiform tipleri tanımlanmıştır. Nevüs sebaseus zemininden gelişebilir. Malign formu malign trikoblastom veya trikoblastik karsinom (TK) olarak isimlendirilir. Literatürde bildirilen yaklaşık 10 olgu vardır. Bu olgulardan dördü baş yerleşimli iken hiç birisi skalp yerleşimli değildir. Klinik olarak hepsi nodüler patern göstermektedir. Klinik ve insizyonel biyopsi histopatolojik bulguları ile BHK olarak değerlendirilen, eksizyonel biyopsi sonucu ile trikoblastik karsinom tanısı alan ülsere TK olgusu sunuyoruz. Olgumuzla birlikte TK'un ülsere tipi ilk kez tanımlanmaktadır.

Olgu Sunumu: 85 yaşında bayan hasta, yaklaşık iki yıldır alnında iyileşmeyen ve gittikçe büyüyen yara nedeniyle başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol frontal bölge saçlı deride 3.7x3.5 cm boyutlarında ülsere lezyon mevcuttu (Resim 1). Fizik muayene bulguları olağan olan hastanın deri lezyonundan alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik inceleme sonucu BHK olarak değerlendirildi. Hastanın ülsere lezyonu 1 cm cerrahi sınırla sınırla eksize edildi, kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt rekonstrüksiyonu yapıldı. Eksizyon materyalinin histopatolojik inceleme sonucu sellüler fibröz stroma içinde kısa ve kalın kordlar ya da organize küçük adacıkların olduğu, trikoblastik karsinom ile uyumlu malign epitelyal tümör olarak rapor edildi. İmmünohistokimyasal incelemede Ber-EP4, CD56, CK20 ve CD10 boyamaları negatif olup Ki-67 boyanması ise %60-70 idi. Cerrahi sınırlar sağlam olarak rapor edildi. PET-BT ile yapılan taramalarda metastaz saptanmadı. Aylık USG ile takip edilen hastada post operatif 6. ayda rekürrens ya da metastaz saptanmadı (Resim 3).

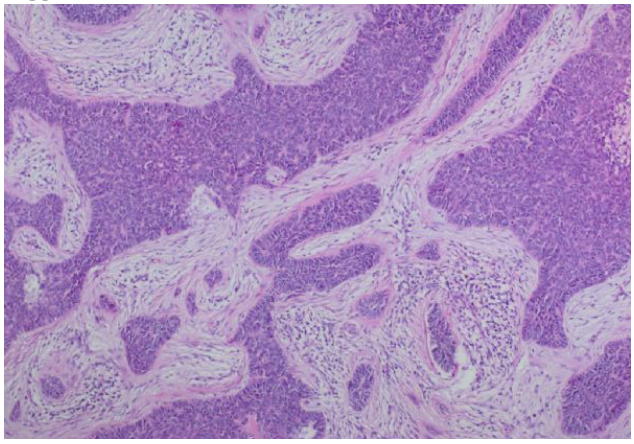
Tartışma: Trikoblastom ve trikoblastik karsinom, folliküler germ epiteli kaynaklı nadir deri eki tümörleridir. TK için belirgin bir lokalizasyon olmamakla birlikte, bildirilen olguların yarısı baş yerleşimlidir. Literatürde, beraberinde B hücreli lenfoma tanısının da konulduğu tek bir metastazlı olgu bildirilmiştir. Özellikle nodüler formu BHK ile karışır. İmmünohistokimyasal olarak Ber-EP4 negatif olması ile ayrılır. Literatürde cerrahi sınır konusunda kesin veriler olmamakla birlikte Mohs cerrahisi önerilmektedir. Klinik olarak nodüler, yüzeyel, morfeiform, fibroepitelyal ve infundibulokistik formları bildirilmiştir. Bugüne dek ülsere form henüz tanımlanmamıştır. Olgumuz ilk tanımlanan ülsere TK olgusu olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacaktır. Sonuç olarak trikoblastom ve trikoblastik karsinom, sık karşılaşılan BHK ile karışması ve nevus sebaseus ile birlikte görülebilmesi nedeniyle akılda tutulması gereken nadir deri eki tümörleridir.

Resim 1



Sol frontal saçlı deride ülsere lezyon.

Resim 2



Epidermisi ülsere eden ve dermiste trabeküller halinde büyüme gösteren epiteliyal tümör (HE, x40)

Resim 3



post operatif 6. ay görüntüsü.

P-103
Gövdede Dev Malign Melanom Sonrası Dev Metastaz:Olgu Sunumu

Emre İnözü[1], Elif Akbay[1], Avni Tolga Eryılmaz[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Malign melanom insidansı gittikçe artmaktadır.Malign melanom tüm cilt kanserlerinin %3 ünü oluşturmakla birlikte cilt kanserlerinden ölümlerin %65 nedeni malign melanomlardır.Yaşam boyu malign melanom olma riski 1/50 dir. 'Dev malign melanom' terimi derinlikten bağımsız olarak geniş yüzey alanı kaplayan kitleler için kullanılan bir terimdir.Dev melanom tanısı koymak için kesin bir ölçü olmamakla birlikte bazı yazarlara göre 10 cm den büyük kitleler dev melanom olarak kabul edilir. Hastalar tedavi için erken başvurduğundan ve klinisyenlerin dikkatli olmasından dolayı dev malign melanom olguları nadiren karşımıza çıkar. Bu çalışmamızda gövde ön yüzde dev nodüler melanom sonrası aksiler bölgede görülen dev metastaz olgusunu paylaşacağız

Giriş: 'Dev malign melanom' terimi derinlikten bağımsız olarak geniş yüzey alanı kaplayan kitleler için kullanılan bir terimdir.Dev melanom tanısı koymak için kesin bir ölçü olmamakla birlikte bazı yazarlara göre 10 cm den büyük kitleler dev melanom olarak kabul edilir.[1]Dev malign melanom nadiren görülmektedir ve bu hastalar metastaz açısından yüksek risklidir.Literatürde az sayıda dev malign melanom vakası yayınlanmış olup,bu çalışmamızda gövde ön yüzde dev nodüler melanom sonrası aksiler bölgede görülen dev metastaz olgusunu paylaşacağız.

Olgu: 52 y,diyabet dışında kronik hastalığı olmayan erkek hasta karın ön duvarda 1,5 yıl içinde hızla büyüyen kitle nedeniyle başvurdu.Muayenesinde karın ön duvarda umblikus ile sternum arasında 20X15X5 cm bo yutlarında,septalı,lobüle,polipoid,sınırları düzensiz,kötü kokulu,seropürülan akıntılı kitlesi mevcuttu. Sağ ve sol aksiller bölgede ele gelen lap mevcuttu. Karın ön duvardaki kitleden alınan insizyonel biyopsi nodüler malign melanom olarak raporlandı. Hastaya yapılan abdominal BT de rektus altına invazyon görülmedi. PET BT de bilateral aksiller kitle metastazla uyumlu görüldü,akciğerde nodüler lezyon saptanıp patoloji düşünülmedi.Kitle 3 cm güvenlik sınırı ile sol hipokondriumdaki satellit lezyonu da içine alacak şekilde, sol tarafta rektus kası sağ tarafta rektus fasyası spesmene dahil edilerek eksize edildi.Oluşan doku defekt alanı ters abdominoplasti flebi ve sağ uyluktan alınan kısmi kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı.Sol aksilladaki kitle eksizyonel biyopsi amacıyla çıkarıldı.Hastanın patoloji sonucu nodüler tip malign melanom, Clark level IV ve Breslow kalınlığı 4,3 cm;tümörden 0,5 cm uzaklıkta satellit lezyon olarak raporlandı.Sol aksiller kitlesi malign melanom metastazı gösteren lenf nodu olarak raporlandı. Daha sonra kemoterapi açısından onkolojiye gönderilen hasta yaklaşık 1 yıl takiplerine gelmedi.1 yıl sonra sol aksiller bölgede hızla büyüyen ele gelen kitle ile başvurdu,hastanın kemoterapiye gitmediği öğrenildi.Dış merkeze kemoterapi açısından yönlendirildi.Oral vemurafenib tedavisi başlanan hasta yaklaşık 4 ay sonra sol aksiller bölgede kola ve gövdeye uzanan kitle şikayetiyle tekrar başvurdu. izik muayenesinde 27X32X5 cm boyutlarında,sınırları düzensiz,lobüle,polipoid,kötü kokulu ve akıntılı kitlesi mevcuttu.Sağ aksiller bölgesinde ele gelen lap mevcuttu. Hastanın metastatik kitlesi eksize edilerek oluşan defekti kısmi kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı.Hastanın sağ

aksilladaki kitlesinin eksizyonu ve kemoterapi tedavisinin devamı planlandı.

Tartışma: Malign melanom insidansı gittikçe artmaktadır. Malign melanom tüm cilt kanserlerinin %3 ünü oluşturmakla birlikte cilt kanserlerinden ölümlerin %65 nedeni malign melanomlardır.Yaşam boyu malign melanom olma riski 1/50 dir.[2] Malign melanomun her on yılda insidansı 2 kat artmakta ve her yıl 40000 yeni vaka görülmektedir.Malign melanom erkekler için sıklığı en hızlı artan kanser iken kadınlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelir.[3] Gelişmiş sanayileşmiş bölgelerde 1 cm den daha geniş melanomlara çok nadir rastlanır.[4] 'Dev melanom' terimi kalınlıktan bağımsız olarak çok geniş melanom kitleleri için kullanılır.Dev melanom tanısı için kesin bir ölçü olmamakla birlikte bazı yazarlara göre 10 cm den büyük kitleler dev melanom olarak kabul edilir.Hastalar tedavi için erken başvurduğundan ve klinisyenlerin dikkatli olmasından dolayı dev malign melanom olguları nadiren karşımıza çıkar. Optimal tedavi,eğer mümkünse,kitlenin total eksizyonu ve sentinel lenf nodu biyopsisi alınmasıdır.[5,6,7]Bizim hastamızda da karın ön duvarda gelişen ilk kitle 3 cm güvenlik marjı ile eksize edilmiş ve sol aksilladaki kitlesi de tanısal amaçlı eksize edilmiştir. Melanomun kötü prognostik faktörleri ülserasyon,mitotik aktivite,lenf nodu pozitifliği ve Breslow kalınlığıdır ve 4 mm den daha derin tümörler çok kötü prognozludur.[8] Nodüler malign melanoma lokal invazyon ve erken uzak metastaz nedeniyle ayrıca kötü bir prognoza sahiptir. Nodüler melanoma tüm melanomların %7-10 unu oluşturur ve yüzeyel yayılan tipinden sonra en sık görülen ikinci melanom tipidir.Nodüler melanomun gelişimindeki risk faktörleri multiple displastik nevüs varlığı,aile öyküsü,açık cilt rengi ve güneşe maruziyettir.[9]Vakamızda karın ön duvarda bulunan ilk kitlenin herhangi bir prekürsörü bulunmamaktadır,yeni gelişen ve 1,5 yıl içinde hızlı büyüme gösteren kitle hikayesi mevcuttur. Dev malign melanom genel olarak 10 cm den geniş melanomlar için kullanılan bir terim olup literatürde az sayıda vaka bildirimi yapılmıştır.Bununla birlikte literatürde,gövdede noduler kitle eksizyonu sonrası inguinal bölgede dev metastaz olgusu bildirilmiştir.[10]Vakamızın tedavisi devam etmekte olup bu nadir karşılaşılabilecek olgu paylaşılmıştır.

Kaynaklar:
1)di Meo Nicola,Giant melanoma of the abdomen: case report and revision of the published cases
2)William W. Dzwierzynski,Managing Malignant Melanoma
3)Kiyak M. V.,Yesilada A. K.,Sevim K. Z.,Usta U.,Giant Malignant Melanoma:A Case Report
4)William W Tseng,Judy A Doyle,Sheilagh Maguiness,Andrew E Horvai,Mohammed Kashani-Sabet,Stanley P L Leong,Giant Cutaneous Melanomas:Evidence for Primary Tumour Induced Dormancy in Metastatic Sites?
5) Andre D. Grisham,Giant Melanoma:Novel Problem,Some Approach
6) Cornelia S L Müller, Louisa Hinterberger, Thomas Vogt, Claudia Pföhler,Giant Melanoma of The Scalp-Discussion of A Rare Clinical Presentation
7)Jessica A. Ching,Lisa Gould,Giant Scalp Melanoma:A Case Report and Review of The Literature
8) Schelto Kruijff, Robert Vink, Joost Klaase,Salvage Surgery for A Giant Melanoma on The Back
9)Mandy Harting,William Tarrant,Craig A Kovitz,Ted Rosen,Matthew T Harting,Eduardo Souchon,Massive Nodular Melanoma:A Case Report
10)N. Bertheuil,J. L. Heusse,L. Khamphommala,A Giant Metastatic Inguinal Lymph Node from Melanoma

gövde ön yüzde dev malign melanom



gövdede dev malign melanom eksizyonu sonrası gelişen dev metastaz-preoperatif görünüm ve karın ön duvarın iyileşmiş görüntüsü



metastatik kitlenin eksizyonu ve defektin kapatılması



P-104
Breslow <=1mm melanom olgularda sentinel lenf nodu pozitifliği

Fatih Alp Öztürk, Hasan Şahin, Cenk Demirdöver, Mustafa Yılmaz
Dokoz Eylül Üniv Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: 2010 yılında "American Joint Comitee for Cancer" (AJCC) tarafından 7. Versiyonu ile sonuncusu oluşturulan evreleme sisteminde özellikle mitotik indeksi <1/mm2 ve ülserasyonu olmayan Evre IA hastalarda sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) önerilmemektedir4. Bu bildirideki amacımız kliniğimizde son yıllarda Evre I hastalarda görülen yüksek SLNB pozitifliği oranlarına dikkat çekmek ve Evre I malign melanom olgularında SLNB endikasyonlarını tartışmaktır.

Giriş: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi kliniğinde son 6 yılda Evre I malign melanom hastalarında saptanan yüksek sentinel nod pozitifliği oranları dikkat çekmektedir. Breslow <=1mm olan hastalarda (ince kalınlıkta MM) lenf nodu metastazı saptanma oranı yapılan çalışmalarda yaklaşık %5 oranında saptanmasına rağmen bu hasta grubu malign melanom hastalarının yaklaşık %65'ini oluşturduğundan hasta sayısı azımsanamayacak rakamlara ulaşmaktadır5. Benzer şekilde kliniğimizde Breslow <=1mm olan hastaların sayısı toplam malign melanom hastalarımızın önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu hastalarda SLNB kararı büyük önem arz etmektedir. İnce kalınlıkta MM hastalarında kliniğimizde rastlanan yüksek SLNB pozitifliği oranları bizleri bu hasta grubuna zamanla daha konservatif yaklaşmaya yönlendirmiştir. Dolayısıyla özellikle son yıllarda söz konusu hasta grubuna yaklaşımda cerrahi girişimin kontraendike olduğu seçilmiş çok az sayıda olgu dışında tüm hastalara tarafımızca SLNB rutin uygulanmaktadır. SLNB yapılan bu hasta grubunda son 6 yılda görülen yüksek pozitiflik oranları kaygılarımızı ve mevcut konservatif yaklaşımımızı destekler niteliktedir.

Materyal Ve Metod: Kliniğimiz tarafından Haziran 2009 ile Haziran 2015 arasında eksizyonel biyopsisi tarafımızca ya da dış merkezde yapılan; patoloji sonucunda Breslow kalınlığı <=1mm olan ve SLNB tarafımızca uygulanan toplamda 35 hasta değerlendirilmiştir. 17si erkek, 18i kadın olmak üzere grupta toplam 35 hasta bulunmaktadır. Erkek hasta grubunun yaş ortalaması kadınlara kıyasla yaklaşık bir dekad daha yaşlı bulunurken kadınların yaş ortalaması 41,2 yıl, erkeklerinse 49,7 yıl olarak saptanmıştır. Medyan yaş kadınlarda 38, erkeklerdeyse 58 olarak bulunmuştur. SLNB yapılan bu 35 kişide toplamda 7 hastada bir veya daha fazla lenf nodunda mikrometastaz saptanmıştır. Tüm hastaların SLNB ve lenf nodu diseksiyonu (LND) operasyonlarına ait patolojileri DEÜ Patoloji Anabilim Dalı bünyesindeki aynı dermatopatoloji ekibi tarafından değerlendirilmiş ve raporlanmıştır. SLNB sonucu pozitif olarak sonuçlanan tüm hastalarda hedef bölgeye LND operasyonu önerilmiştir. SLN(+) olan 7 hastanın 2si süreç ve prognostik önem hakkında detaylı bilgilendirilmelerine rağmen LND operasyonu sonrasında ortaya çıkabilecek morbidite ve komplikasyonlar nedeni ile cerrahi tedaviyi reddetmiştir. LND yapılan diğer 5 hastanın hiçbirinin diseksiyon materyallerinde metastatik lenf nodu saptanmamış ve ek cerrahi planlanmamıştır. LND yapılmasını kabul etmeyen iki hastadan birinde SLNB(+) saptandıktan yaklaşık 3 yıl sonra onkolojik takiplerinde lenf nodu makrometastazı saptanmıştır ve hasta önerilen operasyonu yine kabul etmemiştir. SLNB(+) olan yedi hastadan birinin sıradışı klinik seyri SLNB yapma kararının ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu 47 yaşındaki kadın hastanın üst sırt lokalizasyonlu şüpheli lezyonuna dış merkezde yapılan eksizyonel biyopsi sonucu Breslow:0,76, Clark Evre: II olarak raporlanmış. Tarafımıza başvurusunda mevcut patoloji preparatları DEÜ patoloji tarafından yeniden değerlendirildiğinde Malign Melanom Evre T1a Breslow 0,3mm, Clark Evre: II olarak raporlandı. Patolojik kötü prognoz kriteri olmayan hastanın ülserasyon ve mitotik indeks değerleri de Evre T1a ile uyumlu olarak raporlandı. Eş zamanlı sınır genişletme ve SLNB sonucunda sağ boyun, sağ aksilla ve sol aksilladan alınan toplamda 3 adet lenf nodunda mikrometastaz saptandı. Takip eden dönemde tarafımızca hastaya bir seansta sağ servikal ve sağ aksiller, daha sonraki bir seansta ise sol aksiller LND uygulandı. Sırt üst lokalizasyondaki bu tek lezyona yapılan SLNB sonucunda 3 ayrı anatomik LN rezervine lenf drenajı kanıtlanmış olması ve her 3 lenf nodunda mikrometastaz saptanması çok çarpıcı olup MM tahmin edilmesi progresyonunu hatırlatır niteliktedir. LND sonrası her üç bölgeden çıkarılan nodların tamamının reaktif olarak raporlanması ile hastanın cerrahi tedavisi sonlandırılmıştır.

Tartışma: Evre T1 MM hastalarına güncel yaklaşımda SLNB kararı verilirken değerlendirilen iki prognostik faktör ülserasyon ve mitotik indeks olarak kabul edilmektedir6. Son bulgular bu iki kriterin T1 hastalarda SLNB kararı verilirken Breslow kalınlığından daha belirleyici olabileceğini göstermektedir1. Breslow <=1 mm, ülserasyon veya mitotik indeks >=1mm2 olduğunda hastalık Evresi T1b olarak kabul edilirken SLNB yapılması önerilmektedir. Kesmodel mitotik indeks ve Breslow'u birlikte kullanarak ince melanomlu hastalarda bir lenf nodu pozitifliği riski sınıflama sistemi geliştirmiştir. Bu risk sınıflamasında hastanın breslow kalınlığı eşik değeri 0,76mm olarak kabul edilmiş, mitotik indeksi >=1mm2 olan hastalarda cinsiyete göre lenf nodu pozitifliği riski minimal, düşük, orta ve yüksek olmak üzere 4 risk grubuna ayrılmıştır. Ancak bu çalışmada yüksek risk grubu olarak adlandırılan Breslow>=0,76 mm, mitotik indeksi >= 1mm2, ve erkek olan hastalarda SLNB pozitifliği riski %16,1 olarak raporlanmıştır7. Tarafımızca yapılan literatür taramasında ince malign melanomlu hastalarda gösterilen en yüksek SLNB pozitifliği Kesmodel

tarafından raporlanan bu oran olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak kliniğimizde saptanan %20'lik oran >=1mmlik, Evre TII ve üstü hastalarda saptanan lenf nodu pozitifliği oranları ile neredeyse eşittir8.

Sonuç: Mevcut bilgiler ve kliniğimiz tecrübesi ışığında değerlendirildiğinde tarafımızca pratikte uygulanan ince malign melanomlu hastalara yaklaşımda cerrahinin kontraendike olmadığı tüm hastalara SLNB yapılması stratejisi doğru yaklaşım olarak kendini göstermiştir. Malign melanom söz konusu olduğunda patolojik değerlendirmedeki sübjektif farklılık ve zorluklar, hasta merkezli düşünce tarzını benimseme, morbiditesi yüksek cerrahi seçenekler ve kar zarar hesaplamasının titiz bir şekilde yapılmasının gerekliliği biz cerrahların işini çok zorlaştırmaktadır. Sonucu hasta için yıkıcı ve cerrah için büyük vicdani önem arz edebilecek bu denli önemli klinik kararlar alınırken sorumluluk bilinci ile hareket edilmeli ve özellikle malign melanom gibi belirsizliklerin halen çok geniş olduğu bir hastalık söz konusu olduğunda her zaman varsayımlardan uzak hasta bazlı kararlar alınması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Kaynakça
1) E.M. Dunki-Jacobsetal./Current Problems in Surgery 50(2013)351–382
2) RobinsonDS,SampleWF,FeeHJ,HolmesC,MortonDL. Regional lymphatic drainage in primary malignant melanoma of the trunk determined by colloidal gold scanning. Surg Forum. 1977;28:147–148
3) Lens MB,Newton-BishopJA,BoonAP. Desmoplastic malignant melanoma: asystematic review. Br J Dermatol. 2005;152:673–678
4) Edge SB, Byrd DR, Compton CC, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer; 2010.
5) Murali R,HayduLE,LongGV,etal.Clinical and pathologic factors associated with distant metastasis and survival in patients with thin primary cutaneous melanoma. Ann SurgOncol. 2012;19:1782–1789.
6) Andtbacka RH, GershenwaldJE. Role of sentinel lymph node biopsy in patients with thin melanoma. J NatlCompr Canc Netw. 2009;7:308–317.
7) KesmodelSB,KarakousisGC,BotbylJD,etal.Mitotic rate as a predictor of sentinel lymph node positivity in patients with thin melanomas. Ann SurgOncol. 2005;12:449–458.
8) Morton DL,ThompsonJF,CochranAJ,etal.Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. N EnglJMed. 2006;355:1307–1317.

P-105
Saçlı Deride Siringokistadenoma Papilliferum Olgusu

Elif Akbay[1], Başar Erdoğan[1], Emre İnözü[1], Avni Tolga Eryılmaz[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Siringokistadenoma Papilliferum,nadir görülen iyi huylu bir deri lezyonudur.Çoğunlukla çocukluk çağında oluşan siringokistadenoma papilliferum,en sık baş-boyun bölgesinde görülür.Ekrin ve apokrin ter bezi kökenli olduğu düşünülür.Klinik olarak malign deri tümörleri ile karışabilir,kesin tanısı biyopsidir.Hızlı büyüme ve ülserasyon malignite için uyarıcıdır,%10 BCC gelişimi bildirilmiştir.Biz de kliniğimizden temporal saçlı deride çocukluktan beri var olan ve son bir yılda hızla büyüme gösteren,klinik muayenesinde maligniteyle karışabilen bir siringokistadenoma papilliferum vakası bildireceğiz.

GİRİŞ: Siringokistadenoma papilliferum (SKAP) nadir görülen, klinik olarak çoğunlukla çocukluk çağında gözlemlenen, iyi huylu bir deri neoplazmıdır.Sıklıkla baş-boyun bölgesinde gözlemlenen SKAP diğer cilt lezyonları ile karışabilir (1).Kesin tanısı biyopsi olup, cerrahi eksizyon sıklıkla tercih edilen tedavi seçeneğidir (2).

OLGU:58 yaşında erkek hasta, sağ temporal scalp bölgesinde,çocukluk çağından beri mevcut olan kitlenin son bir yıl içerisinde büyümesi ve ülsere ve akıntılı olması nedeniyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ kulak superiorunda 3x2,5cm. boyutlarında ciltten kabarık, üzeri eritemli,düzensiz yüzeyli lezyon mevcuttu. SCC ön tanısı ile alınan eksizyonel biyopsisi siringokistadenoma papilliferum olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Siringokistadenoma papilliferum ilk kez 1917 yılında Stokes tarafından tanımlanan, ekrin ve apokrin ter bezleri kökenli olduğu düşünülen, benign bir cilt tümörüdür (3). En sık baş-boyun bölgesinde görülmekle beraber ekstremite ve gövdede gözlenen vakalar da bildirilmiştir. Sıklıkla doğuşta ya da erken çocukluk çağında oluşur. Başlangıçta düzgün yüzeyli olup klinik seyrinde grimsi veya kahverengi-kırmızı renkte verrüköz papül, nodül ya da plak şeklinde gözlemlenebilir (4).SKAP diğer deri lezyonları ile karışabilir. Kesin tanı için biyopsi gereklidir.Ülserasyon ve hızla büyüme malign transformasyonu düşündürmekle beraber %10 oranında BCC gelişimi gösterilmiştir (5).

SONUÇ: Literatürde az sayıda SKAP vakası tanımlanmış olup, benign seyreden bu lezyonun diğer cilt lezyonları ile karışabileceği ve nadir görülen malign transformasyonu gözönünde bulundurularak erken cerrahi eksizyonu önemlidir.

REFERANSLAR:
1-KBB ve BBC Dergisi 20 (2):102-4, 2012
2-Turkish bulletin of Pathology 2001; 18(2):54-56
3-Turk J Dermatol 2012; 6: 21-3
4-Journal of Clinical and Analytical Medicine (2014)
5- Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 April, Vol-7(4): 742-743

siringokistadenoma papilliferum-1



siringokistadenoma papilliferum-2



P-106
Sırt Bölgesinde Beklenmedik Bir Cilt Kanseri Nedeni: Prolifere Trikilemmal Karsinom

Hande Akdeniz[1], Berna Fethiye Göktaş Demircan[1], Ahmet Terzioğlu[1], Hatice Ünverdi[2], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Prolifere trikilemmal karsinom (PTLK); saç follikülünün dış tabakasından kaynaklanan nadir görülen bir adneksiyal tümördür. Bu lezyonlar yedinci ve sekizinci dekatlarda ve kadınlarda daha sık olmak üzere genellikle saçlı deride görülürler.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta sırtta torakolomber bölgede yaklaşık 2 yıldır olan ve büyüme gösteren nekrotik, kanamalı, ciltten kabarık 11x9 cm çaplı nodüler lezyon ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. 2 cm marjin bırakılarak cerrahi eksizyon uygulandı. Defekt kısmi kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu prolifere trikilemmar karsinom (cerrahi sınırları negatif) gelen hastanın ileri tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Postoperatif kontrollerinde ek şikayeti olmadı.

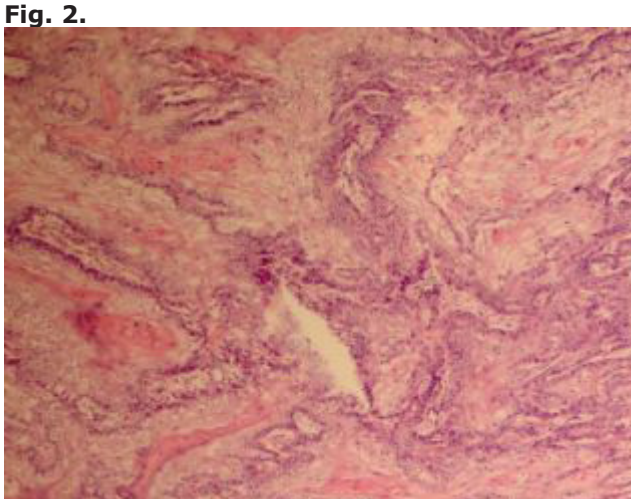
Sonuç: PTLK, histopatolojik olarak yüksek mitoz aktivite göstermesine rağmen sadece lokal invaziv seyreden nadir bir neoplazmdır. Saç folikülünden kaynaklanan bu tümör en sık skalpte olmak üzere genellikle saçlı bölgelerde görülür. Patogenezi net olmamakla beraber güneş ışınlarına maruz kalan, cerrahi sonrası radyoterapi uygulanan veya yanık skarı olan bölgeler ve immünsupresif hastalar daha sık etkilenir. Tümör genellikle cilt altı bir nodül olarak başlar ve büyüyerek ciltte ülserasyona neden olabilir. Klinik olarak bazal hücreli karsinom, squamoz hücreli karsinom, keratoakantom ve malign nodüler melanoma ile karışabilir. Mikroskobik olarak, prolifere yassı epitel lobülleri içinde trikilemmal tipte keratinizasyon oluşturan iyi sınırlı multikistik yapılardan oluşur. Tümörü oluşturan hücrelerde orta derecede pleomorfizm ve yer yer belirgin nükleol ile mitoz izlenir. Tedavi için genellikle negatif marjin ile tümörün eksizyonu yeterlidir. Nadir olarak rekürrens yapabilir. Akciğerde, karaciğerde veya mediastende uzak metastazların görüldüğü vakalar vardır.
Sonuç olarak PTLK, cilt kanseri görünümü olan lezyonlarda akla gelmesi gereken bir tümördür.

Fig. 1.



70 yaşında erkek hasta sırtta torakolomber bölgede yaklaşık 2 yıldır olan ve büyüme gösteren 11x9 cm çaplı nodüler lezyon

Fig. 2.



Skuamöz epitel altında iyi sınırlı, santralinde trikilemmal tipte keratinizasyon bulunduran atipik hücrelerle karakterli tümöral gelişim (HEx40, HEx100)

P-107
Temporal Bölgede Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

Mustafa Durgun, Osman Tan, Soysal Baş, Dağhan Işık, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmirl

Skuamöz hücreli karsinom (SCC) bütün kutanöz malignensiler içerisinde bazal hücreli karsinomdan sonra 2. Sırada görülmektedir. 2cm'den küçük iyi diferansiye olan tümörler genellikle cerrahi eksizyon ile yüksek başarı oranı ile tedavi edilirler. 2 cm'de daha büyük lezyonlar lokal rekürrens ve metastaz açısından yüksek risk taşımaktadırlar. Dev SCC'lar daha az sıklıkla görülmekle birlikte geniş doku eksizyonu ve kompleks rekonstrüksiyon ihtiyacı nedeniyle tedavisi zor tümörlerdir.Bu olguda ihmal nedeniyle sol temporal bölgede bulunan 8.5* 7 cm büyüklüğünde olan SCC vakasını sunmayı amaçladık. Tümör dokusundan alınan biopsi sonrası iyi diferansiye SCC olarak rapor edilen ve yapılan tüm vücut taramalarında herhangi bir lenf nodu ve uzak organ metastazi saptanmayan hastada bulunan tümör dokusu cerrahi olarak eksize edildi ve aynı seansta rekonstrüksiyon uygulanan hasta post op 5. Günde taburcu edildi.

Dev Squamöz Hücreli Karsinom



Tümör Eksizyonu Sonrası



P-108
Psödomyojenik Hemanjioendotelyoma; Vasküler Yumuşak Doku Neoplazımının Cilde Uzanımı

Hande Akdeniz, Berna Fethiye Göktaş Demircan, Melike Oruç, Nezih Sungur, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Psödomyojenik hemanjioendotelyoma (PMHE) nadir görülen, ekstremitede multifokal lezyonlar olarak ortaya çıkan, son yıllarda tanımlanmış bir vasküler yumuşak doku neoplazmıdır. Bu hastalık yüksek oranda infiltrasyon ve lokal rekürrens riski taşırken, düşük oranda metastaz potansiyeli taşır. Histopatolojik görünüş ve immünohistokimyasal belirteçlerde varyasyonlar tanımlanmıştır fakat genellikle nükleer atipi ve nötrofilik infiltrasyon gösteren spindle veya poligonal şekilli hücreler görülür.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta, sağ ayak kalkeneal bölge lateralinde 2 cm çaplı, 8 aydır giderek büyüyen nekrotik lezyon ile polikliniğe başvurdu. Hastanın palpasyonda hassasiyeti ve yürümekle ağrısı mevcuttu. Hastanın öyküsünde 9 ay önce travma öyküsü dışında özellik yoktu. Hastanın daha önce yapılan insizyonel biyopsilerinde kesin patolojik tanısı bulunamamıştı. Eksizyonel biyopsi planlandı. Operasyon sırasında lezyonun kemiğe kadar ilerlediği görüldü. Patoloji sonucu PMHE gelen hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi.

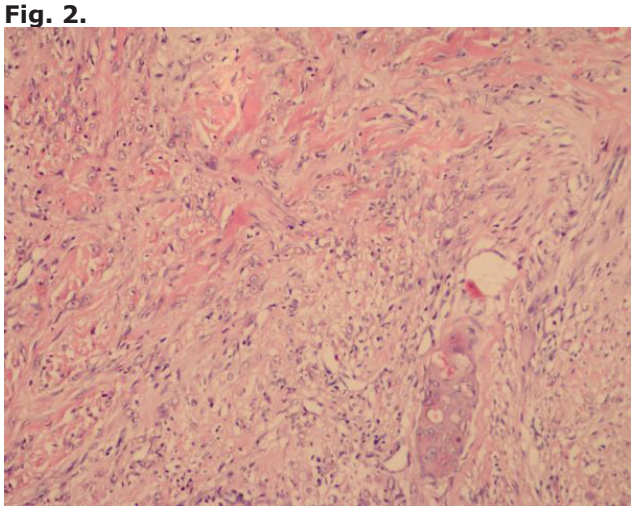
Sonuç: RMHE, genellikle genç hastalarda, ekstremitede devamsız multiple nodüller şeklinde görülen, lokal agresif, düşük grade bir vasküler tümördür. Lokal invaziv olan bu tümör transvers planda cilt,cilt altı, kas ve kemiğe ilerleyebilir. Lokal rekürrens sıktır. Metastaz nadir olmakla beraber literatürde akciğer metastazı ile sonuçlanmış olgu sunumları mevcuttur. Klinik ve mikroskobik olarak epiteloid sarkomdan ayrımı zordur. Bu benzerlikten ötürü PMHE aynı zamanda epiteloid sarkom benzeri hemanjioendotelyoma olarak da bilinir. İmmünohistokimyasal boyamada sitokeratin ve endotelyal belirteçler pozitiftir. Tedavisi cerrahi eksizyona dayanır. Geniş eksizyon yapılamadığı yerlerde, özellikle nörovasküler veya kemik invazyonu veya masif doku eksizyonu yapıldığı zamanlarda amputasyon tedavi seçeneği olarak kabul edilir.

Fig. 1.



24 yaşında kadın hasta, sağ ayak topuk btölgesi lateralinde 2 cm çaplı, 8 aydır giderek büyüyen nekrotik lezyon

Fig. 2.



Tümörde spindle ve epiteloid patern bir arada-bifazik patern

P-109
Nadir görülen dev cutis verticis gyrata'lı olguda serbest latissimus dorsi flebi ile skalp rekonstrüksiyonu

Özay Özkaya Mutlu, Özlem Çolak Aslan, Mert Canlı, Ayberk Akçay
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Cutis verticis gyrata, ciltte kalınlaşma sonucu skalp derisinde beyin yüzeyine benzer şekilde kıvrım ve yarık oluşumu ile karakterize, nadir görülen bir cilt rahatsızlığıdır. Etiyolojik olarak primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılan hastalığın primer nonesansiyel tipine nörolojik, oftalmolojik ve psikiyatrik sorunlar eşlik ederken herhangi bir sistemik rahatsızlığın görülmediği, sadece cilt bulguları ile ortaya çıkan nadir formu primer esansiyel tip olarak adlandırılır. Sekonder cutis verticis gyrata ise, bazı hastalıklarla beraber görülen inflamatuar süreçlerin veya tümöral oluşumların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Primer cutis verticis gyrata genellikle puberte döneminde ortaya çıkarken sekonder tipte bulgular erken bebeklik döneminden beri mevcut olarak izlenir. Tümöral lezyonlar, sekonder cutis verticis gyrata vakalarının %25'inden sorumludur. Konjenital nevüslerin bir alt tipi olan serebriform intradermal nevüs, sekonder cutis verticis gyrata›nın nadir görülen sebeplerinden birisidir. Genellikle benign karakterde olsa da, %10'luk insidansı ile en sık malign melanoma olmak üzere malignite gelişimi açısından bir risk faktörüdür. Cutis verticis gyrata'lı hastalar genellikle lezyonun neden olduğu estetik sorunlar ve buna sekonder gelişen psikolojik rahatsızlıklar nedeni ile tıbbi yardım için başvursalar da, asıl problem lezyonun olası malign transformasyonudur. Bu nedenle cutis verticis gyrata ile başvuran hastalarda gerekli konsültasyonların bir an önce istenerek etiyolojiye yönelik çalışmaların yapılması ve sonrasında lezyonun bir an önce eksize edilmesine yönelik planlamanın yapılması büyük önem taşımaktadır. Seçilecek cerrahi yöntem daha çok lezyonun boyutu ile ilgili olsa da, genel olarak eksizyon sonrası primer onarım, evreli eksizyon, cilt greftleri ile onarım, lokal veya serbest flepler ya da doku ekspansiyonu ile skalp rekonstrüksiyonu seçeneklerinden uygun olan yöntem tercih edilmektedir. Bu çalışma ile, nadir görülen dev boyutlu cutis verticis gyrata'lı olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Kliniğimize kafasında yer alan dev boyutlu lezyonun neden olduğu estetik sorunlar nedeniyle başvuran 18 yaşındaki erkek hastanın ilk muayenesi tarafımızca yapıldı. Saçlı derinin neredeyse %80'lik kısmını kaplayan, asimetrik formda kıvrım ve yarıklar oluşturmuş, yaklaşık olarak 29*30 cm süngersi yapıda lezyon cutis verticis gyrata olarak adlandırılan tablo ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan ilk muayenesinde herhangi bir sistemik hastalığa ait semptom bulunmamış olup hastanın medikal özgeçmişi ve aile öyküsünde de özellik saptanmadı. Hastalığın etiyolojisinin ortaya konulması amacıyla nöroloji, göz hastalıkları ve psikiyatri konsültasyonları istendi. Hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığı olmaması, lezyonun bebeklik döneminden beri mevcut olması, yapılan endokrinolojik testlerin ve kranyal görüntülemelerin herhangi bir patolojiyi işaret etmemesi üzerine lezyon sekonder cutis verticis gyrata olarak değerlendirildi. Sekonder cutis verticis gyrata tablosunun en sık sebeplerinden olan tümöral lezyonların sebep olduğu kötü estetik görünümün ötesinde, lezyonun olası malignleşme potansiyeli göz önünde bulundurularak operasyon kararı alındı. Lezyonun skalp üzerinde yer alan saçlı derinin neredeyse %80 lik alanını kaplıyor oluşu nedeniyle, eksizyon sonrası oluşacak devasa defektin serbest latissimus dorsi musküloküten flep ve ardından kısmi kalınlıklı deri greftleri ile onarımı planlanarak hasta opere edildi. Postoperatif dönemde 8 gün tarafımızca takip edilen hastanın taburculuğu planlandı. Operasyon sırasında alınan eksizyonel biyopsi sonucunda lezyona, operasyon öncesi yapılan değerlendirmelerle uyumlu olarak "serebriform intradermal nevüs" tanısı konuldu. Hastanın rutin aralıklarla tarafımızca takibi devam etmektedir.

Tartışma: Sekonder cutis verticis gyrata'nın en sık sebeplerinden olan serebriform intradermal nevüsün cerrahi eksizyonu, estetik kaygıların ötesinde, lezyonun malign melanom gibi malignitelere sebep olma riski nedeniyle büyük önem taşır. Malign transformasyon riski yapılan son çalışmalarda %4-5 olarak gösterilse de, genel kanı lezyonun malignleşme potansiyelinin %10 olduğu yönündedir. Bu nedenle genç yaştaki hastamızın kafasında yer alan dev lezyonun tedavisinde önceliğimiz, malignleşme potansiyeli mevcut lezyonun bir an önce eksize edilmesi ve operasyon sonrası dönemde en tatminkar estetik sonucu sağlayacak şekilde skalp rekonstrüksiyonunun planlanması olmuştur. Cilt greftleri ve lokal flepler, skalp defektlerinin onarımında geleneksel olarak en sık tercih edilen cerrahi metotlar olmakla beraber vakamızda da olduğu gibi büyük boyutlu defektlerin kapatılmasında yetersiz kalmaktadırlar. Literatürde, geniş skalp defektleri için en sık kullanılan yöntemlerden birisi, evreli doku genişletme sonrası rekonstrüksiyondur. Skalpte yer alan defektlerin rekonstrüksiyonunda, en uygun donör alan saçlı derinin kendisi olmakta ve ekspander kullanımı ile sağlıklı saçlı deri alanları maksimum etkinlik ile kullanılabilmesi sağlanmaktadır. Vakamızda, saçlı derinin neredeyse %80'ini kaplamış lezyonun eksizyonu sonrası kalan sağlıklı cildin doku genişletme yöntemleri için yetersiz kalacak olması nedeniyle, skalp defektleri için mükemmel rekonstrüktif ve estetik sonuçlar ortaya koyan ve defektin kapatılması için gerekli operasyon sayısını minimale indiren serbest doku nakli seçeneği tercih edilmiştir. Skalp rekonstrüksiyonu için tanımlanmış birçok serbest flep seçeneği olsa da; yeterli pedikül uzunluğu, güvenilir iyi vaskülarize doku içeriği ve geniş yüzeyi nedeniyle latissimus dorsi musküloküten flebi tercih edilmiştir. Anastomoz için superfisyal temporal damarların kullanımı sayesinde uzun pedikül ihtiyacı ve ven grefti kullanımı ortadan kalkmış olup flebin farklı pozisyonlarda tasarlanmasına da olanak sağlanmıştır. Musküloküten flebin üzeri için planlanan kısmi kalınlıklı deri greftleri ile defekt alanına cilt sağlanmış ve operasyon

sonrası dönemde saç transplantasyonu için de uygun zemin hazırlanmıştır.

Sonuç: Serebriform İntradermal Nevüs, Cutis Verticis Gyrata tablosunun en sık sebeplerinden biri olup sebep olduğu estetik ve psikolojik sorunların ötesinde mevcut malign transformasyon riski nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Olgumuzda mevcut lezyon için yapılan gerekli tetkik ve değerlendirmelerin ardından operasyon planlanmış ve lezyonun en kısa sürede eksize edilmesi amaçlanmıştır. Skalpte yer alan geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda, yeterli saçlı deri bulunmaması durumunda serbest doku flepleri en uygun rekonstrüktif ve estetik sonuçları sağlamaktadır. Yeterli pedikül uzunluğu, güvenilir vaskülarize doku miktarı ve geniş yüzey alanı nedeniyle latissimus dorsi serbest flebi; büyük boyutlu skalp defektlerinin rekonstrüksiyonunda en güvenilir serbest doku nakli seçeneklerinden birisi olmaktadır.

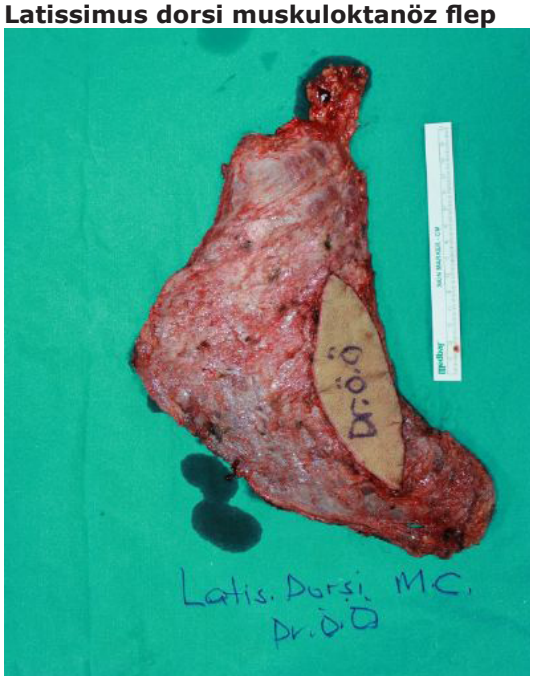
Operasyon sonrası 2. ay



Cutis verticis gyrata tanılı olguda operasyon öncesi döneme ait fotoğraf



Latissimus dorsi muskuloktanöz flep



P-110
Multiple Kütanöz Piloleiomyomata; Nadir Görülen Bir Olgu

Ersin Akşam[1], Berrak Akşam[2], Gökhan Harova[3], Ruhsar Harova[4]
[1]Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa
[2]Turgutlu Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa
[3]Akhisar Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Manisa
[4]Akhisar Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Manisa

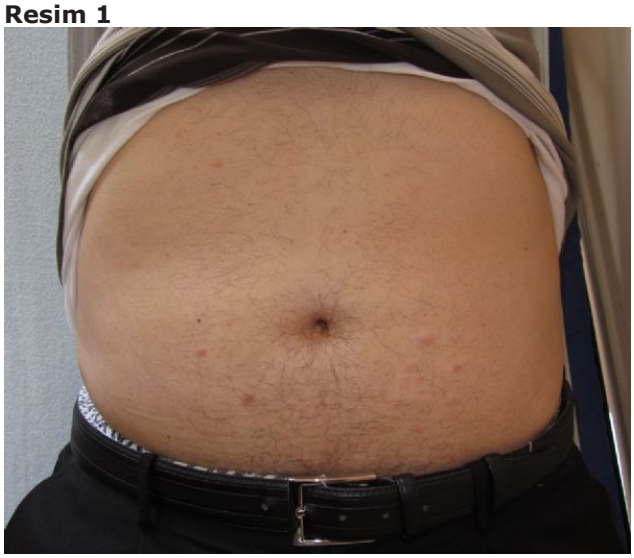
Amaç: Kütanöz piloleiomyomlar nadir görülen erektör pili kaslarından kaynaklanan benign deri eki tümörleridir (1). Ağrılı olabilen, soliter veya multiple olarak görülebilen bu kitlelerin tanısında biyopsi önceliklidir.

Vaka: 51 yaşındaki erkek hasta polikliniğe karın bölgesinde çok sayıda ağrılı kitle şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Hastanın en büyük kitlesinden alınan eksizyonel biyopsi sonucu piloleiomyom olarak rapor edildi. Herhangi bir ek hastalığı olmayan hastanın karın bölgesindeki en büyük kitle eksize edildikten sonra şikayetleri geriledi. Geri kalan lezyonları için steroid enjeksiyonu önerilen hasta, şikayetlerinin gerilemesi nedeniyle tedaviyi kabul etmedi.

Sonuçlar: Kütanöz piloleiomyomlar nadir görülen lezyonlardır. Ayırıcı tanıda ciltteki kaşıntılı ve ağrılı lezyonlar düşünülmelidir. Piloleiomyom, kendiliğinden gerileyen bir lezyon olmaması nedeniyle ürtikerlerden ayrılır. Kesin bir tedavisi yoktur, tedavisinde lokal steroid enjeksiyonları denenmektedir (2). Sunulan vakada eksizyon sonrası şikayetleri gerileyen hastaya steroid enjeksiyonu yapılmamıştır.

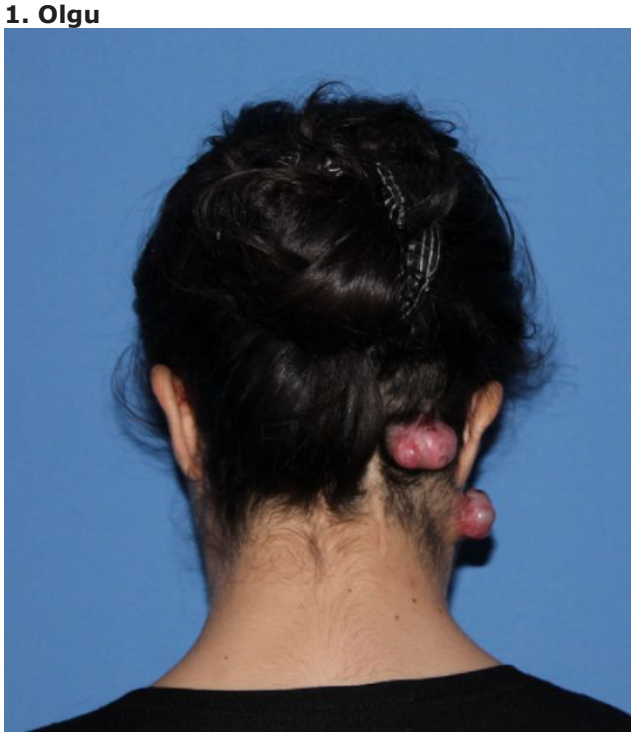
Referanslar
1: Smith G, Heidary N, Patel R, Rosenman K, Meehan SA, Kamino H, Sanchez M. Cutaneous piloleiomyomata. Dermatol Online J. 2009 Aug 15;15(8):10. PubMed PMID: 19891918.
2: Liu C, Tang ZH, Bei H, Zeng HY. Treatment of a patient with multiple cutaneous piloleiomyoma-related pain with a local injection of triamcinolone acetonide. Dermatology. 2013;227(1):52-4. doi: 10.1159/000351709. Epub 2013 Jul 16. PubMed PMID: 23867832.

Resim 1



Hastanın başvuru anındaki görüntüsü

1. Olgu



Oksipital bölge yerleşimli 2 adet eksofitik lezyon

2. Olgu



Oksipital bölgede yerleşimli 20X30 mm çaplı ülsere lezyon

P-111
Medulloblastoma sonrasında skalpte görülen 2 farklı tümör olgusu

İdris Ersin[1], Funda Aköz Saydam[1], Betül Taş[2], Salih Onur Basat[1], Mehmet Bozkurt[1]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu olgu sunumunda kliniğimize başvuran medulloblastoma öyküsü sonrası geç dönemde insizyon sahasında neoplazi saptanan 2 olgu tartışılacaktır.

Olgu:
1. Olgu: 16 yaşında kadın hasta saçlı deride yaklaşık 3 aydan beri var olan, çok sayıda kitle şikayeti ile başvurmuştur. İlk olarak 2000 yılında Grade 4 desmoplastik medulloblastoma nedeniyle opere olan hastada scalpte oksipital bölgede, eski insziyon hattının çevresinde çok sayıda papillomatöz ve nodüler lezyonlar saptandı.Yapılan insizyonel biyopsi sonucunda ön tanıda medulloblastoma düşünülmekle birlikte, eksizyonel biyopsi sonucunda nodüler bazal hücreli karsinom saptanmıştır.
2. Olgu: 32 yaşında kadın hasta, 1 aydır var olan oksipital saçlı deride açık yara şikayeti ile başvurmuştur.2001 yılında medulloblastoma nedeniyle opere olan hastada skalpte eski insizyon sahasında eritematöz zeminde ülseratif lezyonlar saptanması üzerine yapılan insizyonel biyopsi sonucu medülloblastom infiltrasyonu ile uyumlu bulunmuştur. Lezyonun total eksizyonu ve nihai patoloji incelemesi sonucunda rekürren medulloblastom metastazı tanısı konmuştur.

Sonuç: Daha önce medulloblastom nedeniyle opere edilen bu iki hastada skalp insizyon sahasında geç dönemde karşılaşılabilen deri lezyonlarının önceki intrakraniyal tümörlerin nüksü olabileceği gibi, insziyon skarları zemininde gelişebilecek primer deri tümörleri olabileceği akılda tutulmalıdır.

P-112
Erken Yaşta Akral Malign Melanom; Olgu Sunumu

Uğur Horoz[1], Hülda Rıfat Özakpınar[1], Emre İnözü[1], Ergin Seven[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara - Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Kutanöz malign melanom cilt kanserleri içinde en ölümcül olanıdır. Sıklıkla palmoplantar bölgede ortaya çıkan, kendine özgü epidemiyolojik özellikleri olan akral malign melanom çoğunlukla 6.- 7. dekadda olmak üzere ileri yaşta görülen ve insidansı gençlerde de olmak üzere son yıllarda artış gösteren bir melanom alt türüdür. Akral malign melanom tüm melanomlar içinde %2- %3 oranla en nadir görülenidir. Breslow kalınlığı kutanöz malign melanomda sürekli değişken ve en önemli prognostik faktördür. Yüksek oranda alt ekstremitede görülmekte birlikte nadiren üst ekstremitede de görülebilmektedir. İlk defa 1970›de sunulmuş olmasına rağmen 1986 da ayrı bir histolojik alt tip olarak tanımlanmıştır. Akral lentigöz melanomun daha kötü bir prognoza sahip olmasında genellikle geç tanı almasının rolü önemli bir yer almaktadır. Güvenli cerrahi sınırla lezyonun total çıkarılması primer hastalıkta önerilen tedavi şeklidir. Metastatik hastalıkta ya da nüks varlığında cerrahi ile beraber radyoterapi ve kemoterapi uygulanabilir. Bu olgumuzda kliniğimize başvuran 17 yaşında erkek hastada sol el 2.parmak distalinde tırnak yatağı seviyesinde yaklaşık 2 yıl önce farkedilen ve önemsenmeyen lezyonun biyopsisi akral malign melanom olarak raporlandı. Yapılan uygun preoperatif hazırlıklar sonrası tümör güvenli cerrahi sınırla total olarak çıkarıldı. Tümör Clark ve Breslow evre 2 olarak belirlendi. Mevcut olguda erken yaşta ve nadir lokalizasyonda görülen akral malign melanom olgusu dikkat edilmesi gereken özellikleriyle sunulmaktadır.

P-113
Diyabetik Hastalarda Parmak Amputasyon Materyalerinin Patolojik Retrospektif Analizi

Soner Tezcan[1], Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

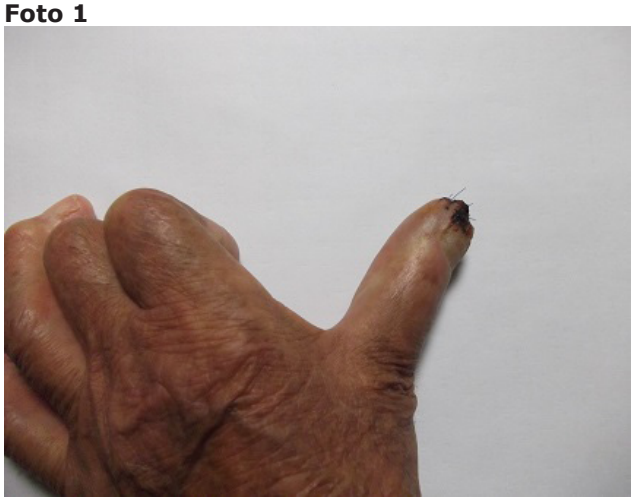
Giriş: Diyabetik hastalarda özellikle ekstremitelerde görülen dolaşım bozukluğu nedeniyle yara iyileşmesinde problemler ortaya çıkmakta ve bu durum amputasyonlarla sonlanabilmektedir. Yara iyileşmesinde görülen problemler klinik olarak karşımıza kuru nekroz, ülsere veya enfekte doku defektleri gibi geniş bir perspektifte çıkabilmektedir. Özellikle nekroz görülen ve uzun süreli yaralarda, osteomyelitin eşlik etmesi söz konusu olduğunda amputasyonlar kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu sunumumuzda diyabetik hastalarda parmak amputasyonu materyallerinde patolojik olarak rastlantısal cilt tümörü tanısı alan 3 hastamızı sunarak, gözden kaçırılmasının malpraktisle sonuçlanabileceği bir noktaya dikkat çekmeyi amaçladık.

Hastalar Ve Metod: 2011 Ocak - 2016 Mayıs tarihleri arasında diyabetik yara nedeniyleKeçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği›nce parmak amputasyonu yapılan toplam 140 hasta patoloji sonuçları üzerinden retrospektif olarak tarandı. Yapılan tarama sonucunda 2 hastanın yüzeyel yayılan malign melanom, 1 hastanın ise orta derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom tanısı aldığı görüldü. Patolojik olarak bütün materyallerde osteomyelit eşlik etmekteydi. Ampute edilmiş parmaklar sırasıyla sol ayak 1. parmak, sol el 1. parmak distal falanks ve sağ ayak 2. parmak olarak görüldü. Yaş ortalaması 71,6 olan hastaların hepsi erkek cinsiyetteydi. Hastaların patoloji sonuçlarıyla değerlendirilerek onkoloji bölümüne yönlendirilmesi sonucunda tam kür sağlanarak onkolojik takipleri devam etmektedir

Tartışma: Diyabetes mellitus, dolaşım bozukluğu ve hücresel immünitede yol açtığı problemler nedeniyle tedavisi zor yaralarla karşımıza gelebilen sistemik endokrinolojik bir hastalıktır. Cerrahi olarak yara bakımı, yara debridmanları ve gereğinde amputasyonlar ile kompleks hale gelmiş olan bu yaraların tedavisi mümkün olabilmektedir. Özellikle uzun süreli cilt defektlerinde malign transformasyonlar görülebilmekle birlikte, literatürde bildirilen vakaların büyük kısmı skuamöz hücreli karsinomun değişik derecelerde diferansiye alttipleridir. Bizim çalışmamızda görülen 3 malignitenin %66 sında malign melanom görülmüş olması dikkat çekicidir.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda özellikle diyabetik hastalarda sıkça rastlanılan nekrotik defektler için dikkatli bir fizik muayene ve patolojik incelemenin önemi ortaya konulmaktadır. Hastaların patoloji sonuçlarının takip edilmesi ve beklenilenin dışında karşımıza çıkabilecek malign sonuçlar için onkoloji konsultasyonu istemesinin hukuki açıdan da önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Foto 1



olgu 1: Skuamoz Hücreli KArsinom

Foto 2



Olgu 2: Malign Melanom

tutmakla birlikte lokal invazyona bağlı çevre dokularda da görülebilmektedir. Gerek hastada hareket kısıtlılığına neden olması gerekse süregelen enfeksiyonların neden olduğu akıntı ve kötü koku nedeniyle hastaların erken dönemde tanı alma olasılığı yüksektir. Bu durum ise malignensi gelişme ihtimalini son derece düşürmektedir. Sunmuş olduğumuz vakada hastanın sağlık kurumuna başvurmamış ve geç tanı almış olması nedeniyle lokal invazyon, anemi ve tümöral kitle gelişimi görülmüştür. Literatürde hidradenit nedeniyle gelişen malignensiler arasında SCC, hepatosellüler karsinom ve akciğer karsinomlarına yer verilmektedir. Hidradenite sekonder gelişen malignensiler için ortalama gelişim süreci 25 yıl olarak bildirilmekle birlikte minimum süre 10 yıl olarak dikkati çekmektedir. Bugüne kadar bildirilmiş olan SCC vakaları genellikle agresif yüksek gradeli alt tipler olmasına karşın bizim vakamızda düşük grade SCC ye rastlanmış olması cerrahiye ek olarak bir tedavi uygulanmasını gerektirmemiştir.

Sonuç: Hidradenitis suppurativa nedeniyle oluşabilecek potansiyel komplikasyonların bilinmesi tedavisi oldukça zor olan bu patolojinin, tedavisinin kolaylaşabilmesi ve en iyi şekilde sonuçlanabilmesi açısından önem arzetmektedir.

P-114
Sakral Hidradenite Bağlı Skuamöz Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Hidradenitis suppurativa, özellikle vücudun kıvrım yerlerini (aksilla, intertijinöz bölgeler, inguinal bölge vb.) etkileyen apokrin ter bezlerine ait kronik iltihabi bir hastalıktır. Kadınlar erkeklere oranla 2 kat daha sık etkilenir ve sigara içenlerde daha sık görülmektedir. Uzun süreli tedavi edilmeyen vakalarda malign komplikasyonlar görülebilse de sakral bölgede hidradenit sonrası skuamöz hücreli karsinom bildirimi literatürde çok nadirdir.

Olgu Sunumu: 65 yaşında erkek hasta, 12 senedir sakral bölgesinde varolan ve tedavilerden fayda görmediğini söylediği akıntılı yaralar şikayetiyle poliikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde anal bölgeden başlayan intergluteal sulkus ve sakral alana uzanan, yaklaşık 30 cm çapında, yumuşak dokuda yayılarak cilde fistülize olmuş akıntılı cilt altı doku mevcuttu(Hurley Satage 3). Hastanın laboratuar tetkiklerinde HGB:7,2 WBC:20000, ateş 38,7 C idi. Ek sistemik hastalığı bulunmayan hastaya kan transfüzyonu ve profilaktik antibiyoterapi başlanarak insizyonel biyopsi ve abse boşaltılması uygulandı. Patolojik inceleme sonucunda düşük gradeli skuamöz hücreli karsinom tanısı konması üzerine total eksizyon ve geniş cerrahi debridman uygulandı. Günlük 2x1 yara bakımı uygulanmaya devam edilirken cerrahi sınırların negatif olduğunun öğrenilmesi üzerinekısmi kalınlıkta deri grefti uygulanarak defekt onarıldı. Hastanın posotperatif takiplerinde hidradenit veya malignensi nüksü görülmedi.

Tartışma: Hidradenitis suppurativa, vücutta kıl köklerinin bulunduğu herhangi bir anatomik bölgeyi tutabilen kronik bir iltihabi hastalıktır. Potansiyel komplikasyonları arasında kontraktür,lokal veya sistemik enfeksiyon, anal veya rektal fistül, anemi, hipoproteinemi ve çeşitli malignensiler gösterilebilir. Sıklıkla vücudun fleksör kıvrım alanlarını

Foto 1



Preoperatif Görünüm

Foto 2



Postoperatif Görünüm

P-115
Yüzde atipik yerleşimli lenfoma

Mehmet Dadacı, Serhat Yarar, Bilsev İnce, Tuğba Sodalı, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Lenfomalar tüm baş-boyun kanserlerinin %5'ini oluşturmaktadır. Diffüz large B-cell lenfoma (DLBCL), B hücreli lenfomaların en sık tipidir ve vakaların %40 kadarından sorumludur. DLBCL, prognoz tayini ve tedavi stratejisi kararını vermede zorluğa neden olacak şekilde klinik ve moleküler seviyede çok heterojendir. Diffüz large B-cell lenfomaların yaklaşık %30-40'ı primer olarak ekstranodal bölgelerden kaynaklanır. Lenfomada cildin infiltrasyonu, primer kutanöz bir lenfomanın ilk bulgusu olarak veya primer ekstrakutanöz lenfomanın cilt tutulumu olarak (sekonder kutanöz lenfoma) ortaya çıkabilir. Lenfomada primer ve sekonder cilt tutulumlarının ayrımının prognostik önemi vardır. Kutanöz lenfomalar infiltre olan hücrelere göre B cell ya da T cell olarak adlandırılır. Kutanöz B-cell lenfomalarda da cilt tutulumu primer kutanöz tümörler veya sistemik lenfomalara sekonder olarak oluşur. Primer kutanöz B-hücreli lenfomalar (CBCL), tüm kutanöz lenfomaların yaklaşık %20-25'ini oluşturur. Lezyonlar sıklıkla, yaşlı hastalarda alt ekstremiteler, skalp ve gövdeyi tutan nodüller ve plaklar şeklindedir. Histolojik olarak tümörler, cilt ve cilt-altı yağ dokusunda diffüz infiltrasyon gösterir. 5 yıllık %95 yaşam oranı ile iyi bir prognoza sahiptirler. Klinik öykü mutlaka lezyonların semptomatoloji ve süresi, klinik progresyonun doğası ve gidişatı, geçmişteki tedavi, yabancı ajanlara lokal ya da sistemik maruziyet (ilaçlar dahil) diğer lenfoproliferatif hastalıkların lenfoma B semptomları olarak adlandırılan semptomları gözden geçirmeyi içermelidir.Genel fizik muayenenin dalak, karaciğer, periferik lenf nodlarının durumu, cilt lezyonlarının dağılımı ve tipine özel dikkat gösterilerek yapılması önemlidir. Tam kan sayımı, genel biyokimya paneli ve göğüs radyogramı ekstrakutanöz tutulumu dışlamada yardımcı olacak tarama testleridir. Lezyonel cilt biyopsisi tanısal değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Tedavide baş-boyunda yerleşen, lokalize, düşük grade, erken evre ekstranodal NHL'da (evre 1,2) primer radyoterapiyi önermektedirler. Lokalize orta grade lenfomalar ise kombinasyon kemoterapi ile tedavi edilmelidir. Orta grade NHL'da kemoterapiye, radyoterapi eklenmesi konusu tartışmalıdır. İleri grade NHL'da ise tedavi seçimi agresif kemoterapidir. Lokalize hastalıkta, ya tutulan alana radyoterapi uygulanabilir ya da hasta gözlenebilir. Bu olgu sunumunda yüzde yerleşim gösteren DLBCL vakası sunarak ayırıcı tanısını tartıştık.

Olgu Sunumu: 74 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır sağ malar bölgede ciltten kabarık noduler pigmente lezyon nedeniyle tarafımıza başvurdu. Öncelikle nodüler BCC, M. Melanom ön tanılarıyla yeterli cerrahi marj konularak lezyon total olarak eksize edildi. Nazolabial bölgeden planlanan flep ile defekt alan kapatıldı. Patoloji raporunda diffüz large B hücreli lenfoması tanısı konan hasta takip ve tedavi amacıyla onkoloji kliniğine yönlendirildi. Beyin, yüz boyun MR'da, toraks ve tüm abdomen BT de patolojik lenf nodu saptanmadı. Hasta hematoloji kliniği tarafından takip ve tedavi edilmektedir.

Tartışma: Diffüz large B-cell lenfoma (DLBCL), B hücreli lenfomaların en sık görülen tipidir ve Diffüz large B-cell lenfoma yeni tanı alan NHL'ların % 30'unu teşkil etmektedir. Baş ve boyunda DLBCL vakaları, genellikle sistemik lenfomanın kutanöz bir belirtisidir. Bizim olgulumuzda tüm vücut taramasında sistemik lenfoma yönünde bulgu ya rastlanmadı. Yüzde ortaya çıkan cilt tümörleri ile ayırıcı tanıda lenfomayı düşünerek gecikilmeden biyopsi yapılması önemlidir.

resim 1



resim 2



resim 3



lezyon kutanöz horn olarak değerlendirilmiş, histopatolojik inceleme sonrasında tanı netleştirilmiştir. Bu lezyonların tanısı biyopsi ile konur. Tedavilerinde lezyonun cerrahi olarak eksizyonu yapılır. Bu vakada lezyonun tanı ve tedavisi için eksizyonel biyopsi yapıldı. Uygulanan cerrahi yöntem bu lezyonlar için kolay, pratik ve kesin tedavi şeklidir. Sonuç olarak diğer bölgelere nazaran PG'lar nadiren üst dudakta görülürler. Bu lezyonların tanı ve tedavileri için eksizyonel biyopsi yeterli olduğu değerlendirilmektedir.

Kaynaklar:
1. Gonçales ES, Damante JH, Fischer Rubira CM, Taveira LA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location. J Appl Oral Sci. 2010 Sep-Oct;18(5):538-41.
2. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci. 2006 Dec;48(4):167-75. Review.
3. Ramirez K, Bruce G, Carpenter W. Pyogenic granuloma: case report in a 9-year-old girl. Gen Dent. 2002 May-Jun;50(3):280-1.

P-116
Üst Dudak Yerleşimli Piyojenik Granülom: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Ercan Çalışkan[2], Nuri Yiğit[3], Fırat Özer[1], Abdül Kerim Yapıcı[1]
[1]GATA Plastik-Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Deri ve Hastalıklar AD
[3]GATA Patoloji AD

Giriş: Piyojenik granülomlar (PG), iyi huylu mukokutanöz neoplazilerdir. Genellikle travma ve kronik irritasyona bağlı olarak görülmektedir. Sıklıkla travmaya en sık maruz kalan yerler olan ekstremilerde görülmektedir. Ağız bölgesinde ise PG'lar en sık gingivada görülmektedir. Dudaklar, damak ve dil ise PG'ların nadir görüldüğü yerlerdir. Ayırıcı tanılarında dev hücreli granülom, fibrom, ossifiye hemanjiom, gingival hiperplazi, anjiyosarkom ve kutanöz horn yer almaktadır. Bu çalışmada, üst dudakta yerleşim gösteren piyojenik granülom olgusunun klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı sunulmuştur.

Vaka sunumu : Altmış bir yaşında bayan hasta üst dudakta iyileşmeyen yara nedeniyle başvurdu. Anamnezde hastanın tiroid papiller kanser nedeniyle radyoterapi tedavisi aldığı görüldü. Hastada sistemik hastalık saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde üst dudakta yerleşim gösteren 1 cm çapında üzeri krutlu yer yer hiperemik cilt lezyonu saptandı (Resim1). Lezyonun dermatolojik değerlendirmesinde dermaskopik veriler lezyonun kutanöz horn olması yönündeydi. Lokal aneztezi altında eksize edilen lezyon rutin histopatolojik incelmeye gönderildi. Histopatolojik inceleme sonucunda piyojenik granülom olarak rapor edildi. Hastanın 12 aylık takibinde nüks saptanmadı (Resim2).

Tartışma: Piyojenik granülomlar minor travma ve kronik irritasyonlara yanıt olarak gelişen iyi huylu mukokutanöz lezyonlardır. Diğer bölgelere nazaran PG'lar ağız bölgesinde nadiren karşımıza çıkar. Ağız bölgesinde sıklıkla gingivada görülürler. Üst dudakta yerleşimi nadiren görülmektedir. Üst dudakta yerleşim göstermesinde en sık bu bölgede meydana gelen ülserasyonlar suçlanmıştır. PG'ların diğer farklı bir yanları ise klinik olarak başka lezyonlarla ile karışabilmesidir. Ayırıcı tanısında fibrom, anjiom, kalsifiye hemanjiyom, ülsere lezyonlar ve nadir olarak kutanöz horn yer almaktadır. Olgumuzda öncelikli olarak hastada klinik olarak mevcut olan

Resim1



Üst dudak yerleşimli piyojenik granülom izlenmektedir.

Resim2



Olgunun erken postoperatif evrede görünümü izlenmektedir.

P-117
Cerrahi Olarak Kontrol Edilemeyen, Lokal İlerlemiş Bazal Hücreli Kanser Olgularında Bir Alternatif: Vismodegib

Muzaffer Durmuş[1], Ercan Çalışkan[2], Nuri Yiğit[3], Abdül Kerim Yapıcı[1], Muhitdin Eski[1]
[1]GATA Plastik-Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Deri ve Hastalıklar AD
[3]GATA Patoloji AD

Amaç: Deri kanserleri tüm dünyada en sık görülen kanserlerden birisidir. Olguların çoğu melanoma dışı kanserler olup nonmelanoma kanserlerin de %80'nini Bazal Hücreli Kanser (BHK)'ler oluşturmaktadır. Bu tür kanserlerde stage, ailevi kanser hikayesi ve hastalığın yaygınlığı en önemli prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. BHK'ler nadiren metastaz yapmaktadır ancak lokal nüks ve destrüktif etkileri nedeniyle özellikle geriatrik hasta grubunda önemli sorunlar oluşturmaktadır. Vismodegib hedgehog yolağını inhibe eden ve 2012 yılında FDA tarafından metastatik ve lokal ilerlemiş BHK olgularında kullanılması onaylanan bir ilaçtır. Cerrahi ya da başka yöntemlerle kontrol edilemeyen olgularda bir seçenek olarak görülmektedir. Bu çalışmada cerrahi ile kontrol altına alınamayan lokal olarak ilerleyen BHK olgusunun klinik özellikleri ve hastalığın seyri literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Olgu Sunumu: Yetmiş bir yaşında diabetik bayan hasta sol maksilla ön yüzünde yaklaşık 1 yıldır mevcut olan cilt lezyonu nedeniyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde BHK ile uyumlu bulgular saptandı. Eksizyonel biyopsi ile lezyonun alınmasına karar verildi. Alınan örnek histopatolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik incelemede morfeaform BHK olarak rapor edildi. Yeterli cerrahi eksizyona rağmen (5 mm) lezyonun yan cerrahi sınırda devamlılık göstermesi nedeniyle 3 hafta sonra 10 mm sınır ile reeksizyon+greftleme uygulandı. Alınan yeni örneklerin kesitlerinde cerrahi sınırda devamlılığın kaybolmadığı görüldü. Eksizyon sınırı genişletilip reeksizyon+greftleme işlemi uygulandı. Hastanın takip periyodunda 4 haftada lezyon ortasında ve inferior kısmında dermoskopik olarak nüks bulgularının olması (Resim1) nedeniyle Dermatoloji ve Tıbbi Onkoloji konsültasyonu yenilendi. Klinikler arası konsültasyon sonrası hastaya Vismodegib başlandı. Tedavinin 4 haftasında nükseden her iki nüks lezyonların çapında anlamlı bir azalma gözlendi. Takip periyodunda 6 haftada gözle görülebilir bir kür sağlandı (Resim2). Hastanın olası yan etkileri iyi şekilde tolere ettiği gözlendi.

Tartışma ve Sonuç: BHK'ler sıklıkla baş-boyunda yerleşim gösterirler. En önemli risk faktörleri kronik ultraviyole ışınlarına maruziyet, sarı fenotip, kadın cinsiyet, nonmelanoma deri kanser hikayesi, kronik immün supresyondur. Topikal 5-Florourasil (5-FU) düşük riskli BHK olgularında kullanılmaktadır. Ancak bu tür olgularda cerrahi yeterli kür sağlamaktadır. Cerrahi olarak tam kür sağlanamayan olgularda adjuvan olarak radyoterapi uygulanabileceğine dair literatür bilgileri vardır. Ancak yan etkilerinden ötürü uygulanması ile çekinceler mevcuttur. Cerrahi uygulanamayan hastalarda sistemik 5-FU ve sisplatin uygulanabileceği bazı çalışmalarda rapor edilmiştir. Vismodegib FDA tarafından onaylandıktan sonra klinik olarak kullanım alanı bulmuştur. Özellikle lokal ilerlemiş ya da metastatik BHK olgularında bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda cerrahi olarak kontrol edemediğimiz bir BHK olgusunda 6 hafta sonunda gözle görülebilir bir küçülme sağlanabilmiştir. Sonuç olarak cerrahi olarak kontrol edilemeyen lokal ilerleme gösteren BHK olgularında Vismodegib alternatif bir tedavi olarak kullanılabilir. Benzer olgularda bir seçenek olarak değerlendirilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:
1. Cirrone F, Harris CS. Vismodegib and the hedgehog pathway: a new treatment for basal cell carcinoma. Clin Ther. 2012 Oct;34(10):2039-50.
2. Proctor AE, Thompson LA, O›Bryant CL. Vismodegib: an inhibitor of the Hedgehog signaling pathway in the treatment of basal cell carcinoma. Ann Pharmacother.2014 Jan;48(1):99-106
3. Lyseng-Williamson KA, Keating GM. Vismodegib: a guide to its use in locally advanced or metastatic basal cell carcinoma. Am J Clin Dermatol. 2013 Feb;14(1):61-4.
4. Nix NM, Burdine O, Walker M. Vismodegib: First-in-Class Hedgehog Pathway Inhibitor for Metastatic or Locally Advanced Basal Cell Carcinoma. J Adv Pract Oncol. 2014 Jul-Aug;5(4):294-6. Review.

Resim1



Cerrahi sonrası greft ortası ve inferiorunda nüks gelişen Bazal Hücreli Kanser Olgusu

Resim2



Lezyonun Vismodegib uygulaması sonrası 6.hafta görünümü izlenmektedir.

P-118
Skuamöz Hücreli Kanser Nedeniyle Kulak Otoamputasyonu: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Yalçın Bayram[1], Nuri Yiğit[2], Fırat Özer[1], Serdar Öztürk[1]
[1]*GATA Plastik-Rekosntrüktif ve Estetik Cerrahi AD*
[2]*GATA Patoloji AD*

Amaç: Vücut organ veya uzuvların oto amputasyonu nadir görülen durumlardır. Günümüzde dil, over, dalak, parmak, ayak parmağı, ekstremite, appendiks ve penis gibi vücut yapılarının otoamputasyonları ile ilgili literatürde çalışmalar mevcuttur. Bu organ ve bölümlerde meydana gelen otoamputasyonda çok farklı mekanizmalar neden olarak gösterilmiştir. Otoamputasyonların sebepleri arasında vasküler yetmezlikler, organların torsiyonu, idiyopatik konstriktif halka sendromu gibi sebeplerin yanında sklereoderma, orak hücreli anemi, travmalar ve cerrahi müdahaleler yer almaktadır. Bu çalışmada kulağında skuamöz hücreli karsinom (SCC) gelişen hastanın cerrahi tedaviyi kabul etmemesinde sonra maligniteye bağlı otoamputasyon gelişimi sunulmuştur.

Olgu sunumu: 68 yaşında erkek hasta sağ kulağında iyileşmeyen yara nedeniyle bir yıl önce polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde cerrahi işlem önerildi. Öneriyi kabul etmeyen hasta takibe alındı. Daha sonra başvuran hastanın yapılan muayenesinde sağ kulağın totale yakın olacak şekilde otoampute olduğu tespit edildi Resim1). Hastanın anamnezinde 6 yıl önce yine aynı kulağında mevcut yara nedeniyle cerrahi eksizyon uygulandığı ancak patoloji raporunun detaylarını bilmediği anlaşıldı. Lokal anestezi altında kozmetik amaçlı alınan doku örneği patolojik incelemeye gönderildi (Resim2,3). Patolojik incelemede az diferansiye skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Cerrahi sınırlarda lezyonun devam ettiği görüldü. Hasta daha ileri cerrahi işlemi kabul etmediğinden takibine devam edildi.

Tartışma ve Sonuç: Otoamputasyon vücut bir parçasının farklı nedenlere bağlı olarak canlılığını yitirmesidir. Günümüzde kulak, dalak, ekstremite, el ve ayak parmakları, over, appendiks ve penis gibi organ ve uzuvların oto amputasyonları literatürde rapor edilmiştir. Bu vakalarda oto amputasyon sebepleri arasında organlardaki vasküler yetmezlik, konjenital malformasyonlar ve orak hücreli anemi, skleroderma gibi sistemik hastalıklar gibi birçok farklı olay ve mekanizmalar öne sürülmüştür. Diğer organ ve uzuv otoamputasyonlarında farklı olarak Patel ve ark.ları ilk defa 2001 yılında SCC'a bağlı olarak dilin otoamputasyonunu sunmuşlar ve olası malignite nekrozu tanımlamasını yapmışlardır. Bu olgumuzda ise ilk defa kulakta gelişen SCC'ye bağlı olarak otoamputasyon vakası sunuldu. Patel ve ark. sundukları vaka ve bizim vakamız ele alındığında ortak nokta iki hastada da SCC tanısı konmuş olmasıdır. Bununla beraber iki vakayı birbirinden ayıran durum ise bizim vakamızda hastanın tanısının konmasına rağmen tedaviyi reddetmesidir. Sonuç olarak vücut uzuv ve organlarında gelişen tümörlerde tanı konar konmaz uygun tedaviye başlanmalıdır. Tümörler, ihmal edilen vakalarda ise organ ve uzuvların otoamputasyonları karşımıza çıkabilecek bir sonuçtur.

Kaynaklar:

1. Pantanowitz L. Autoamputation of the tongue. Postgrad Med J. 2001 Nov;77(913):743.
2. Patel AK, Chaturvedi P, Panday RK, Sanyal B. Autoamputation of the tongue. Postgrad Med J. 2001 May;77(907):335.
3. Reidy ME, Steen V, Nicholas JJ. Lower extremity amputation in scleroderma.Arch Phys Med Rehabil. 1992 Sep;73(9):811-3. Review.

Resim1



Olgunun başvuru anındaki görünümü izlenmektedir.

Resim2



Sağ kulakta tümöre bağlı totale yakın amputasyon olduğu görülmektedir.

Resim3



Olgunun işlemden hemen sonraki görünümü izlenmektedir.

P-119
Deri Tutulumu ile Kendini Gösteren Langerhans Hücreli Histiyositoz Olgusu

Mustafa Öksüz[1], Adem Topkara[2], Ömer Faruk Koçak[3], Yasemin Işık Balcı[4]
[1]Servergazi Devlet Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD,Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD,Denizli
[3]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD,Van
[4]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ABD,Denizli

Giriş: Langerhans hücreli histiyositoz, kemik iliği kökenli dendritik hücre yapısındaki histiyositlerin anormal proliferasyonu sonucu oluşan nedeni bilinmeyen bir hastalık grubudur. Görülme sıklığı milyonda 0,5-5,4 arasındadır (1). Dermatit tedavisi nedeniyle tanıda gecikilen, cilt tutulumu ile kendini gösteren langerhans hücreli histiyositoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Onaltı yaşında kadın hasta sol aksillar bölgedeki akıntı nedeniyle yaklaşık 6 ay boyunca dermatoloji kliniği tarafında antibakteriel krem ve oral antibiyotik tedavisi almış daha sonra çocuk cerrahisi kliniğinde aksillar abse ön tanısıyla 1 hafta süreyle intravenöz antibiyotik tedavisi verilmiş ancak lezyonda düzelme olmaması üzerine kliniğimize konsülte edildi. Fizik muayenede sol aksillar bölgede eritem cilt ülserasyonu ve cilt altı erode olmuş Lenfadenopatiler mevcuttu. Eritemli ve ülsere cilt bölgesi genel anestezi altında lenfadenopatilerde dahil edilerek unblock eliptik eksize edilip primer sütüre edilerek onarıldı. Operasyon öncesi istenen batın usg de amiloidoz, pyelonefrit düşündüren bulgular saptanması üzerine çocuk hematoloji kliniğine konsülte edildi. Postop dönemde çoçuk hematoloji kliniğinde takip edilen hastanın yapılan beyin MR da mezensefalon anteriorunda 13x10 mm boyutlu lobüle konturlu kitleye, Toraks Bt de her iki akciğerde diffüz bilateral simetrik mikro nodüler ve eşlik eden düzensiz şekilli kistler saptandı. Tartışma: Langerhans hücreli histiyositoz, kemik iliği kökenli dendritik hücre yapısındaki histiyositlerin anormal proliferasyonu sonucu oluşan nedeni bilinmeyen bir hastalık grubudur.Nadir olarak görülmektedir. Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülür. Etyopatogenezinde viral enfeksiyonlar (HHV-6, CMV, parvovirüs), genetik faktörler, immün disregülasyon sorumlu tutulmaktadır. LHH'da tek organ tutulumu kemikten sonra 2. sırada deri olarak bildirilmektedir(2). Hastalığın ayırıcı tanısında kontakt dermatit, dermatofitozlar, follikülit, dissemine granüloma anulare, varisella, kutanöz lenfomalar, eroziv genital hidradenitis, nodüler skabiyez, juvenil ksantogranülom ve ksantomlar yer almaktadır. Hastalar genellikle deri bulguları, nefes darlığı, çok su içme ve sık idrara çıkma gibi şikayetlerle başvurabilirken, kemik ağrıları, lenfadenopati ve kilo kaybı da görülebilir. Hastaların %10'unda tek tutulum yeri olarak deri karşımıza çıkmaktadır. Deri tutulumu en sık papüloskuamöz, hemorajik bir lezyon şeklinde olup, saçlı deri, gövde ve kıvrım yerlerinde bulunur. Lezyonlar çoğunlukla seboreik dermatit ile karışırlar. Lezyonlar skarlaşarak ve yerlerinde pigmentasyon bırakarak iyileşirler.(3-5) Olgumuzda hastalığın başlangıcında ortaya çıkan sol aksillar bölgedeki ülsere lezyon uzun süre dermatit ön tanısıyla tedavi edilmeye çalışılmış bu durumda tanıda gecikmeye neden olmuştur. İmmunu histokimyasal incelemede atipik histiositler CD1a ve S-100 (+), CD20 lenfoid foliküllerde (+) saptanmış, Langerhans hücreli histiyositoz olarak rapor edildi.

Sonuçlar: Langerhans hücreli histiyositoz ender görülen bir hastalık olmakla birlikte kemik ve cilt tutulumun en sık görüldüğü organlandır. Bu nedenle cilt tutulumuyla kendini gösteren durumlarda seboreik dermatit, kontakt dermatit, dermatofitozlar, follikülit, dissemine granuloma annulare, kütanöz lenfomalar ile karışabilmektedir. Dermatit benzeri durumlarda tedaviye yanıt alınamadığın da doku biyopsisi alınması faydalı olacaktır.

preop



Sol aksillar bölge lezyon

P-120
Dev Bazal Hücreli Karsinoma: Olgu Sunumu

Gökhan Efe, Mustafa Keleş, Hasbi Mert Meral, Alper Ural, Yasemin İmamoğlu, Ersin Altun
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BHK), en yaygın deri kanseridir ve tüm deri kanserlerinin yaklaşık %80›ini oluşturur. Etyolojisinde güneş ışığı maruziyeti, ilerleyen yaş ve açık ten rengine sahip olmak bilinen sebeplerin başında gelmektedir. Metastaz ve lokal invazyon riski oldukça düşük kabul edilen BHK, genellikle takip eden birkaç yıl içerisinde 1-2 cm çapına ulaşabilmektedirler. Tümör çapı 5 cm›den büyük olan BHK›ler dev bazal hücreli kanser (DBHK) olarak adlandırılmaktadır. Tümör boyutunda ki artışa parelel olarak daha fazla destrüksiyon yaparak derin dokulara invazyon ve metastaz yapabilme özellikleri ile kötü bir klinik tablo çizmektedirler.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta, 3 yıldır yüzde iyileşmeyen yara şikayeti ile cildiye polikliniğine başvurmuş, alınan biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Sağ frontoparyetotemporal bölgede, sağ kaş lateralinden başayıp saçlı deriye uzanan 9x8 cm boyuntunda deriden hafif kabarık, ortasında yer yer hemorajik ve fibrinli alanların gözlendiği lezyon gözlenmiş. Çalşılan beyin BT›de intrakranyal metastaz ve/veya invazyon kemik ve yumuşak doku invazyonu gözlenmedi. 1cm›lik sağlam cerrahi sınır ile eksizyon ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Yapılan takiplerde, yaklaşık 1 yıl sonra greftli alanda 6*3mm ülsere lezyon gözlendi. Nüks düşülülen hastaya reeksizyon önerilmesine rağmen hasta kabul etmedi ve rutin kontrollere gelmedi. İlk operasyondan yaklaşık 5 yıl sonra, frontoparyetotemporal bölgede 16*12 cm boyutunda önde sağ üst ve alt göz kapağı ile arkada dış kulak arkasına uzanım gösteren yüzeyden hafif kabarık, yer yer hemorajik ve fibrinli alanlar içerin, çevresi endure lezyon ile tekrar tarafımıza başvurdu. Yapılan BT görüntülemede sağ orbita süperolateralinde kemik invazyonu saptandı. Mevcut tümöral doku 2 cm cerrahi sınır ile sağ göz ekzantarasyonu,sağ kulak amputasyonu ve sağ orbita superolateralinde kemik rezeksiyonu yapıldıktan sonra, skalpten lokal flep kullanılarak onarım yapıldı. Biyopsi sonucu kemik invazyonu olan bazal hücreli karsinom olan hasta, tarafımızca yapılacak olan rutin kontrollere ilevaten radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji poliklinik kontrollerine de yönlendirildi.

Tartışma: Bazal hücreli kanserler en yaygın deri kanseri olup, her geçen yıl görülme sıklığı artmaktadır. Klinik olarak genellikle yavaş seyirli küçük lezyonlardan oluşan bu kanserler, nadiren büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Dev bazal hücreli kanserler, histolojik olarak diğerlerine göre farklılık göstermese de boyutundaki artışa paralel olarak kanser hücrelerinin davranışları daha agresif olmakta, metastaz ve lokal invazyon görülebilmektedir. Sonuç: Bazal hücreli kanserler, lokal invazyon ve metastaz riski oldukça düşük olarak bilinmesine rağmen, tümör boyutunda ki artışa parelel olarak daha destrüktif bir seyir görülmektedir. Dev bazal hücreli karsinomlarda, düzenli takip ve radikal cerrahi tedavi ile diğer alternatif tedavi seçeneklerinin kombine edilmesi başarı sansını artıracaktır.

Kaynaklar:1-Larsen AK, El-Charnoubi WA, Gehl J, Krag C. Neglected giant scalp Basal cell carcinoma;Plast Reconstr Surg Glob Open. 2014 Apr 2-Arslan H, Güzel MZ, Cnar C.Treatment of giant basal cell carcinomas of the head and neck with aggressive resection and complex reconstruction;J Craniofac Surg. 2012 Nov 3-Lorenzini M, Gatti S, Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoraic wall: a case report and review of the literature; Br J plast Surg 2005

P-121
Genç Bir Hastada Bazal Hücreli Kanser: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Nuri Yiğit[2], Serdar Öztürk[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD

Amaç: Bazal hücreli kanserler (BHK), nonmelanoma deri kanserlerinin en sık görülen formudur. Deride yerleşimli bazal hücrelerden köken almaktadır. BHK'lerin çoğu 40 yaş üstünde görülmektedir. Genellikle baş-boyun bölgesinde iyileşmeyen yara şeklinde görülmektedir. Belirgin risk faktörleri; ultraviyole ışınlarına kronik maruz kalma, açık cilt rengi, pozitif aile hikayesi, ileri yaş, immun yetmezlik durumları ve bazı sendromlara eşlik etme şeklindedir. Bu çalışmada genç bir hastada saptanan BHK olgusunun klinik semptomları literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Olgu sunumu: Yirmi bir yaşında erkek hasta sağ preaurikuler yörede son birkaç aydır giderek büyüyen pigmente cilt lezyonu ile başvurdu. Hastaya eksizyonel biopsi+greftleme işlemi planlandı. Lokal anestezi altında 10 mm sınır ile eksizyon uygulandı. Postaurikuler yöreden tam kalınlıkta greft alınarak defekt onarıldı (Resim1). Alınan doku örneği histopatolojik incelemeye gönderildi. Örnek nodüler BHK olarak rapor edildi. Genetik analizde sendromik hikaye ve bulgular saptanmadı. Hastanın 12 aylık takip periyodunda nüks saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Ultraviyole ışınlarına kronik şekilde maruz kalma bu tür olgularda en sık görülen risk faktörlerindendir. Hastanın küçük yaştan beri çiftçi olan babasının yanında çalıştığı ve herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı görüldü. Kseroderma pigmentosum, Gorlin Sendromu gibi olgularda erken yaşlarda BHK gelişebildiği rapor edilmiştir. Literatür ile uyumlu olarak olgumuzda baş-boyun bölgesinde yerleşimli olarak BHK geliştiği görüldü. Ancak genetik analizde herhangi bir sendromik özellik saptanmadı. En önemli korunma yöntemleri; güneşin yoğun olduğu saatlerde (saat 10.00-16.00) özellikle yaz mevsiminde dışarı çıkılmaması, risk grubundaki hastaların yüksek faktörlü güneş koruma kremlerini kullanması, baş-boyun bölgesini koruyan şapka kullanılması, yaz mevsiminde açık renkli elbiselerin tercih edilmesi gerekir. Sonuç olarak BHK'ler erken teşhis ve yeterli oranda cerrahi sınır ile eksize edilerek nüks açısından takip edilmelidir. Hastaların korunma yöntemleri ile baş-boyunda gelişebilecek yeni lezyonların önüne geçebileceği yönünde uyarılmaları yerinde olacaktır.

Kaynaklar:

1. Woolley SD, Hughes C. A young military pilot presents with a periocular Basal Cell Carcinoma: a case report. Travel Med Infect Dis. 2013 Nov-Dec;11(6):435-7. 2. Cooley JH, Quale LM. Skin cancer preventive behavior and sun protection recommendations. Semin Oncol Nurs. 2013 Aug;29(3):223-6. 3. Gordon R. Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. Semin Oncol Nurs. 2013 Aug;29(3):160-9.

Resim1



Sağ preaurikuler yörede bazal hücreli kanser eksizyonu sonrası genç hastada greftin erken dönemde görünümü izlenmektedir.

P-122
Aurikülanın Malign Melanomu

Necip Cihan Hasçiçek, Murat İğde,
Ramazan Erkin Ünlü, Hasan Murat Ergani,
Burak Yılmaz, Ahmet Kaplan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kulak kepçesi heliksi deri kanserlerinin sık görüldüğü bir bölge olup bu kanserlerin çok büyük kısmını güneş maruziyeti sebebiyle bazal hücreli karsinomlar oluşturmaktadır. Kulak kepçesi heliksi malign melanom için nadir bir görülme bölgesi olup çalışmamızda aurikula heliksinde superfisyel yayılan malign melanomu olan hastanın tedavisi sırasında edindiğimiz tecrübeyi ve sonuçlarımızı bu konudaki kısıtlı mevcut literatürün ışığında paylaşmayı amaçladık.

P-123
Renal Hücreli Karsinomda Cilt Metastazı Olgusu

Ahmet Demirhan Dal[1], Muhitdin Eski[2]
[1]Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği
[2]Ankara GATA Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Erişkinlerde böbrek kitlelerinin %90'nının nedeni renal hücreli karsinomdur. Bu tümöre sahip hastaların yaklaşık 1/3'ünde akciğer, karaciğer, böbrek üstü bezi, karşı böbrek ve kemik gibi uzak metastazlar bildirilmiştir. Deriye metastaz ise daha az sıklıkta -hastalarının %6'sında- izlenir ve klinik olarak birçok diğer dermatolojik lezyonları taklit ederler[1]. Renal hücreli karsinom hastalarında baş boyun yerleşimli, tek, hızlı büyüyen, vasküler lezyonlar cilt metastazını akla getirmelidir.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta Ağustos 2014'de sağ alar kanat üzerinde çok hızlı büyüyen, eksternal valv kollapsına neden olan frajil – kanamalı, kırmızı –pembe renkli 2,5 cm çapında solid lezyon ile başvurdu. Hastaya 2009 yılında renal hücreli kanser nedeniyle sol nefrektomi yapılmış. Nisan 2014 de periyodik kontrollerinde akciğerlerinde milimetrik boyutlarda 2 adet kitle ve sol iliyak kanatta kemikte kitle saptanmış. Uzak organ metastazı nedeniyle kemoterapi görmekteyken burnunun üzerinde küçük bir lezyon baş göstermiş ve hızlıca büyümüş. Lezyon karsinom metastazı, angiom, piyojenik granülom ön tanıları ile eksize edildi ve defekt 2 aşamalı superior pediküllü nazolabial flep ile onarıldı. Patoloji sonucu renal hücreli karsinom metastazı olarak rapor edildi. Post operatif 10. Ayında hasta sağ ve eksizyon sahasında nüks izlemedi. Adjuvan radyoterapi planlanmadı.

Tartışma: Karsinomlardan kaynaklı deri metastazları genellikle yaygın değildir ancak plastik cerrahlar bu olasılıkla ilgili dikkatli olmalıdırlar. Deride en sık metastaza neden olan kanserler meme, malign melanom mide, akciğer, rahim, barsak ve böbrek kanserleridir. Deri metastazları klinik olarak kutanöz kistler, dermatofibrom, piyojenik granülom, hemanjiyom, papüler döküntüler gibi dermatolojik hastalıkları taklit edebilirler[2]. Hastada karsinom hikayesinin varlığı hekimi deri metastazı açısından şüphelendirmelidir. Renal hücreli karsinom cilt metastazları, tanı alıp nefrektomi uygulandıktan sonraki 5 yıla kadar olan dönemde görülebilirler[1]. Uzak cilt metastazlarının hematojen veya lenfojen yayılım ile olabileceği bildirilmiştir. Cilt metastazları başta baş boyun bölgesi olmak üzere genital bölge, gövde ve ekstremitelerde de görülebilir. Genellikle tek, hızlı büyüyen vasküler lezyonlardır, lezyon üzerinde pulsasyon alınabilir. Cilt metastazlarının tedavisinde karsinomun spesifik onkolojik tedavisine ek olarak cilt lezyonunun eksizyonu ile beraber seçilmiş vakalarda radyoterapi uygulanabileceği bildirilmiştir.

Sunduğumuz olguda cilt metastazı hastanın tanı konulduktan sonraki 5. Yılda görülmüştür. Literatür ile uyumlu olarak hastamızda cilt metastazı yüz yerleşimliydi. Lezyon tek ve vasküler görünümlü olmasına karşın, üzerinde pulsasyon palpe edilmedi. Deri metastazlarının dışında renal hücreli kanser ile malign melanom birlikteliğini gösteren yayınlar mevcuttur[3]. Renal hücreli karsinom tanısı olan hastalarda cilt lezyonlarında çok dikkatli olunmalıdır. İyileşmeyen, hızlı büyüyen, cilt lezyonları karsinom metastazı açısından değerlendirilmelidir. Bu hastaların hızlı menajmanı ve cilt metastazlarının tedavisi için lezyonun eksizyonu geciktirilmemelidir.

1. Kassam K, Tiong E, Nigar E, Kumar M: Exophytic Parietal Skin Metastases of Renal Cell Carcinoma. Case reports in dermatological medicine 2013, 2013.
2. Hussein MRA: Skin metastasis: a pathologist›s perspective. Journal of cutaneous pathology 2010, 37(9):e1-e20.
3. Maubec E, Chaudru V, Mohamdi H, Grange F, Patard JJ, Dalle S, Crickx B, Paillerets BBd, Demenais F, Avril MF: Characteristics of the coexistence of melanoma and renal cell carcinoma. Cancer 2010, 116(24):5716-5724.

1.post op



lezyonun eksizyonunu takiben defektin süperior pediküllü nazolabial flep ile onarılmış görüntüsü

preop



sağ alar kanat üzerinde yerleşimli renal hücreli karsinom cilt metastazı

2.post op



nazolabial flep: pedikül kesildikten sonra 6.ay yandan görüntüsü

P-124
Medial sural arter perforatör flebi için kurtarma prosedürü: Peroneal arter perforatör flebi

Bilge Kağan Aysal[1], Fikret Eren[1], Cengiz Yıldırım[2], Enes Sarı[2], Fazlı Levent Umur[2], Sinan Öksüz[1], Ceyhun Cesur[1], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Tibial bölge arteryel anatomisine bakıldığında femoral arterin popliteal alanda posterior kompartmana geçip popliteal arter adını aldığını görürüz. Diz eklemi distalinde popliteal arter anterior tibial arter ve posterior tibial arter olarak iki dala ayrılır. Anterior tibial arter ön kompartmana geçerek interosseöz membranın önünde seyreder. Posterior tibial arter ise bifurkasyonun distalinde peroneal arter dalını verir. Medial sural arter olguların %70'inde popliteal arterden ayrılır ve genel olarak 2 adet perforatör damar vermektedir(1). Perforatör damarların ortalama genişliği 0.9 ± 0.2 mm'dir ve medial sural arter perforator flebi kullanımlarında 5.5 × 4.5 cm ile 14 × 9 cm arasında flep planlamasına olanak sağlar(2).

Olgu: Popliteal bölgede tibial kemik tümörü rezeksiyonu öyküsü bulunan 29 yaşındaki erkek hasta nüks yumuşak doku malign tümörü tanısı ile ortopedi kliniği tarafından opere edildi. Popliteal bölgede oluşan 15x15 cm genişliğindeki cilt defektinin kapatmak için plastik cerrahi ekibi olarak operasyona devam edildi. Medial sural arter

perforatör flebi ile onarım planlandı. Ancak yapılan diseksiyon esnasında medial sural arterin perforatör damarlarının olmadığı anlaşıldı. Bunun üzerine intraoperatif plan değişikliği ile peronal arterin proksimal segmentinin vermiş olduğu iki adet perforatör damar bulundu. Perforatör damarlar peroneal artere kadar takip edildi ve flep dokusu ilerletme ile rezeksiyon sahasına getirilerek cilt defekti onarıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Her ne kadar medial sural arter perforatör flep güvenli bir flep olarak bilinse de, yine de kimi olgularda perforatör damarlar bulunamayabilir. Bu gibi durumlarda yakın komşulukta eleve edilebilen peroneal arter perforatör flebi kurtarma protokolü olarak kullanılabilir ve tüm meslektaşlarımıza tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR 1. Altaf FM. The anatomical basis of the medial sural artery perforator flaps. West Indian Med J. 2011 Dec;60(6):622-7.

2. Wang X, Mei J, Pan J, Chen H, Zhang W, Tang M. Reconstruction of distal limb defects with the free medial sural artery perforator flap. Plast Reconstr Surg.2013 Jan;131(1):95-105.

Resim 1



A. Defekt sahası, B. Medial sural arter perforatör flebi planlaması

Resim 2



Peroneal arter perforatör flebi. A: Erken postoperatif görünüm, B. Geç postoperatif görünüm

P-125
Bir olgu sunumu: Ekrin Poroma

Bilge Kağan Aysal[1], Fikret Eren[1], Zafer Küçükodacı[2], Gizem Narlı[2], Tuğba Kula Atik[3], Sinan Öksüz[1], Ceyhun Cesur[1], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul
[3]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Ekrin poroma ter bezlerinin tümörü olup ilk defa 1956 senesinde tanımlanmıştır ve ter bezi tümörlerinin %10'undan sorumludur (1). Genellikle alt ekstremitede yerleşimli olup kırmızı ya da parlak renklidir. Yaşlı bireylerde alt ekstremite yerleşimli ekrin poromalarda daha sık olmakla birlikte malign transformasyon görülebilir (2). Ekrin poromanın malign transformasyon göstermiş haline ekrin porokarsinoma adı verilmektedir. Ekrin poromalarda hızlı büyüme paterni görülmesi ilk olarak ekrin porokarsinomaya malign transformasyonu düşündürmelidir. Tedavide geniş eksizyon planlanmalıdır.

Olgu: 63 yaşında erkek hastaya sol ayak 4. parmakta bulunan açık yara benzeri kitleden alınan doku kültürü örneği mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından tüberkülöz kültüründe anlamlı olabilecek bulgular saptandı ancak herhangi bir olumlu sonuç alınamadı. Bunun üzerine kitleye insizyonel biyopsi uygulandı. Biyopsi sonucunun ekrin poroma olarak sonuçlanması üzerine cerrahi eksizyon planlandı. Hastanın yaşı ve kitlenin büyüme eğilimi göz önünde bulundurularak olası malign transformasyon ihtimaline karşı hastanın distal falanksı kitle ile birlikte distal interfalangeal eklem seviyesinde ampute edildi. Yapılan patolojik incelemede tümör içerisinde malign transformasyon odakları gözlendi.

Sonuç: Yaşlı bireylerde alt ekstremite yerleşimli ve büyüme eğilimi gösteren ekrin poromaların varlığında ekrin porokarsinomaya olası bir malign transformasyon ihtimaline karşı eksizyon sınırı takip eden eklem seviyesine kadar genişletilmelidir. Tanı konulamayan uzun süren açık yaralarda ekrin poroma varlığında doku kültürü örneği alınması durumunda tüberküloz kültüründe hatalı pozitif bulgular saptanabilmektedir.

KAYNAKLAR
1. Wankhade V, Singh R, Sadhwani V, Kodate P. Eccrine poroma. Indian Dermatol Online J. 2015 Jul-Aug;6(4):304-5.

2. Mulinari-Brenner FA, Mukai MM, Bastos CA, Filho EA, Santamaria JR, Neto JF. Eccrine porocarcinoma: Report of four cases and literature review. An Bras Dermatol. 2009;84:519–23.

Resim 1



Ekrin Poroma ameliyat öncesi görünüm

P-126
Geç tanı almış kulakta yerleşen bazoskuamöz karsinomlu bir olgu

Tuba Hilal Karadağ[1], İsmail Barut[2], Kemal Fındıkçıoğlu[2], Emine Ünal[3], Atiye Temiz[4], Senem Özge Turaçlı[1]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği
[2]Gazi Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[3]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği
[4]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji

29 yaş erkek hasta kliniğimize sağ kulak kepçesinde ağrı, kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hasta daha önce farklı merkezlerde dermatit tanısı ile topikal kortikosteroid ve antibiyotik tedavileri ile 6 yıl takip edilmişti. Tarafımıza başvurduğunda muayenesinde antihelix, dış kulak yolu, tragus ve antitragus alanlarında eritem, ödem ve tragus - antitragus arasında ulcus rodens tarzı görünüm mevcuttu. Bu alandan lepra, lupus vulgaris, skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom ön tanıları ile rezeksiyon yapılarak perfore alan onarılarak patolojisi istendi. İmmün histokimyasında Ber Ep pozitif, EMA negatif boyandı. Bazal hücreli karsinom olarak raporlandı. Lezyonun superior, medial ve lateral cerrahi sınırlarda tümör devamlılık göstermekteydi. Total eksizyon sonrası patolojisinde bazoskuamöz karsinom tespit edildi. Dış ve orta kulak total rezeksizyonunu, level 1-2-3 boyun diseksiyonu takiben ALT ile defekt onarımı yapıldı. Dermatoloji Kliniklerinde uzun süren ve tedaviye cevap vermeyen vakalarda gecikmeden biyopsi yapılması gereklidir.

P-127
Sirküler Defektlerde Okuyan Adam Flep Deneyimlerimiz

Hikmet İhsan Eren, Medeni Volkan Kıyak, Erkan Yüce, Memet Yazar, Mecd Atıf Cezirlioğlu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik CErrahi, İstanbul

Amaç: Primer suturasyon ile kapatılamayacak kadar büyük sirküler defektlerin rekonstruksiyonunda bir çok teknik tanımlanmıştır. Özellikle malar ve infraorbital bölge gibi rekonstruksiyonu güç bölgelerde V-Y flep, bilobe flep, rhomboid flep ve rhomboid flebin modifikasyonları kullanılmaktadır. Sirküler defektlerin rekonstruksiyonunda kullandığımız okuyan adam flep deneyimimizi tartışmak istedik.

Yöntem: Ocak 2015 ile Ağustos 205 yılları arasında vücüdun çeşitli bölgelerinde malign tümör eksizyonu sonrası oluşan sirküler defektli 7 hastamıza Okuyan Adam flebi ile rekonstruksiyonu yapıldı. 6 erkek, 1 kadın hastalarımızın yaşları 48-65 yaşları (ortalama 57 yaş) arasında değmektedir. Defekt boyutları 15 x 15 mm den 35 x 35 mm (ortalama 20 x 20 mm) arasında değişmektedir. Defektler 3 hastanın sırt, 3 hastanın yüz bölgesi ve 1 hastanın skalpte yerleşmektedir. Tüm hastaların kitleleri insizyonel biyopsi ile BCC tanısı almıştır. Operasyon sonrası penroz dren konulmuş olup, operasyon sonrası 24 saat sonra drenleri çıkartılmıştır. Ortalama takip süresi 7 aydır. (1 ay ile 13 ay arasında takip edilmiştir)

Olgu: 48 yaşında erkek sağ malar alandaki BCC tanılı hastanın tarafımıza başvurdu. %1 lidokain infiltrasyonu ile lokal anestezi sonrası 5 mm sağlam cerrahi sınır ile kitle eksize edildi. Eksizyon sonrası sağ malar alanda 20 x 20 mm defekt Okuayn adam flebi ile rekonstrukte edildi. (Şekil-1) Operasyon sonrası komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Okuyan adam flebi, sirküler defekt sonrası flep planlanırken elinde kitap tutan insan sülieti nedeniyle isimlendirilmiştir. Okuyan adam flebi birbirine eş olmayan Z plasti ile rekonstruksiyonu içermektedir. Rotasyon açısının az olması okuyan adam flebinde minimal köpek kulağı deformitesini sağlamakta, bir birine eş olmayan Z plasti kullanıldığından geniş diseksiyon gerektirmemektedir.

Sonuç: Sirküler defekt rekonstruksiyonunda Okuyan adam flebi güvenilir olarak kullanılabilmektedir.

KAYNAKLAR:
1. Mutaf M, Sunay M, Bulut O.The "Reading Man" Procedure A New Technique for the Closure of Circular Skin Defects. Annals of Plastic Surgery.2008; 7043:6004-0420
2.Yenidunya MO, Demirseren ME, Ceran C. Bilobed flap reconstruction in infraorbital skin defects. Plast Reconstr Surg 2007;119:145–50.
3. Ricks M, Cook J. Extranasal applications of the bilobed flap.Dermatol Surg 2005;31:94–8.
4. Yildirim S, Akoz T, Akan MD, Avci G. Nasolabial V-Y advancement for closure of the midface defects. Dermatol Surg 2001;27:656–8; discussion 658–60.
5. Borges AF. The rhombic flap. Plast Reconstr Surg 1981;67:458–66.

Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu



Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu

Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu



Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu

Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu



Şekil 1: 48 yaşında sol malar alanda BCC tanılı kitle eksizyonu

P-128
Cilt Tutulumu Olan Nadir Bir Hematolojik Malignite:Kutanöz Granülositik Sarkom Vaka Sunumu

Burak Özkan, Atilla Adnan Eyüboğlu, Azer Zeynalov, Abbas Albayati, Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş, Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Granülositik sarkom myeloid seri hücrelerinin ekstramedüller tümörü olarak isimlendirilir. Klinik olarak Akut Miyeloid Lösemi (AML), Kronik Miyeloid Lösemi(KML) hastalarında görülebilirken, primer tanısı olmayan hastalarda bu hastalıkların bir habercisi olarak da görülebilmektedir. Bu vaka sunumunda bilinen bir hematolojik hastalığı olmayan ciltte yaygın noduler tutulumu olan kutanöz granülositik sarkom hastası sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 20 yaşında erkek hasta kliniğimize sol bacak arkasında ve sağ önkolda şişlik şikâyetiyle başvurdu. Öyküsünde lezyonları son 4 ayda fark ettiği ve giderek büyüdüğü ve hastanın bilinen ek bir rahatsızlığı bulunmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sol bacak posteriorunda 8x7x3 cm boyutlarında immobil hiperemik ciltaltı kitle, sağ ön kolda 8x8x3 cm'lik cilt altı nodüler mobil kitle bulundu. Kan biyokimyası normal olarak değerlendirilen hastaya yumuşak doku tümörü ön tanısıyla operasyon planlandı. Turnike altında hastanın ekstremilerindeki lezyonlar kas fasyası dahil edilerek eksize edildi ve oluşan defekt kısmi kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı.(Resim) Kitlelerin patolojik inceleme sonucunda tanısı kutanöz granülositik sarkom gelmesi üzerine hasta hematoloji bölümüne konsülte edildi. Yapılan kemik iliği aspirasyonu ve sitogenetik inceleme sonucunda hastaya AML tanısı konuldu ve tedaviye başlanıldı. Takip eden sürede herhangi bir nüks ile karşılaşılmadı.

Tartışma: Kutanöz granülositik sarkom, granülositik serinin ekstramedüller tutulum gösteren malign tümörüdür. Tümör solid nodüler kitle olarak deride, lenf nodunda, kemikte tutulum gösterebilir. Kutanöz lezyonlar genel olarak gövdede, skalp ve ekstremitelerde yaygın olarak görülürler. AML ve KML'ye eşlik edebilir veya bu hastalıkların prekürsör hastalığı olarak da başlayabilir. Kutanöz lezyonların tedavisinde cerrahi eksizyon, radyoterapi bildirilmiştir. Primer hematolojik malignitesi bilinmeyen hasta gruplarında agresif kematorepinin sağkalımı uzattığı ve lösemi gelişimini engelleyebileceği bildirilmiştir. Tedavi edilmemiş granülositik sarkomların AML 'ye dönüşme ihtimali çok yüksek olarak raporlanmıştır.

Sonuç: Kutanöz granülositik sarkom, yumuşak doku sarkomlarına benzer ciltte noduler tutulum yapan lezyonlarla klinik bulabilir ve myeloid lösemilerin habercisi bir tümör olarak başlayabilir. Kutanöz tutulum alanlarından biyopsi alınarak hastalığın tanısının konulmasının ardından vakit kaybedilmeden hastalar hemotoloji kliniklerine yönlendirilmelidir.

Referanslar

1. de Arruda Câmara VM1, Morais JC, Portugal R, da Silva Carneiro SC, Ramos-e-Silva M. Cutaneous granulocytic sarcoma in myelodysplastic syndrome. J Cutan Pathol. 2008 Sep;35(9):876-9 2.Mansur T, Aydıngöz İE, Demirci GT, Gündüz S, Peker Ö. Granülositik Sarkom. TÜRKDERM 2004;38:136-139

alt ekstremitedeki kitle



alt ekstremitedeki kitle eksizyon sonrası

üst eksremitedeki lezyon



üst eksremitedeki lezyon eksizyon sonrası

P-129
Cildin Primer Malign Tümörlerinde Nadir Uygulanan Lenf Nodu Disseksiyonları

Semih Bağhaki[1], Hasan Kömürcü[1],
Murat Diyarbakırlıoğlu[2], Uğur Şahin[1], Yağmur Aydın[1]
[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Cildin primer malign tümörleri neredeyse her zaman öncelikle lenfatik yolla sistemik yayılım yapma eğilimine sahiptir. Sentinel lenf nodu biyopsisi ve lenf nodu disseksiyonları bu tümörlerin cerrahi tedavisinde standart olarak kullanılır. Bu hastalarda çoğunlukla bilinen anatomik istasyonların tutulumu gözlenir ve bu anatomik istasyonlara yönelik cerrahi planlanır. Ancak sınırlı sayıda olguda sentinel lenf nodu veya başvuru anında klinik olarak tutulu lenf nodu atipik istasyonlara işaret eder. Bunlara örnek olarak, üst ekstremitede epitroklear ve orta kol; alt ekstremitede popliteal ve eksternal iliak; baş-boyunda suboksipital istasyonlar verilebilir. Atipik lenf nodu istasyonlarında tutulum çoğunlukla kötü prognoza işaret eder ve bu istasyonların cerrahisi konusunda literatürde sınırlı miktarda veri bulunmaktadır. Bu bildiride, kliniğimizde cildin primer malign tümörlerinde uygulanan nadir lenf nodu disseksiyonlarıyla ilgili deneyimi, cerrahi analiz ve hasta grubunun prognostik verileriyle sunulmuştur.

P-130
Kuduz Aşısı Skarından Gelişen Dermatofibroma: Vaka Takdimi

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Karaca Başaran, Mehmet Sürmeli
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: İmmunizasyon alanlarından neoplazm gelişimi özellikle BCG, tifo, paratifo, çiçek ve tetanoz aşılarının bilinen yan etkilerindendir. Basal hücreli kanser en sık olmakla birlikte, dermatofibroma, dermatofibrosarkoma protuberans ve malign melanoma literatürde belirtilen dermal ve intraepidermal aşı skarından gelişen neoplazmlardır. Biz de kuduz aşısı skarından gelişen dermatofibroma olgusunu sunmaktayız.

Olgu: 35 yaşında daha önce 5 doz kuduz aşısı yapılmış olan erkek hasta paraumblikal bölgede kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde paraumblikal bölgedeki skar hattının üstünden 1.80X1.20 boyutlarında, ülsere olmayan nodüler lezyon tesbit edildi (Şekil). Hasta skarın kuduz aşısı sonrası geliştiğini belirtti. Lezyon total eliptik eksize edildi, cilt primer sütüre edildi. Yapılan biyopsi sonucunda dermatofibrom tesbit edildi. Hastanın takiplerinde tekrarlama gözlenmedi.

Sonuç: İmmunizasyon sonucu oluşan skarlar tümör gelişimi için birer potansiyeldirler. Bu tür vakaların muayenesinde tümörün malign karakterde olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Kaynak:
1. Hendricks WM. Dermatofibroma occurring in a smallpox vaccination scar. J Am Acad Dermatol 1987;16 (1 Pt 1) :146–7.
2. Green JJ, Heymann WR. Dermatofibrosarcoma protuberans occurring in a smallpox vaccination scar. J Am Acad Dermatol 2003;48 (5 Suppl) v:S54–5.
3. Reed WB, Wilson-Jones E. Malignant tumors as a late complication of vaccination. Arch Dermatol 1968;98:132–5.

Şekil



Aşı skarı üzerinden gelişen dermatofibromanın görünümü.

P-131
Malign Görünümlü Benign Karakterli Pigmente Lezyon: Reed Nevüs

Teoman Eskitaşçıoğlu, Ömer Faruk Ünverdi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Malign Melanom insidansı günümüzde artan tanı teknikleri ve tıbbi kayıt sistemleri sayesinde artış göstermektedir. Birleşik devletlerde erkeklerde 5. en sık kadınlarda ise 6. en sık kanser tipi olarak kayıtlara geçmiştir(1). Melanom agresif seyirli bir deri kanseri olması nedeniyle erken tanı ve tedavi surveyi uzatmada büyük önem taşımaktadır.

Spitz nevüs histopatolojik olarak melanom ile karışabilmesi nedeniyle, ilk tariflendiği dönemde çocukluk çağı melanomu olarak kabul edilmiş olmasına rağmen günümüzde benign karakterli bir lezyon olarak tariflenmektedir(2,3). Spitz nevüs varyantı olan Reed nevüs ise yoğun pigmentasyon içermesi ve düzensiz sınırlara sahip olması nedeniyle makroskopik olarak melanom ile karışabilmektedir(3). Dermatoskop ile yapılan muayenede karakteristik özelliklere sahip olmasına rağmen histopatolojik inceleme ile lezyonun tanısının doğrulanması büyük önem taşımaktadır.

Bu olguda sırt bölgesinde Reed nevüs tanısı alan pigmente lezyonu bulunan hastaya ait bilgiler yer almaktadır.

Olgu: Yirmi yedi yaşında erkek hasta çocukluk çağından beri sırtında bulunan benin son 3 ay içerisinde hızla büyümesi şikayetiyle değerlendirildi. Muayene hastanın sol supraskapuler bölgesinde 1 cm çapında, orta kısmında yoğun pigmentasyonu bulunan, yüzeyden kabarık, sınırları düzensiz lezyon saptandı. Aksilla muayenesinde patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı. Ön tanı olarak malign melanom düşünülen lezyon lenfatik akım yönüne uygun olarak 5 mm cerrahi sınırla eksize edilerek histopatolojik değerlendirme amacıyla Patoloji A.B.D› ye gönderildi. Mikroskopik incelemede kitlenin epidermis bazal tabakası ve yüzeyel dermise yerleşik iğsi hücrelerden oluştuğu ve yoğun pigmentasyon gösterdiği saptandı. Lezyonun Reed nevüs olarak değerlendirilmesiyle hasta poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Spitz nevüs ilk tariflendiği dönemlerde çocukluk çağı melanomu olarak tariflenmiştir(2). Histopatolojik olarak melanom ile karışabilmesi nedeniyle tecrübeli bir patolog tarafından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Reed nevüs Spitz nevüs varyantı olarak kabul edilmektedir. Reed nevüs benign karakterlidir ve sıklıkla yaşamın ilk iki dekadında görülür. Genç bayanlarda alt ekstremitede yerleşim göstermesiyle karakterizedir. Hızlı büyüyebilmesi ve yoğun pigmentasyon içermesi nedeniyle makroskopik olarak melanom ile karışabilmektedir(3).

Spitz nevüse dermatoskop yardımı ile %93 lere varan oranlarda tanı konulabilmektedir(4). Reed nevüsün dermoskopide 3 önemli bulgusu bulunmaktadır. Bu özellikler a) starburst görüntüsü b) homojen ve yoğun pigmentasyon c) perifere doğru ışınsal yayılım göstermesidir(5). Bu özellikler sayesinde sıklıkla melanomdan ayırd edilebilmektedir. Starburst pattern santral bölgede yoğun pigmentasyonu tariflemektedir. Santral bölgedeki bu alanda parakeratoz ve melanin kümeleri bulunmaktadır(3). Reed nevüste bulunan iğsi epiteloid hücrelerin epidermis ve papiller dermiste yani daha yüzeyel bölgelerde yoğunlaştıkları gözlenir(3,5).

Hastamızın sırt bölgesindeki lezyonun 1 cm çapında olması, yoğun pigmentasyon içermesi ve sınırlarının düzensiz olması nedeniyle lezyon öncelikli olarak melanom lehine yorumlanmış; ama mikroskopik inceleme sonucunda yoğun pigment içeriği ve epidermis - yüzeyel dermise yerleşik iğsi hücrelerin görülmesi sayesinde Reed nevüs tanısı konulabilmiştir.

Pigmente lezyonların melanom ile karışabilmeleri nedeniyle detaylı tüm vücut muayenesinin yapılması, pigmente lezyonların mutlaka fotoğraflanması ve yardımcı görüntüleme aletleri ile tanının doğrulanması büyük önem taşımaktadır. Tecrübeli bir patolog tarafından histopatolojik incelemenin yapılması da yanlış teşhis ve tedavinin önüne geçmeye büyük katkıda bulunmaktadır.

Referanslar:

1) Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009;59:225–249
2) Spitz S. Melanomas of childhood. Am J Pathol. 1948;24:591-609
3) Yoradjian A. et. all. Spitz nevus and Reed nevus. An Bras Dermatol. 2012;87(3):349-59
4) Steiner A, Pehamberger H, Binder M, Wolff K. Pigmented spitz nevi: improvement of the diagnostic accuracy by epiluminescence microscopy. J Am Acad Dermatol 1992;27:697-701.
5) Webber. A.S. Pigmented spindle cell naevus of Reed: A controversial diagnostic entity in Australia.a Australasian Journal of Dermatology (2011) 52, 104–108jd_

İnterskapuler bölgede bulunan pigmente lezyon



Pigmente lezyonun yoğun pigment içerdiği ve sınırlarının düzensiz olduğu gözlenmektedir.

Reed Nevüs



Nevüsün sınırlarındaki düzensizliğin ve yoğun pigment içeriğinin homojen olarak dağılım gösterdiğinin görüntülenmesi.

P-132
Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis (CNH): Olgu Sunumu

Başar Erdoğan[1], Enis Mert[1], Ergin Seven[1], Avni Tolga Eryılmaz[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: CNH; kulak heliksi ve antiheliksinde görülen, genelde ağrılı olan ve benign seyreden bir hastalıktır. Lezyona sebep olan asıl neden bilinmemekle birlikte uzun süreli basıya bağlı geliştiği düşünülmektedir. Aktinik keratoz, bazal hücreli karsinom, skuamoz hücreli karsinom ve keratoakantoma ayırıcı tanısında yer aldığından kesin tanı biyopsi ile konulmaktadır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.

Olgu: Yaşları 32 ve 52 olan iki hastanın birinin sağ kulak, diğerinin sol kulak heliksinde olacak şekilde yaklaşık 0.5 cm çaplı nodüler, hipopigmente, ağrılı lezyonu mevcuttu. Bazal hücreli karsinom, aktinik keratoz ön tanılarıyla yapılan eksizyonel biyopsi sonucu CNH olarak raporlandı. Postoperatif dönem takiplerinde nüks gözlenmedi.

Tartışma: CNH vakalarının yaklaşık %70'i erkektir ve erkek hastaların büyük kısmı yaşlı erkeklerdir. Sağ kulağın daha sık olarak etkilendiği saptanmıştır. Kulakta göreceli olarak daha az destek sağlayan subkutanöz doku bulunması, sadece küçük dermal kan damarları ile beslenmesi gibi anatomik özellikler bu hastalığa predispozisyon oluşturmaktadır. Travma, kronik basınç, soğuk hasarı ve güneş maruziyeti sonucu oluşan dermal inflamasyon, ödem ve nekroz hastalığın gelişimine zemin oluşturabilen faktörlerdir. CNH'nin idyopatik bir hastalık olduğu düşünülse de sıklıkla otoimmün tiroidit, sistemik lupus eritematozus ve dermatomiyozit gibi otoimmün bağ dokusu hastalıklarıyla da birlikte görülebildiği gösterilmiştir. Spontan rezolüsyon izlenebilir ve klinikte sert, hassas, düzgün sınırlı, yuvarlak ya da oval deriden kabarık merkezinde ülser ya da krut bulunan nodüller şeklinde izlenir. Lezyonun boyutları genellikle 3mm-20mm arasında değişmektedir ve genellikle kulak heliksinde lokalizedir. Ayırıcı tanıda aktinik keratoz, bazal hücreli karsinom, skuamoz hücreli karsinom ve keratoakantoma yer alır. Tanıda biyopsi altın standarttır. CNH'nin medikal tedavisi genellikle tatmin edici sonuçlar vermez.Topikal antibiyotikler sekonder enfeksiyonlara bağlı ağrının giderilmesinde kullanılabilir. Topikal ve intralezyonel steroid uygulaması şikayetlerin gerilemesini sağlayabilir. Kollajen enjeksiyonları deri ve kıkırdak arasında destek sağlayarak tedavide kullanılabilir.CNH tedavisinde kama eksizyon, küretaj, elektrokoterizasyon, fotodinamik terapi, karbondioksit lazer ablasyonu ve etkilenmiş cilt ve kıkırdak eksizyonunu kullanılabilir.

Sonuç: CNH genellikle yaşlı erkeklerde kulak heliksinde görülen nodüler lezyon olup kesin tedavisi ekzisyonel cerrahidir. Ayırıcı tanıda aktinik keratoz ve keratoakantom gibi premalign lezyonlarla, skuamoz hücreli karsinom ve bazal hücreli karsinom gibi malign lezyonlar yer aldığından cerrahi eksizyon ile ayrımı önemlidir.

Şekil 1



Şekil 2



P-133
Alt ekstremitede yassı hücreli karsinomla karışan dev papillom olgusu

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı,
Mehmet Emin Cem Yıldırım, İlker Uyar
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Derinin malign tümörleri arasında bazal hücreli karsinom, yassı epitel hücreli karsinom, malign melanom ve deri eki tümörleri yer alırken benign tümörleri virüs kaynaklı deri kitleleri, derinin kistik lezyonları, yumuşak doku kaynaklı tümörler,pigmente tümörler ve epidermal tümörledir.(1,2) Deri tümörlerinin tanısı, benign ve malign ayırımı insizyonel veya eksizyonel biyopsi sonucunun patolojik değerlendirmesiyle konulur. Tümör eksizyon marjinleri, patolojik tip ve yerleşime göre farklılık gösterir. Tümör eksizyonu sonrasında oluşan defekt çeşitli cerrahi yöntemlerce kapatılır. Bu çalışmada alt ekstremitede yassı hücreli karsinom ile benzer görünümlü papillom olgusu sunulacaktır.

Olgu sunumu: 52 yaşında erkek hastanın sağ bacak ön yüzde 8 aydır iyileşmeyen gittikçe büyüyen kitle nedeniyle dermatoloji polikliniğinden tarafımıza konsulte edildi. Yapılan muayenede sağ bacak ön yüzde yaklaşık 7x10 cm büyüklüğünde ciltten kabarık üzeri yer yer ülsere kitlesel lezyon tespit edildi (Resim 1-2). Hastanın anamnezinde kitlenin bulunduğu yerde daha önce yanık olduğunu belirtmesi üzerine marjolin ülser zemininde gelişen yassı hücreli karsinom ön tanısıyla hastadan biyopsi alındı. Patolojik incelemesinde hiperkeratotik papillom tanısı konuldu. Tanının kesinleşmesi için tekrar 3 farklı yerden biyopsi alındı. Patolojik tanının aynı olması üzerine lezyonun total eksizyonu planlandı. Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Tümör total eksize edilerek oluşan doku defekti uyluk anteromedialinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı.

Tartışma: Hiperkeratotik papillom hızlı büyüyerek ve ülsere olarak yassı hücreli karsinomla karışabilir. Ön tanısı yassı hücreli karsinom olan vakaların ayırıcı tanısında hiperkeratotik papillom da düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Thorne CH. Dermatology for plastic surgeons. In: Grabb&Smith's plastic surgery. Hazen A. Culliford A (eds). 6th ed. New York: Lippincott Williams&Wilkins. 2010: 105-115.
2. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: Incidence. J Am Acad Dermatol 30:774, 1994.

Resim 1



Alt ekstremitede papillomun görünümü

Resim 2



Papillomun yakından görünümü

P-134
İhmal edilmiş 35 yıllık pilonidal sinüs hastasında gelişen SCC olgusu

Muhammet Ömür Ersin Altun, Alper Ural, Hasbi Mert Meral, Ümit Naci Karaçal, Murat Livaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Pilonidal Sinüs Hastalığı çok sık görülen, iyi bilinen sıklıkla erkeklerde görülen benign karaktede bir hastalıktır. Popılasyonda %5 oranında görülmektedir. En sık sakrokoksigeal bölgede oluşmaktadır. Bu hastalığın malign dejenerasyonu ise kronik, tekrarlayan ve tedavi edilmemişhastalarda görülen nadir bir komplikasyondur. Prognozu ise melanoma dışı cilt kanserleriyle kıyaslandığında daha kötüdür. Literatürde 1900 yılında bildirilen ilk olgudan bu tarafa pilonidal sinus zemininde malignite gelişmesine dair bildirilen olgu sayısı 70 kadardır. Pilonidal sinus zemininde gelişen tümörlerden en sık görülen histolojik tip %90 ile SCC'dir. Tedavisinde ise sağlam sınırla geniş eksizyon en önemli yeri tutarken RT ve KT tedavide yeri sınırlıdır Bu makalede uzun sureli tedavi edilmemiş bir pilonidal sinus hastalığı zemininde gelişen SCC olgusu sunulmuştur.

Vaka: 59 yaşında erkek hasta, kliniğimize 35 yıldır sakrokoksigeal bölgede bulunan, hiç cerrahi müdahale yapılmayıp pansuman ile takip edilerek, son 2 yıldır giderek büyüyen akıntılı 6X6X4 cm ebatındaki ülsere lezyon ve lezyon lateralinde 10X8 cm ebatında üzeri hiperemik birkaç bölgeden cilde fistülize akıntılı yara ile başvurdu. Hastaya antibiyoterapi başlanarak lezyonun eksizyonu açısından hazırlık yapıldı. Hasta 22.4.2015 tarihinde opera edildi. Spinal anestezi altında vakaya başlandı. Skaral bölgedeki lezyon için çizim yapıldı ve çizime uygun kitle eksize edildi. Kitlenin sacrum ve perineal bölgeye uzanımları olduğu görüldü ve debridman yapıldı. Sonrasında açık alanine lateralinden ve medialinden 2 adet fasyokutan flep tasarlandı. Plana uygun flepler eleve edildi ve açık alana adapte edildi. Postoperatif kötü kokulu akıntısında artış olan hastaya anorektal fistül değerlendirilmesi açısından MR istendi. Hasta 28.4.2015 tarihinde yara yeri kapatılmasında kullanılan flep distalinde nekroz olması üzerine yeniden operasyona alındı. Spinal anestezi altında vakaya başlandı. Flep distalindeki nekroz hattı sağlam sınırdan eksize edildi. 15X20cm ebatındaki açık alan için sağ gluteal bölgeden distal bazlı fasyokutan flep planlandı. Plana uygun flep edildi ve açık alana adapte edilerek vaka sonlandırıldı. Hastanın biyopsi sonucu Skuamöz Hücreli Karsinom (iyi diferansiye), lenfovasküler invazyon yok, perinöral invazyon mevcut olarak raporlandı. Hastanın postoperatif dönemde kötü kokulu akıntısı zamanla azalmış ve postoperative 1. haftada drenleri çekilmiştir. Postoperatif 1. ayda yara yeri tamamen kapanmıştır. Hastanın takiplerinde postoperatif 14. haftasında yara yerinde tekrar açılma olmuş ve nüks düşünülerek insizyonel biyopsi alınmıştır.

Sonuç Ve Tartışma: Kronik yara zemininde SCC gelişmesi durumundan literatürde birçok kaynakta bahsedilmektedir. Fakat pilonidal sinüs gibi toplumda sık karşılaşılan benign karakterde bir hastalıktan uzun dönemde SCC gelişmesi oldukça nadir bir durumdur. 1900 yılından bu tarafa 70›in altında vaka bildirilmiştir. Pilonidal Sinüs zemininde SCC gelişen olguların istatistiklerine bakıldığında %90›ının erkek cinsiyette, ortalama 50 yaşlarında ve ortalama 25 yıldırbu hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Bu durum kliniğimizde karşılaştığımız olguyla da örtüşmektedir. Pilonidal Sinüs zemininde malignite gelişme riski çok düşük olsa da gelişen malignitelere içerisinde en sık görülen histolojik tip iyi diferansiye SCC›dir. Olgumuzda da patolojik inceleme sonucu iyi diferansiye SCC olarak raporlanmıştır. Bunun dışında BCC, Adenokarsinom ve miksed SCC ve BCC olguları da bildirilmiştir. Literatürde bildirilen malign formasyon gösteren olguların ortalama yara yeri çapı 5cm›dir, çoğu derin dokulara invaze ve fistülize, %8›i kemiğe invaze olarak bulunmuştur. Bu durumda olgumuzla uyumludur. Pilonidal Sinüs zemininde SCC tedavisinde geniş eksizyon ve primer veya flepler ile kapatım önerilmekte ilaveten kemoterapi- radyoterapi önerilmektedir fakat bu nüks oranlarının %50›leri bulmasını engellememektedir. Bu nedenle pilonidal sinüs hastalığının mümkünse erken dönemde tedavisinin sağlanmasına, geç kalınmış olgularda ise yaklaşımda öntanı olarak yara yeri zemininde SCC gelişebilmesi ihtimalini akılda tutmaya dikkat edilmelidir.

P-135
Ayakta Atipik Malign Melanom: Olgu Sunumu

Mustafa Durgun, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mübin Hoşnuter, Dağhan Işık, Soysal Baş
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Kutanöz malign melanom insidansı günümüzde gittikçe artmaktadır. Malign melanomaların tanısı genellikle fizik muayene ve sonrasında yapılan biyopsilerin patolojik incelemesi ile konulmaktadır. Cerrahi tedavisi lezyonun geniş olarak eksizyonu ve tutulma ihtimali yüksek olan bölgesel lenf nodlarının çıkarılmasıdır. Nodüler tip, melanom tipleri arasında ikinci sıklıkta görülen, daha çok sırt, alt ekstremite ve baş-boyunda yerleşen kötü prognozlu tiptir. Bu olgu sunumunda amacımız diz protezi ameliyatı sonrası ayak parmakları arasında lezyon oluşmuş atipik bir malign melanomalı olgunun sunulmasıdır.

Olgu Sunumu: 79 yaşındaki bayan hasta ayak 3. ve 4. parmaklar arasında 2 yıldır iyileşmeyen ve giderek büyüyen yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 2 yıl önce diz protezi ameliyatı geçirdiği öğrenildi.Başvurduğu kliniklerde yaranın ameliyat sonrası maserasyona bağlı olduğu düşünülmüş ve buna yönelik tedaviler uygulanmış. Polikliniğime ilk başvuruda hastadan insizyonel biopsi aldık.Biopsi sonucu malign melanom gelmesi üzerine hasta cerrahi tedavi için hazırlandı.Operasyonda 3 ve 4. Falankslar ve metatarslar,metatarsotarsal ekleme kadar dezartiküle edildi.5. ve 2. parmaklar teller ile birbirine yaklaştırılarak defekt primer kapatıldı. Sol süperfisyal inguinal lenfadenektomi yapıldı.Patoloji sonucu,nodüler malign melanom olarak geldi.

Sonuç: Nodüler malign melanomlar genellikle açık veya kahverengi nodül ile görünmelerine rağmen olgumuzda olduğu gibi atipik bir şekilde de ortaya çıkabilmektedir. Buradan da yola çıkarak iyileşmeyen yaralarda, malign melanom mutlaka akılda tutulmalı ve biopsi alınmalıdır çünkü malign melanomun erken tanı ve tedavisi ile kür sağlanabilmektedir.

P-136
Bir plastik cerrah için "Frozen Section" histopatolojik incelemesi güvenilir mi?

Umut Suadiye[1], Orhan Tuğrul[1], Oğuz Atan[1], Kadri Özer[2], Adile Dikmen[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Cilt kanserleri bilindiği üzere en sık görülen kanser tipidir ve bu kanserler içerisinde de melanoma dışı kanserler çoğunluğu oluşturmaktadır. Her ne kadar düşük mortalite ve düşük metastaz oranlarına sahip olsalar da, bu kanserler lokal invazif olabilmektedirler ve yetersiz tedavi sonrasında tekrar etme özelliği gösterebilmektedirler. Bu vaka raporunda, burun dorsumunda yerleşik ilerlemiş bir bazal hücreli karsinomda uygulanan radikal cerrahi eksizyon sonrasında marjin kontrolü için frozen incelemesinin yapıldığı bir hasta tartışılmaktadır. Frozen incelemesi ile cerrahi negatif sınırların elde edilmesinden sonra internal nazal kaplama için cilt greftinin kullanıldığı, eksternal nazal kaplama için ise paramedian alın flebinin kullanıldığı ve iskelet çatı desteği için ise paramedian alın flebinde cep oluşturularak kartilaj greftlemenin kullanıldığı nazal rekonstruksiyon uygulanmıştır. Sorunsuz iyileşme süreci gelişmiştir. Operasyondan iki hafta sonra eksize edilen spesimenin histopatolojik inceleme sonucunda iki yan cerrahi sınırda tümör pozitifliği raporlanmıştır. Bu patoloji raporu ile hasta bilgilendirildikten sonra ikinci bir cerrahiyi kabul etmeyeceğini belirten hasta ileri inceleme için radyasyon onkolojisi bölümüne yönlendirilmiştir. Sunulan vaka raporunda frozen section incelemesinin yanlış negatif sonucu ile kati rekonstruksiyon yapılması, bu incelemenin güvenilirliğini tartışmaya açabilmektedir. 2012 yılında melanoma dışı kanserlerde yapılan frozen section ile final histopatolojik rapor karşılaştırılmasında %23 ikinci cerrahi ihtiyacı doğduğu belirtilmiş, yazarlar, yüz ve boyun tümörlerinin tedavisinde frozen section incelemesinin optimal sınırları elde etmede bazen zor olabileceğini fakat tek basamaklı cerrahilerde hızlı bir inceleme sağlayacağından bahsedilmiştir. Melanoma dışı cilt kanserlerinde intraoperatif frozen section incelemesi opsiyonel bir uygulama olarak kalmakla birlikte, etkinliği ve güvenilirliği tartışmalıdır. Bu vaka raporu ile, frozen section incelemesinin daima sadece bir tavsiye edici olarak kalması önerilebilir. Bu konuda geniş çalışmaların yapılması gündeme getirilmelidir.

Resim 1



Ekstansif nazal dorsumdaki bazal hücreli karsinom ve klinik çizilen marjin sınırları

Resim 2



Frozen section sonrası negatif cerrahi sınırların eldesi edilinceye kadar yapılan eksizyon sonrası nazal bölgenin görünümü

Resim 3



Frozen section ile negatif sınırların eldesi sonrası rekonstruksiyonun yapılması

P-137
Ksifoid çıkıntı belirginliği: Yönetimi ve literatürün gözden geçirilmesi

Şafak Uygur, Billur Sezgin, Selahattin Özmen, Reha Yavuzer
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,İstanbul

Giriş: Ksifoid çıkıntı belirginliği çok nadiridir ve literatürde çoğunlukla ksifodina ile bildirilmiştir(1,2). Bu rahatsız edici durum ve ksifoid çıkıntının çıkarılmasıyla ilgili az sayıda literatür mevcuttur (1,3). Ksifoidin agresif çıkarılması ve beklenmedik kanamalar bildirilmiştir (4). Bu çalışmada belirgin ksifoid çıkıntısı olan bir olgu ve kısmi ksifoidektomi tekniği sunulmuştur.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta son 6 aydır kendisini rahatsız eden belirgin ksifoid çıkıntı şikayeti ile başvurdu. Öncelikli olarak görünüm şikayeti olmakla birlikte üzerine bastırılınca rahatsızlık şikayeti de mevcuttu. Lateral radyografide ksifoid çıkıntının ksifosternal açı 130 derece olarak kanca şeklinde belirgin olduğu görüldü (Resim 1). Cerrahi teknik: Ksifoid tabanından ksifoidin belirgin olduğu cilt alanının 1 cm altına kadar olan orta hat insizyonu yapıldı (Resim 2). Vaskülaritesi yüksek olan ksifoidin lateralindeki alanda kanamayı önlemek için monopolar koter ile diseksiyon yapıldı. Ksifoidin belirgin olan alanı ön ve arka rektus kılıfından ayrılarak ekspoze edildi. Freer elevatörüyle periost altı planda diseksiyon yapıldı. Ksifoid tabanı diyafram hasarını önlemek için çok geniş diseke edilmedi. Ksifoidin belirgin kısmı «rongeur» ile eksize edildi (Resim 3). Ameliyat öncesinde rezeksiyon sonrası «bone wax (kemik mumu)» kullanımı planlansa da monopolar koterin agresif kullanımıyla buna gerek kalmadı. Rektus fasyası 2-0 Poliglaktin 910 ile kapatıldı. Ciltaltı-cilt kapaması için 3-0 Poliglekapron25 kullanıldı.

Tartışma: Literatürde ksifoid morfolojisi ve ksifoid çıkıntının hastalıkları arasındaki ilişki ile ilgili bildirimler mevcuttur. Enomoto ve ark.›ları kardiyak cerrahiden 2 yıl sonra göğüs ağrısı ve ksifoidin anormal uzamasıyla ksifoid çıkıntının rezeke edildiği bir olgu bildirmişlerdir (5). Maigne ve ark.›ları hamilelik, travma ve cerrahi sonrası cilt altında belirginleşen ksifoid çıkıntıya bağlı ağrı şikayeti olan 3 olgu bildirmişlerdir. Ksifoid çıkıntının öne doğru aşırı belirginliğinin mekanik rahatsızlık ve olası lokal inflamasyona neden olduğunu ve hastalarını lokal glukokortikoid enjeksiyonları ve oral analajeziklerle tedavi ettiklerini bildirmişlerdir (1). Lipkin ve ark.›ları ksifodinayı 1712›de tanımlamışlar ve buna bağlı ilk ksifoidektomi prosedürünü 1852›de bildirmişlerdir (3). Bizim olgumuzda ağrı, travma veya cerrahi öyküsü yoktu. Hastamızın önceliği fiziksel görüntüsü idi ve ksifoid kısmi olarak rezeke edildi. Bildiğimiz kadarıyla literatürde ksifoidektomi ile ilgili az sayıda bildiri mevcuttur. De Lima Vazquez ve ark.›ları üst abdominal cerrahilerde ekspojuru iyileştirmek amaçlı hızlı ve kansız bir ksifoiddektomi yaklaşımı bildirmişlerdir. Ksifosternal bileşkede yatay bir osteotomi ile ksifoidi sternumdan tamamen ayırmışlardır (4). Bizim olgumuzda herhangi bir traksiyona veya osteotomiye gerek duyulmadan «rongeur» ile güvenli bir rezeksiyon yapılmıştır. Ksifoidektomide en öemli problem kan kaybıdır. Chuter ve ark.›ları bu bölgede internal mamarian arterden ve süperior derin epigastrik arterden gelen zengin kanlanmayı bildirmişlerdir (6). Bizim olgumuzda dikkatli periost altı diseksiyon ve ksifoid güdüğünde yüksek voltajlı monopolar elektrokoter kullanarak hemostaz sağlandı. Kemik mumu (bone wax) kullanma gerekliliği olmamasına rağmen operasyon sırasında mutlaka bulundurulmasını tavsiye ediyoruz. Sonuç olarak bu nadir antitenin bilinmesi gerekliliği fizik muayenede epigastrik kitlesi olan olgular için gereklidir ve basit önlemlerle kanamalar önlenerek kısmi ksifoidektomi gerçekleştirilebilir.

Referanslar:
1. Maigne JY, Vareli M, Rousset P, Cornelis P (2010) Xiphodynia and prominence of the xyphoid process. Value of xiphosternal angle measurement: three case reports. Joint Bone Spine 77:474-476.
2. Howell JM (1992) Xiphodynia: a report of three cases. J Emerg Med 10:435-438.
3. Lipkin M, Fulton L, Wolfson E (1955) The syndrome of the hypersensitive xiphoid. N Eng J Med 253:591–597.
4. de Lima Vazquez V, Sugarbaker PH (2003) Xiphoidectomy.Gastric Cancer 6:127-129.
5. Enomoto N, Tayama K, Kohno M et al. (2011) Postoperative elongation of the xiphoid process: report of a case. Ann Thorac Cardiovasc Surg 17:307–309.
6. Chuter TA, Steinberg BM, April EW (1992) Bleeding after extension of the midline epigastric incision. Surg Gynecol Obstet 174:236.

Resim 1



Lateral radyografide görülen ksifoid çıkıntı belirginliği

Resim 2



Preoperatif işaretleme

Resim 3



Rezidü ksifoidin agresif koterizasyon sonrası görünümü

P-138
Skrotal kalsinozis:Olgu sunumu

Arif Aydın[1], Şükrü İşler[1], Türker Üstün[1], Yavuz Demir[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyon
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD,Mersin

Giriş: İdiopatik kalsinozis kutis;intradermal yerleşimli değişik sayı ve ebatlarda olabilen nodüllerle karakterize patofizyolojisi hala net olarak aydınlatılamayan nadir görülen bir durumdur.Sarımsı beyaz renkte olan bu nodüller genellikle asemptomatiktir ve kalsiyumdan zengindir. Erkeklerde genellikle penis ve skrotum,kadınlarda ise meme ve vulvada görülmektedirler. Patofizyolojisinde kalsiyum ve fosfor metabolizmasında oluşan bir bozukluktan şüphelenilmektedir fakat tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Çalışmamızda bu nadir görülen duruma sahip bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta 6 aydır skrotumunda mevcut olan ve büyümekte olan kitleler nedeniyle başvurdu. Herhangi bir travma ya da sistemik hastalık öyküsü yoktu. Vücudunda başka bir yerde benzer nodüller yoktu,noduller palpasyonla ağrısızdı.Sedasyon altında nodüller eksize edildi ve cilt primer sütüre edildi.Postop takiplerinde hasta sorunsuz izlendi.

Sonuç: İdiopatik kalsinozis kutis,patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış nadir bir durumdur.Asemptomatik seyretmesine rağmen yaşam kalitesini önemli oranda bozmaktadır. Cerrahi eksizyon tedavide iyi sonuçlar vermektedir.

skrotal kalsinozis



P-139
Vücutta yaygın nörofibromlar:Olgu sunumu

Arif Aydın
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Afyon Devlet Hastanesi,Afyonkarahisar

Giriş: Nörofibromatozis genetik bir hastalıktır.Sinirlerde ve vücudun başka bölgelerinde benign tümörlerin oluşmasına neden olur.İki çeşidi vardır.Nörofibromatozis tip 1; ciltte çok sayıda kahverengi leke(cafe-au-lait), çiller ve nörofibrom adı verilen irili-ufaklı urlarla kendini gösterir. Bazan omurga eğriligi (skolyoz) gibi kemik şekil bozuklukları, beyinde, kafa sinirlerinde ve omurilikte tümörler de gelişebilmektedir.Nörofibromatozis tip 2›de genellikle 8. kraniyal sinirin beyin sapına girdiği yerde tümör(akustik nörinom,schwannom) olur.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta yaklaşık 20 yıldır vücudunda mevcut kitleler nedeniyle kliniğimize başvurdu.Yer yer cafe-au-lait lekeleri de mevcuttu.Daha önce kitlelere herhangi bir cerrahi girişim yapılmamış.Hastanın sistemik herhangi bir şikayeti yoktu,sadece görüntüden rahatsız olması nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Lokal anestezi altında hastanın sol omuz,sol subskapuler

bölge,sağ bacak,sağ uyluk ve sağ önkolundan tanısal amaçlı eksizyonlar yapıldı.Subskapuler bölgedeki lezyon ‹›lipom›› diğerleri ise ‹›nörofibrom›› olarak geldi.Hasta nörofibromatozis açısından nöroloji kliniğine konsülte edildi. Sonuç: Nörofibromatozis yaygın sistematik tutulum yapabilen kalıtsal bir hastalıktır.Vücutta mevcut noduler kitleler,kahverengi lekeler,aksiller çillenme,skolyoz gibi durumlarda bu hastalıktan şüphelenilmeli ve ileri tetkikler yapılmalıdır.

yaygın nörofibromlar



yaygın nörofibromlar



yaygın nörofibromlar



P-140
Ön Kolda İntermusküler Lipoma Bağlı Posterior İnterosseos Sinir Sendromu

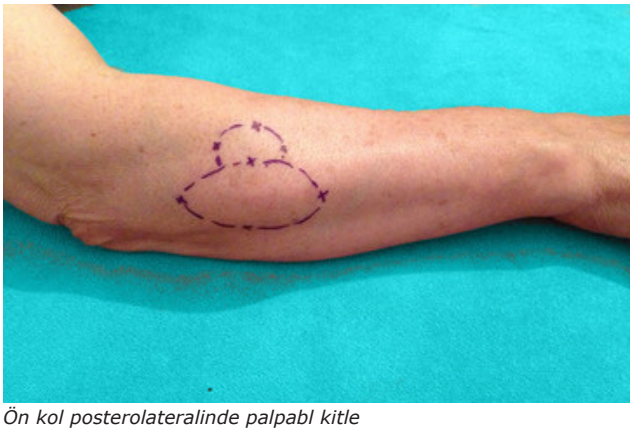
Dr. Bekir Ünal[1], Dr. Mert Muhittin Sandıkçı[1], Dr. Ergin Seven[1], Dr. Hülda Rıfat Özakpınar[1], Dr. Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Lipomlar en sık görülen benign yumuşak doku tümörleridir ve genellikle subkutan dokuda lokalizedirler. Nadiren intermusküler, intramusküler, parosteal planlar gibi daha derin bölgelerde yerleşim göstererek sinir kompresyonuna sebep olabilirler. Proksimal ön kolda oluşan intermusküler yerleşimli bir lipom, bu bölgenin anatomik özellikleri nedeniyle posterior interosseos sinir paralizisine neden olabilir.

Olgu Sunumu: 55 yaşında bayan hasta, sağ ön kol posterolateralinde yaklaşık 2 yıldır mevcut olan kitle ve sağ elde özellikle 1. ve 2. parmakta, son 6 aydır belirginleşen hareket kısıtlılığı, güçsüzlük, gündelik işleri yapmakta zorluk şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Bilinen herhangi bir hastalık ve travma öyküsü olmayan hastaya yapılan fizik muayenede; sağ ön kol proksimal 1/3 posterolateralinde, sınırları düzensiz, mobil, ağrısız bir kitle saptandı (Resim 1). 1. parmak ekstansiyonu, abduksiyonu ve 2. parmak metakarpofalangeal eklem ekstansiyonu belirgin kısıtlıydı. Yapılan manyetik rezonans görüntülemede; cilt/cilt altı yağ planları seviyesinde yakın komşuluğu olan 6x2 cm ve 3,6x1,4 cm boyutlarında iki adet lipom ile uyumlu kitle (Resim 2) ve yapılan elektromiyografide; lezyon distalinde radial sinir motor iletim hızında düşüklük ve parsiyel radial sinir hasarı saptandı. Hastaya cerrahi planlandı. Subkutan dokuda ortaya çıkan kitlenin brakioradialis ve ekstensör karpi radialis longus kasları arasında uzanım göstererek posterior interosseos siniri çepeçevre sarmış olduğu görüldü (Resim 3). Kitle eksize edildi ve kitlenin patolojik inceleme raporu lipom ile uyumlu geldi.

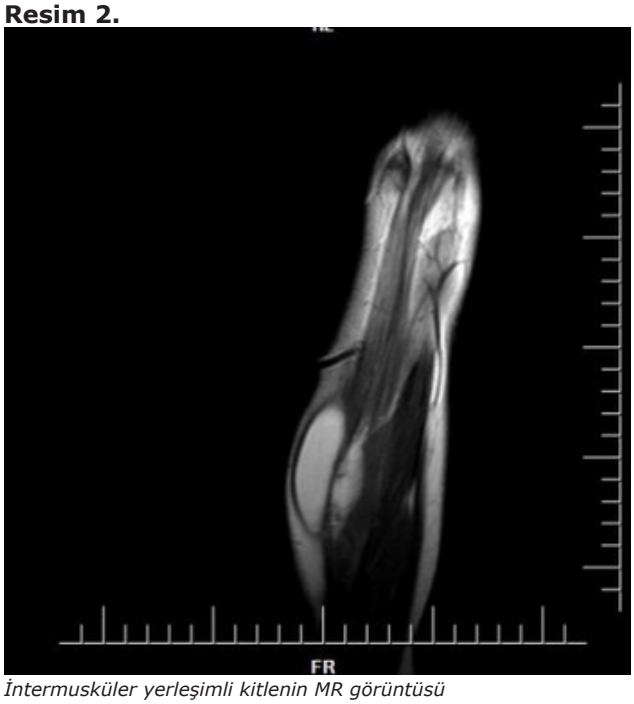
Tartışma Ve Sonuç: Lipoma bağlı PIN sendromu nadirdir ancak özellikle proksimal ön kolda radial sinirin anatomik komşulukları nedeniyle kompresyona olan duyarlılığı akılda bulundurulmalıdır. Cerrahi dekompresyon sonrası erken dönemde başlanacak olan fizik tedavi motor kaybın maksimum rehabilitasyonu açısından önemlidir.

Resim 1.



Ön kol posterolateralinde palpabl kitle

Resim 2.



İntermusküler yerleşimli kitlenin MR görüntüsü

Resim 3.



Brakioradial kas altında uzanan ve PIN' e invazyon gösteren lipomatöz kitle

P-141
Bilateral İnguinal Hidroadenit Supurativa

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Hidradenitis supurativa sinüs formasyonu, fibrozis ve sklerozise eğilim ile giden kronik süpüratif bir hastalıktır. Apokrin tez bezlerinin bir hastalığı oup tüm lokalizasyonlarda gelişebilir. Bu bölgeler koltukaltı, meme başları, göbek, perine, kasıklar ve gluteadır. Medikal tedavi secenekleri arasında sistemik ve topikal antibiyotikler, intralezyonel steroid enjeksiyonu, sistemik retinoidler ve hormonal tedaviler yer almaktadır. Cerrahi tedavide ise drenajdan radikal eksizyon ve rekonstruksiyona kadar değişen bir yelpazede tedavi seçeneği vardır.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta kliniğimze tekrarlayan kasık bölgesinde akıntı şikayeti ile geldi. Hasta şikayetinin 3 yıldır aralıklarla tekrar ettiğini ve bir hafta önce yeniden şişlik ve akıntı olduğunu belirtti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ inguinal bölgede 20x15 cm alanda multipl fistül ağızlarının olduğu pürülan akıntı ve sol inguinal bölgede 30x20 cm alanda multipl fistül ağızlarının olduğu pürülan akıntı mevcut idi. Laboratuarda lökosit:15.200 mm3, sedimantasyon 20mm/saat, CRP 15,3 idi. Diğer laboratuar bulguları normal idi. Hastanın akıntılı yara alanından kültür alındı. Dermatoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyonu istendi. Yara yerinde üreme olması nedeni ile hastaya 10 gün süre ile antibiyoterapi verildi. Yara yerinde akıntısı azalan, sedimantasyon ve CRP değerleri gerileyen hastanın multipl fistül ağızları eksize edildi ve oluşan defektler fasyokutanöz flepler ile kapatıldı.

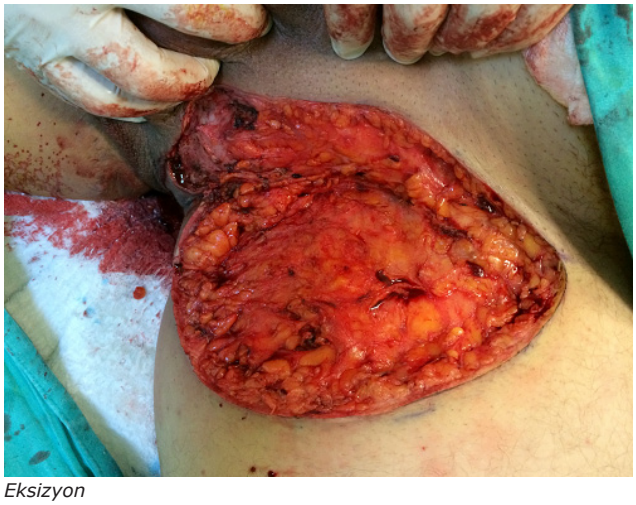
Sonuç: Hidradenitis supurativa vakalarında hastalar genellikle medikal olarak tedavi edilir ve nüks oranları yüksektir. Bu olguda bilateral inguinal bölge yaygın yerleşimli Hidroadenit Supurativa vakası eksizyonu ve takibinde rekonstruksiyon amaçlı cerrahi uygulanmıştır.

Resim 1



İnguinal Hidroadenitis Supurativa

Resim 2



Eksizyon

P-142
Ethyl Chloride ile Hızlı ve Ağrısız Skin Tag Eksizyonu

Tahsin Görgülü, Merve Torun, Abdülkerim Olğun, Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Skin Tag(Akrokordon) genellikle cilt renginde veya hiperpigmente olup sıklıkla cilde ince bir pedikül ile bağlı lezyonlardır ve sıklıkla boyun, aksilla ve kasıkta oluşurlar. Bu geniş alanda ve çok sayıda bulunabilen pedikülllü lezyonları lokal anestezi ile mi yoksa anestezisiz mi eksize edilmesi gerektiği sıklıkla önümüze çıkan bir ikilemdir. Her lezyona tek tek lokal anestezik infiltrasyonu bir seçenek iken, anestezisiz hızlı bir şekilde pedikülü kesmek bir diğer seçenektir. Ancak her iki teknikte sonuç olarak bir miktar ağrılıdır ve sayı arttıkça hasta açısından katlanılmaz olabilir. Biz uzunca bir süredir klinik rutinimizde ethyl chloride sprey ile mikropenset ve mikro makas kombinasyonunu skin tag eksizyonu için kullanmaktayız. Bu uygulama ile hızlı bir şekilde neredeyse ağrısız olarak lezyonların eksizyonu mümkün olmaktadır.

video



Skin tag Eksizyonu

P-143
Bilateral Dev Lİpom

Şükrü İşler[1], Salih Kavuncu[2], Necmettin Karasu[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Lipom insan vücudunun mezenkimal kaynaklı en sık neoplazmı olarak karşımıza çıkmaktadır. Asemptomatik olmaları nedeniyle nadiren de olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Ayırıcı tanıda birçok benign ve malign tümoral yapı ile karışabilmesine rağmen tedavide total cerrahi eksizyon yeterlidir.

Olgu: 49 yaşında bayan hasta tüm vucutta bulunan yaygın, dev ebatlı yumuşak kıvamlı kitleler nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol gluteal bölge yerleşimli yaklaşık 40 x 30 cm alanda cilt altı yumuşak kıvamlı kitle, sağ gluteal bölgede yaklaşık 35 x 30 cm alanda cilt altı yumuşak kıvamlı kitleler mevcut idi. Hastaya CT istendi ve cilt altı yağlı doku ile eş dansitede yumuşak kıvamlı, lipomatöz içerikli kitleler olarak rapor edildi. Hastaya eksizyon önerildi fakat insizyon genişliği nedeni ile hasta kabul etmedi. Hastaya önerilen aspirasyon işlemini kabul ederek bilateral uyluk bölgelerinden yaklaşık 1000 cc lipomatöz aspiratif doku elde edildi. Aspiratların patolojik incelemeleri sonucunda lipom ile uyumlu gözlendi.

Sonuç: Temel tedavi sekli cerrahi eksizyon olan lipomlar, fonksiyonel veya kozmetik nedenlerle eksize edilebilirler. Dev lipomların eksizyon sonrası geniş skarlarının olması nedeni ile bu tip hastalar aspirasyon yöntemi ile tedavi edilebilirler.

P-144
Nadir Görülen Pediatrik Dermatofibro Sarkoma Protuberans Olgusu

Metin Temel[1], Ertan Günal[2], Ömer Berberoğlu[3]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]SEV Amerikan Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.
[3]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) deride çok nadir görülen tümörleridendir. Yüksek rekürrens hızına rağmen nadiren metaztaz yapması nedeniyle intermediated malignite olarak değerlendirilir (1). Çocuklarda görülmesi çok nadir olduğundan kliniğimizde tedavi ve takip ettiğimiz bir hastamızın bulgularını paylaşmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: 5 yaşında kız hasta interskapüler bölgede 2x2 cm genişliğinde kırmızı renkte skara benzeyen lezyonun 4 aydır mevcut olması nedeniyle başvurdu. 3cm cerrahi sınırla kas fasyası dahil edilerek eksize edildi.

Sonuçlar: Patolojik olarak dermatofibrosarkoma protuberans olarak rapor edildi. Oluşan defekt Reading Man flep tekniği ile kapatıldı. 6 aylık takip peryodunda nüks görülmedi.

Tartışma: DFSP tam olarak histogenezisi bilinmemesine rağmen fibroblastik veya histiositik orjinli olabileceği bildirilmektedir (2,3). Tüm maligniteler içindeki insidansı %0.1'dir (4) her iki cinsiyette eşit oranda görülür ve 2-5 dekadlarda pik yapar (5,6). Çocuklarda DFSP'yi ilk rapor eden Hoffmanndır (7,8). Günümüze kadar toplam bildirilen vaka sayısı 200 civarındadır. Bunların 30 kadarı DFSP'nin konjenital formu olup küçük bir nodül şeklinde başlamaktadır (2,8-10). Genellikle mavimsi kırmızı plak şeklinde görülmektedir. Lezyonlar genellikle asemptomatik olup bazen ağrı ve ülserasyon eşlik edebilir (5,11). Çocuklardaki lezyon dağılımları incelendiğinde erişkinlerle benzer dağılımlar gösterir ve genellikle gövde ve üst ekstremitede yerleşmiş durumdadır (1,5). Patolojik tanıda histiositik tümörlerle karışabilir ve immünohistokimyasal olarak nörofibrom, dermatofibrom, hemanjiom, spindle hücreli sarkom, dev hücreli fibroblastomdan ayırt edilmelidirler (11,12-14). Lokal rekürrens %50-70 civarında bildirilmiştir. Bu nedenle geniş cerrahi eksizyon yapılaması özellikle baş ve boyundaki lezyonlarda önerilmektedir (15,16). Uygun cerrahi eksizyon yapılmadığı takdirde fonksiyonel ve estetik ünitlerde deformasyonla sonuçlanabilir. DFSP'da mitoz sayısının artışı, lezyonun sık nüksetmesi fibrosarkomatöz değişikliklerin gerçekleştiği ve metaztaz potansiyelinin ortaya çıktığını gösterir. Çok nadiren metaztaz yapar ve ensık olarak hematojen yolla akciğerlere yapmaktadır (1,4,17). Geniş cerrahi eksizyonda nüks riski %0-20 aralığında bildirildiğinden en az 3 cm cerrahi sınırla eksizyon önerilmektedir (17-19). Yüksek rekürrensin

olduğu baş boyun bölgesinde ise fonksiyonel ve estetik ünitelerde deformiteye neden olmamak için Mohs cerrahisi önerilmektedir (20).

KAYNAKLAR:
1. Enzinger FM, Weiss SW.Soft tissue tumours. 3rd ed. St Louis:Mosby; 1995.
2. Weinstein JM, Drolet BS, Esterly NB, et al. Congenital dermatofibrosarcoma protuberans.Arch Dermatol2003;139: 207e11.
3. Ng A, Nishikawa H, Lander A, et al. Chemosensitivity in paediatric dermatofibrosarcoma protuberans. J Pediatr Hematol Oncol2005;27:100e2.
4. Garcia C, Clark RE, Buchanan N. Dermatofibrosarcoma protuberans.Int J Dermatol 1996;35:867e71.
5. Taylor HB, Helwig EB. Dermatofibrosarcoma protuberans: a study of 115 cases.Cancer1962;15:717.
6. Burkhardt BR, Soule EH, Winkelmann RK, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans. Study of fifty-six cases. Am J Surg 1966;11:638e44.
7. McGregor JK. Role of Surgery in the management of dermatofibrosarcoma protuberans.Ann Surg1961;154:255e8.
8. Checketts SR, Hamilton TK, Baughman RD. Congenital and childhood dermatofibrosarcoma protuberans: a case report and review of the literature.J Am Acad Dermatol2000;42:907e13.
9. Martin L, Combemale P, Dupin M, et al. The atrophic variant of dermatofibrosarcoma protuberans in childhood: a report of 6 cases.Br J Dermatol1998;139:719e25.
10. Thornton SL, Reid J, Papay FA, et al. Childhood dermatofibrosarcoma protuberans: role of preoperative imaging.J Am Acad Dermatol2005;53:76e83.
11. McKee PH, Fletcher CDM. Dermatofibrosarcoma protuberans presenting in infancy and childhood.J Cutan Pathol1991;18: 241e6.
12. Keshen TH, Cederna PS, Savell Jr VH, et al. Clinical and pathological features of pediatric dermatofibrosarcoma protuberans.Ann Plast Surg1995;35:633e7.
13. Mikhail GR, Lynn BH. Dermatofibrosarcoma protuberans.J Dermatol Surg Oncol1978;4:81e4.
14. Heenan PJ. Tumours of the fibrous tissue involving the skin. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, editors.Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Philadelphia: LippincottRaven Publishers; 1997. p. 853e6.
15. Sondak VK, Cimmino VM, Lowe LM, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: what is the best surgical approach?Surg Oncol 1999;8:183e9.
16. Hass AF, Sykes JM. Multispecialty approach to complex dermatofibrosarcoma protuberans of the forehead. Arch Otolaryngol Head Neck Surg1998;124:324e7.
17. McPeak CJ, Cruz T, Nicastri AD. Dermatofibrosarcoma protuberans: an analysis of 86 casesefive with metastasis.Ann Surg1967;166:803e16.
18. Roses DF, Valensi Q, LaTrenta G, et al. Surgical treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. Surg Gynecol Obstet1986; 162:449e52.
19. Bowne WB, Antonescu CR, Leung DH, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: a clinic pathologic analysis of patients treated and followed at a single institution.Cancer2000;88:2711e20.
20. Mohs FE.Chemosurgery: microscopically controlled surgery for skin cancer. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1978. pp. 249e55.

P-145
İkincil Meme Küçültmenin Nadir Bir Sebebi: Psödoanjiyomatöz Stromal Hiperplazi

Nilüfer Çetinkaya, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Hasan Çelik, İsmail Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi; Plastik, Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Psödoanjiyomatöz Stromal Hiperplazi (PASH) memenin stromal myofibroblastlarının proliferasyonu ile karakterize benign bir lezyondur. Genellikle östrojen ve progesteron reseptörleri pozitiftir ve premenopozal kadınları etkiler. Hastalık memede ele gelen kitle, mamografide rastlanan bir kitle ya da her iki memede diffüz büyüme olarak karşımıza çıkar. En sık olarak mamografide insidental olarak tespit edilir ve diffüz olarak her iki memede bulunması çok nadirdir. Tanı ince iğne biyopsisi veya cerrahi eksizyonla konur. Benign olmasına rağmen, hastalığın progressive olması ve rekürrensin sık olması nedeniyle tedavisi genellikle seri eksizyonlar veya mastektomi şeklinde olur.

Vaka: 38 yaşında sağlıklı bir kadın hasta, genel cerrahi polikliniğine sağ memesinin üst lateral kadranında ele gelen kitle ile başvurdu. Hastanın aynı lokalizasyondan bir yıl önce benign lezyon eksizyon öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde 8 yıl önce meme küçültme ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Hasta hala memelerinin büyüklüğünden şikayetçiydi. Memenin preoperatif görüntülemesinde, ultrasonda her iki memesinde oval şekilli hipoekoik lezyonların mevcut olduğu görüldü. Mamografide ise her iki memede heterojen radyolusen alanlar tespit edildi. Genel cerrahi kliniği ile birlikte operasyon planlandı. Kitle genel cerrahi tarafından eksize edildi ve tarafımızca redüksiyon mammoplasti yapıldı. Postoperatif 2. günde, hastanın 38.4 °ateşi olması üzerine enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilen hastaya anitibiyoterapisi başlandı. Hastanın takip eden 19 gün boyunda kontrol altına alınamayan, en yükseği 39.5 ℃ olarak ölçülen ateşleri oldu. Bu süreçte hasta hematoloji ile konsülte edildi ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. Hastaya hemofagositik sendrom tanısı kondu. Operasyondan 3 hafta sonra, hastanın ateşi düştü. Aynı zamanda hastanın patolojisi psödoanjiyomatöz stromal hiperplazi olarak rapor edildi. Hastanın hormonal reseptörleri negatif olduğundan, tedavi amaçlı tamoksifen bir seçenek olarak düşünülmedi. Lezyon benign olduğundan ve hastaya redüksiyon uygulandığından ileri bir cerrahi tedavi düşünülmedi. Hemofagositik sendromun psödoanjiyomatöz stromal hiperplazi ile ilişkili olmadığı ve koinsidental bir durum olduğu düşünüldü. İleri bir cerrahi planlanmadı ve redüksiyon mammoplasti, segmental mastektomi olarak değerlendirilerek hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

Tartışma: PASH ilk olarak 1986 Vuitch tarafından tariflenen nadir bir hastalıktır. Hastamızda olduğu gibi, genellikle premenopozal kadınları etkiler. Ve sıkça hastalar ele gelen kitle ile kliğine başvururlar. Görüntüleme yöntemleri oval veya yuvarlak şekilli kitleler tespit edilir. Hastamızda yapılan preoperatif görüntülemelerde, hastalığın diffüz karakterde her iki memede yaygın olarak bulunduğu tespit edildi. PASH'nin esas sebebi, myofibroblastlardaki proliferasyondur ve çoğunlukla östrojen ve progesteron reseptörleri pozitiftir. İstisna olarak hastamızın reseptörleri negatifti. Bu hastalığın en önemli ayırıcı tanısı düşük grade anjiosarkomadır. Bu nedenle 2 cm'den büyük kitleleri histopatolojik tanısının konabilmesi için eksizyon tavsiye edilir. Eğer kitleler çok sayıda ve diffüz ise, bilateral mastektomi ve rekonstrüksiyon tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

P-146
Bruksizmde Botulinum Toksini Uygulamalarımız

Cihan Şahin, Sinan Öztürk, Ceyhun Cesur, Fikret Eren
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul

Bruksizm; dişlerin istemsiz olarak, ritmik veya spazmodik, fonksiyonel olmayan sürtülmesi, gıcırdatılması ve sıkılması olarak tanımlanmıştır (1). Genel popülasyonda insanların %85'i hayatının bir döneminde bruksizm yaşamaktadır. Kronik bruksizm ise yetişkin nüfusun %5 ila 8'inde görülmektedir. Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte duygusal stres, nörolojik bozukluklar, ilaçlar ve diş bozuklukları suçlanmıştır, ve multifaktöryel bir etyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir (2). Bruksizm şikayeti nedeni ile botulinum toksini uyguladığımız iki hastanın sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Olgu 1: 54 yaşında erkek hasta bir yıl önce geçirdiğ trafik kazası sonucu kuadriparezik kalmış. Sonrasında bruksizm şikayeti başlamış. Şiddeti gittikçe artmış ve hasta 2 dişini kırmış. Her iki maseter ve temporal kasa botulinum toksin uygulandı. Maseter kası için mandibuler rim 1 cm üzerine 2 nokta ve zigomatik ark yaklaşık 1 cm altına 2 noktaya (toplam 4X5=20 ünite), temporal kas için origosunun yaklaşık 1-2 cm inferioruna 3 noktaya (toplam 3X5=15 ünite), toplamda 35X2=70 ünite Botox® uygulandı. Bir hafta sonraki kontrolde bruksizm sıklığında değişme olmadığını ancak şiddetinde belirgin azalma olduğunu gözlemledik.

Olgu 2: 7 yıldır bruksizm şikayeti olan 30 yaşında erkek hasta. Hasta gece plakları dahil değişik tedaviler kullanmış ancak fayda görmemiş, hatta plaklar kırılmış. Fizik muayenesinde her iki maseter kasıda hipertrofik görünümdeydi. Hasta sabahları uyandığında çene ekleminde ağrıdan ve temporal bölgedeki baş ağrısından şikayetçiydi. Ayrıca baş ağrısı gün içinde gittikçe şiddetleniyormuş ve mutlaka analjezik alma ihtiyacı oluyormuş. Botulinum toksini her iki maseter ve temporal kasa bir önceki olgu ile aynı yerlere uygulandı. Maseter için toplam 4X12.5=50 ünite Dysport, temporal kas için toplam 3X12.5=37.5 ünite Dysport®. Toplamda 175 ünite uygulandı. Uygulama sonrası 9. günde gece diş gıcırdatmaları kesilmiş ancak diş sıkmaları şiddeti azalmış olarak devam etmiş. Hasta, VAS ile değerlendirilen ağrı şiddetini botox öncesi 8, şimdi ise 4 olarak tanımlıyor. 14. günde tekrar diş gıcırdatmaları başlayan hastaya sadece maseter kaslarına ikişer noktaya ek doz Dysport® uygulandı (4X12.5Ü=50Ü). Bir hafta sonraki kontrolde diş gıcırdatmalarının kesildiğini ve artık rahatsız edici ağrı oluşturmadığını saptadık (VAS 2), ayrıca hasta artık analjezik ihtiyacının olmadığını belirtiyor. Günlük hayatında da kasın güçsüzleşmesiyle ilgili bir rahatsızlık tarif etmiyor. Hastalarımızda bruksizm sıklığında olmasa da şiddetinde belirgin azalma saptadık. Botulinum toksin uygulamasının bruksizm tedavisinde etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz.

P-147
Nadir Bir Olgu: Traksiyona Bağlı Ülserleşme Görülen Dev Akrokordon

Ali Bal[1], Rafet Özbey[2], Mehmet Öztan[3], Mehmet İhsan Okur[1], Serdar Altun[1]
[1]Fırat Üniversitesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ
[2]Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Hatay
[3]Batman Bölge Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Batman

Amaç: Akrokordonlar sık görülen, sıklıkla küçük ve deri renginde olan, aksiller ve boyun bölgesinde daha çok görülmekle beraber vücut yüzey alanının herhangi bir yerinde yerleşebilen, iyi huylu deri lezyonlarıdır. Akrokordonlar; fibroepitelyal polip, skin tags, soft fibrom gibi isimlerle de bilinmektedir. En sık görülen deri lezyonlarındandır (1). Sıklıkla boyun ve koltukaltında görülen saplı lezyonlardır (2). Bu makalede sunduğumuz lezyon bu tür lezyonların nadir görülen bir formu olan dev bir akrokordon olmasının yanında bu kitlenin ağırlığına bağlı yerçekimi sonucu traksiyona uğrayarak aksiler bölgedeki orjininde ülser gelişmesi ile dikkat çekmektedir.

Olgu: 84 yaşında kadın hasta doğuştan var olduğunu ve son dönemlerde giderek büyüdüğünü iddia ederek sol koltuk altında kitle şikayeti ile başvurdu. Kitle üzerinde son birkaç haftadır iyileşmeyen yara olduğunu bildirdi. Yapılan ilk muayenede sapı sol aksillada bulunan ve serbestçe salınan, dokunmakla solid imajı veren dev bir kitle gözlendi. Kitlenin aksilladaki orjininde yaklaşık 2 cm çapında ülsere alan olduğu gözlendi. İlk gözlemde ülserin, kitlenin ağırlığı ile oluşan traksiyona veya maligniteye bağlı olabileceği ihtimalleri düşünüldü. Hastaya bilgi verildikten sonra lokal anestezi altında kitle eksize edildi. Eksizyon sonrası oluşan açık yara primer sütüre edilerek kapatıldı. Kitlenin histopatolojik incelenmesi yapıldı; 17x13x4 cm ebatlarında, üzerinde 2 cm çapında ülserleşme görülen fibroepitelyal polip (akrokordon) histolojik tanısı konuldu. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Rutin klinik olgularda akrokordonlar genellikle 5 milimetreden daha küçüktür (3). Literatürde 8 cm çapına kadar ulaşan büyüklük ve 2,5 kilograma kadar ağırlıklarının olduğu dev akrokordonlar bildirilmiştir (4, 5). Sunduğumuz olgudaki fibroepitelyal polip boyutları 17x13x4 cm olarak tespit ettik. Fibroepitelyal poliplerlerin daha çok alt ektremitede yerleşim gösterdiği bilinmektedir (1, 3). Labium major üzerinde dev akrokordan bildiren makaleler de göze çarpmaktadır (6). Bizim olgumuzda kitlenin yerleşimi sol aksilla bölgesi olduğu görülmektedir. Nadir de olsa fibroepitelyal poliplerde malignleşme görülmektedir. Genel olarak skin tag malignleşme oranı % 0,37 olarak bildirilmiştir (4). Agir ve ark.(1) diz bölgesindeki fibroepitelyal polip zemininde squamoz hücreli karsinom geliştiği bir olgu rapor ettiler. Kronik irritasyon ve inflamasyona maruz kalan fibroepitelyal poliplerde malignleşme olabaliceğinden bu tür vakalar dikkatle incelenmelidir. Bu riskler bulunan tüm fibroepitelyal polipler, özellikle de dev olanlar eksize edilmeli ve bu spesmenlerin histopatolojik incelemesi mutlaka yapılmalıdır. Literatürde; yazarların fibroepitelyal poliplerin kronik inflamasyon ve irritasyon sonucu malignleşebileceği konusunda fikir birliği içinde olduğu görülmektedir (7).

Sonuç: Sunduğumuz bu olguda irritasyon olmadan, kitlenin ağırlığı sonucu yerçekimi etkisiyle ülşerleşme olduğunu gördük. Histopatolojik incelememizde malignite yönünde bir bulgu saptanmadı. Fakat bu tür

ülserleşmelerin de malign transformasyon açısından göz ardı edilmemesi gerektiğini hatırlatmak istedik.

Kaynaklar:
1. Agir H, Sen C, Cek D. Squamous cell carcinoma arising from a fibroepithelial polyp. Ann Plast Surg 2005;55(6):687-688.
2. Banik R, Lubach D. Skin tags: localization and frequencies according to sex and age. Dermatologica 1987;174(4):180-183.
3. Fetsch JF, Davis CJ Jr, Hallman JR, Chung LS, Lupton GP, Sesterhenn IA. Lymphedematous fibroepithelial polyps of the glans penis and prepuce: a clinicopathologic study of 7 cases demonstrating a strong association with chronic condom catheter use. Hum Pathol 2004;35(2):190-195.
4. Eads TJ, Chuang TY, Fabré VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. Arch Dermatol 1996;132(12):1459-62.
5. Choudhary ST. Treatment of unusually large acrochordon by shave excision and electrodesiccation. J Cutan Aesthet Surg. 2008;1(1):21-22.
6. Doe PT, Grattan CE. Guess what! Skin tag (acrochordon) on the labium majus. Eur J Dermatol 1998;8(8):587-8.
7. Aksoy B, Aksoy HM, Cıvaş E, Üstün H. Giant skin tags located in the lower half of the body: report of two cases. Turkiye Klinikleri Med Sci 2009;29(6):1770-1772.

Anterior görünüm



Sol aksillada traksiyon hatında ülserleşme görülen dev akrokordon olgusu.

Lateral görünüm



Sol aksillada traksiyon hatında ülserleşme görülen dev akrokordon olgusu.

P-148
Alt Karın Ön Duvarı Defektinin Perforatör Tabanlı Anterolateral Uyluk Flebi İle Onarımı: Olgu Sunumu

Dağhan Işık, Soysal Baş, Mustafa Durğun, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Karın duvarındaki defektlerin onarımı çoğu zaman primer onarım olsada bazen primer onarım ile kapatılamayabilmektedir. Primer kapatılamayan genişdefektlerin onarımında deri greftleri ve flepler kullanılmaktadır. Bizim bu çalışmadaki amacımız abdominal herni nedeniyle opere edilen, daha sonra karında doku defekti gelişen, primer onarım ve deri grefti ile defektin kapatılamadığı hastada perforatör tabanlı anterolateral uyluk flebi ile onarımın sunulmasıdır.

Olgu Sunumu: 54 yaşında bayan hasta genel cerrahi kliniğinde abdominal herni nedeniyle ameliyat edilmiş. Karın ön duvarı defekti prolen mesh ile onarılmış. Daha sonra yara yerinde enfeksiyon nedeniyle akıntı ve yara detaşmanı gelişmiş. Bunun üzerine prolen mesh çıkarılarak yara bakımı yapılmış. Hasta kliniğimize karında iyileşmeyen yara ve akıntı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde alt karın bölgesinde 8x10 cm boyutlarında üzeri nekrotik doku defekti mevcut idi. Yara debridmanı yapıldıktan sonra vakum tedavisi uygulandı. Sağlıklı granülasyon dokusunun gelişimi görüldükten sonra kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulandı. Postoperatif dönemde deri greftlerinin tutmadığı görüldü. Bunun üzerine hasta tekrar operasyona alınarak alt karın bölgesindeki doku defekti sağ uyluktan kaldırılan perforatör tabanlı anterolateral uyluk flebi ile onarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Alt karın bölgesi defektlerinde primer onarım ve deri grefti ile başarısız olunan durumlarda perforatör tabanlı anterolateral uyluk flebinin akılda bulundurulması gereken bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Resim 1



Preoperatif karın ön duvar defekti

Resim 2



Anterolateral uyluk flebi, peroperatif görüntü

Resim 3



Anterolateral uyluk flebi ile karın ön duvar defekti onarılan hastanın postop görüntüsü

P-149
Vertikal Rektus Abdominis Kas Deri Flebi İle İngiunal Bölge Defektinin Onarımı: Olgu Sunumu

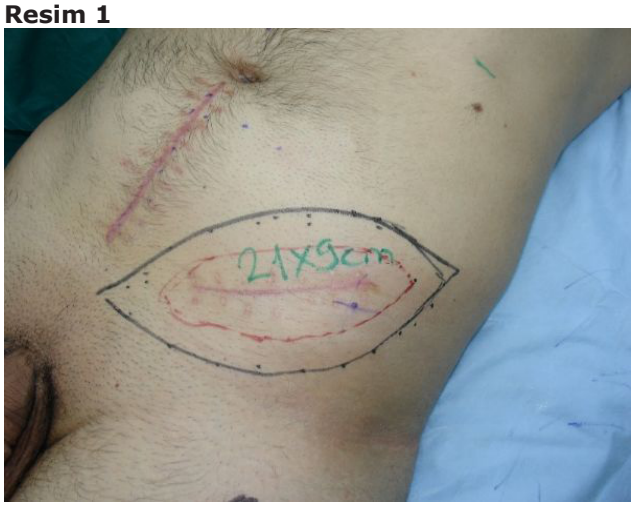
Mustafa Durğun, Soysal Baş, Osman Tan, Dağhan Işık, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İzmir

Giriş: İnguinal bölge genellikle tam kalınlıkta deri greftleri için önemli bir kaynaktır. Bu bölgede tümör eksizyonları sonrasında doku eksiklikleri gelişebilmektedir. Bu olgu sunumunda amacımız inguinal bölgede desmoid tümör eksizyonu sonrasında oluşan doku defektinin vertikal rektus abdominis kas deri flebi onarımının sunulmasıdır.

Olgu Sunumu : 27 yaşında erkek hasta sol inguinal bölgede şişlik nedeniyle genel cerrahi kliniğinde opere edilmiş. Patoloji raporu desmoid tümör olarak rapor edilmiş. Cerrahi sınır pozitif olarak raporlanması üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Lezyon eksternal oblik ve internal oblik kas fasyaları dahil edilerek eksize edildi. Oluşan defekt alanı onarmak için inferior epigastrik arter tabanlı rektus abdominis kas deri flebi kaldırılarak defekt alana adapte edildi. Flep donör alanına prolen mesh yerleştirildikten sonra primer onarıldı. Postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Vertikal rektus abdominis kas deri flebi vasküler yapısı güvenli, büyük hacimde ve ebatlarda kaldırılabilen, pedikülü uzun bir fleptir. Sunduğumuz olguda olduğu gibi ingunal bölgede cilt defekti yanında fasya defekti olan hastalarda gerek fasya defekti onarımı gerekse cilt defekti onarımı için vertikal rektus abdominis kas deri flebinin tercih edilebilecek iyi bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Resim 1



Sol ingiunal bölgede rezüdü dezmoid tümör

Resim 2



Tümör eksizyonu sonrası vertikal rektus abdominis kas deri flebi ile rekonstrükte edilen hastanın postoperatif görüntüsü

P-150
Virginal meme hipertrofisi: Olgu sunumu

Hasip Şamil Yazgan, Cenk Demirdöver, Hasan Şahin, Adnan Menderes
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Meme dokusu süt verme işlevi yanında sosyokültürel ve inanışsal bir öneme sahiptir. Kadında meme fertilitenin, seksüalitenin ve annelik kavramının bir sembolüdür. Meme boyutu, neredeyse meme yokluğu olarak nitelendirilebilecek kadar düşük olabilirken gigantomasti seviyesinde büyük de olabilmektedir. Meme küçültme adayı olan hastalarda meme büyütme hastaları ile karşılaştırıldığında vücut imaj algısı ve buna bağlı endişe ve utanma hissi daha fazla olmaktadır [3]. Virginal meme hipertrofisi peripubertal dönemde meme dokusunun tek taraflı ya da bilateral olarak hızlı ve aşırı büyümesi ile karakterize benign bir meme hastalığıdır. Kadın memesinin normal fiziksel gelişimi, organdaki tüm komponentlerin proliferasyonu ile 3-5 yıl içinde yavaş yavaş tamamlanır. Aksine, virjinal meme hipertrofisinde normal gonadal hormon düzeylerine rağmen bir veya her iki memenin hızlı ve aşırı miktarda büyümesi söz konusudur[1]. Peripubertral dönemde izlenen bu hızlı büyüme dönemini yavaş büyüme fazı ile devam eden bir dönem izlemektedir. Normal hormon seviyelerine rağmen oluşan bu aşırı büyümenin nedeni olarak öne sürülen teorilerden biri de son organ aşırı duyarlılığıdır. Virginal meme hipertrofisi genellikle sporadik olarak izlenmesi yanında, nadiren konjenital anonişi ile ilişkili familyal vakalar da bildirilmiştir [2]. Virginal meme hipertrofisi olgularında literatürde olgu sunumları şeklinde olan bildirimler dışında vaka serileri olmaması nedeniyle standart bir tedavi yoktur. Bu olgularda redüksiyon mammoplasti, subkutan mastektomi ve protezle meme rekonstrüksiyonu cerrahi tedavi seçenekleri iken, tek başına hormonoterapi ya da cerrahi tedavi ile birlikte hormonoterapi kombinasyonları da tedavi seçeneği olarak akılda kalmalıdır.

Olgu Sunumu: 21 yaşında, gebelik ve laktasyon öyküsü olmayan olgu ergenlikten bu yana olan iki taraflı meme büyüklüğü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ayrıntılı sorgulamada olgu ergenliğin ilk yıllarında hızlı olan meme büyümesinin sonraki yıllarda azalan hızda devam ettiğini ifade etmekteydi. Ergenlikten bu yana belirgin ve hızlı vücut ağırlık artışı öyküsü olmayan olgunun düzenli ilaç kullanımı, kronik hastalık öyküsü, bitkisel tedavi öyküsü de yoktu. Yapılan fizik muayenede incisura jugularisten meme başına olan mesafe sağda 38 cm, solda 39 cm olarak ölçüldü. Bilateral memelerin ve aksiller bölgelerin bakısında kitle ya da lenf nodu palpe edilmedi. Radyolojik görüntülemelerde pozitif bulgu saptanmadı. Olgunun bilateral el ve ayak parmaklarında anonişi mevcuttu. Literatürde geçen konjenital anonişi ile birlikte seyreden ailesel olgular ile karşılaştırıldığında tarafımızca bildirilen bu olguda literatürden farklı olarak aile öyküsü yoktu. Mevcut bulgular ile birlikte değerlendirilen olguya uygulanan ters-T skarlı inferior pediküllü redüksiyon mammoplasti operasyonunda sağ memeden 930 gram, sol memeden 1060 gram eksizyon ve her iki memeden 200'er cc lipoaspirat elde edilecek şekilde liposakşın uygulandı.

Sonuçlar: Virginal meme hipertrofisi peripubertal dönemde meme dokusunun tek taraflı ya da bilateral olarak hızlı ve aşırı büyümesi ile karakterize benign bir meme hastalığıdır. Bunun yanında, vücut imaj algısında yarattığı etki; sırt ağrısı, boyun ağrısı, meme dokusunda ağrı, hastalarda oluşturduğu malignite kuşkusu ve hijyen problemleri nedenli çözümlenmesi gereken önemli bir durumdur. Hastalığın güncel tedavisinde cerrahi tedavi seçenekleri ve hormonoterapi seçenekleri mevcuttur. Peripubertal dönemde ortaya çıkan ve erken erişkinlik yıllarında devam eden virginal meme hipertrofisinde hormonoterapinin mevcut yan etkileri ve uzun dönem etkilerinin bilinmemesi nedenli cerrahi tedavinin önemli bir rolü vardır. Tarafımızca bildirilen bu olguda da öncelikli tedavi seçeneği olarak cerrahi tedavi benimsenmiştir. Bu olgularda uygulanabilen iki önemli tedavi seçeneğinden biri olan ve nüks olasılığını ortadan kaldıran subkutan mastektomi ve protezle rekonstrüksiyon seçeneği yöntemin ve protez kullanımının olası komplikasyonları, olgunun laktasyon beklentisi nedenli terkedilmiştir. Nüks olasılığı da göz önünde bulundurularak uygulanan inferior pediküllü redüksiyon mammoplasti operasyonu ardından ağrılarında belirgin azalma, hijyen problemlerinde gerileme tarifleyen olgunun üç aylık izleminde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Hormonoterapinin uzun dönem etkilerinin bilinmiyor olması, reprodüktif dönemin başında olan bu hasta grubunda mastektominin getireceği sonuçlar ve protez kullanımının olası komplikasyon ve dezavantajları göz önünde bulundurulduğunda virginal meme hipertrofisi olgularının tedavisinde redüksiyon mammoplasti tedavisinin uygun bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, et al. Bigger is not always better: Body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. Plast Reconstr Surg 1998;101: 1956–61.
2. Griffith JR. Virginal breast hypertrophy. J Adolesc Health Care 1989; 10:423-432. (PMID: 2681107)
3. Govrin-Yehudain J, Kogan L, Cohen HI, Falik-Zaccai TC. Familial juvenile hypertrophy of the breast. J Adolesc Health 2004; 35:151-155. (PMID: 15261644)
4.

Virginal meme hipertrofisi



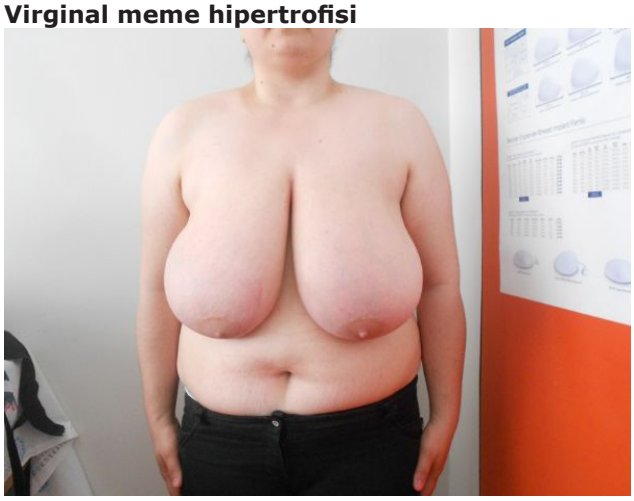
olgu ayak

Virginal meme hipertrofisi



olgu el

Virginal meme hipertrofisi



olgu preop

P-151
Olgu Sunumu: Mesane kanserli hastada transüretral mitomisin-c uygulaması sonrası penoskrotal nekroz

Mustafa Kürşat Evrenos[1], Oktay Üçer[2], Murat Yaman[1], Merve Özkaya[1], Levent Yoleri[1]
[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Mitomisin-C, tümör hücrelerinde DNA'ya bağlanıp DNA çift sarmalının iki kolu arasında çapraz bağlar oluşturarak replikasyonu engelleyen kemoterapotik bir ajandır. Geniş kullanım alanı olan bu ajanın endikasyonlarından biri de, mesane tümörüne transüretral rezeksiyon (TUR) sonrası transüretral yollavintravezikal uygulamadır. Bu uyguluma sonrasında yan etki olarak penoskrotal ağrı, kızarıklık ve uyuşma tariflenmiştir. Biz değişici epitel hücreli mesane kanseri tanılı hastada TUR sonrası sonda ile mitomisin- c uygulanan hastada gelişen penoskrotal nekroz ve tedavisini değerlendirdik.

Olgu Sunumu: 72 yaşında erkek hasta Mayıs 2015'te dış merkezden penoskrotal nekroz nedeniyle polikliniğimize yönlendirilmiş. Öyküsünde 2014 Aralık ayında mesane kanseri nedeniyle TUR yapılan hastada, cerrahi sonrasında Foley sonda ile transüretral mitomisin-C uygulama sırasında şiddetli ağrı ve yanma oluşmuş. Ara verilen işlem birkaç dakika sonra tekrarlanmış. İşlem sonrası günlük takip önerisiyle eksterne edilen hastanın şikayetlerinde artış olması, penoskrotal bölgede ödem ve hipereminin gelişmesi ayrıca makroskopik hematüri gelişmesi üzerine hospitalize edilerek sistofiks takılmış. Uygulama sonrası 5. haftada penoskrotal bölgede nekroz gelişen hastanın nekroz bölgesinden gönderilen insizyonel biyopsisi kronik inflamasyon olarak rapor edilmiş. 4 ay süresince ayaktan pansumanlarla takip edilen hasta, defekt rekonstrüksiyonu için polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın lokal muayenesinde penis sol yarısında glans proksimalinden volar ve dorsal yüzde penis köküne, penoskrotal bölgeden skrotum orta hatta uzanan nekroze doku görüldü (Resim 1). Çevre dokulara uzanan yaygın sertlik palpe edildi. Hastada hemoglobin düşüklüğü (10.9 g/dl) haricinde patolojik laboratuvar değeri saptanmadı. Yapılan bilateral skrotal USG 'de her iki testis kanlanması ve parankimi doğal olarak rapor edildi. Çekilen üretrografide üretra 1/3 proksimal kısımdan itibaren proksimale geçişin olmadığı ve kontrast maddenin penis distal 2/3 kısımda korpus kavernozum ve spongiozum içine ekstravaze olduğu görüldü (Resim 2). İnterne edilen hastanın takiplerinde vital bulguları stabil seyretti. Profilaktik olarak Sefazolin 2x1 gr. IV başlandı. Hastanın uzuv kaybı endişesiyle yaşadığı anksiyete nedeniyle psikiyatri konsultasyonu istendi. Hastaya aralıklı seri debridmanlar yapıldı. Debridmanlar sırasında nekrozun korpus kavernozum ve korpus spongiozuma kadar uzandığı, her iki yapı ve çevre dokuların ileri derecede ödemli, kalın ve fibrozise bağlı sert olduğu görüldü. Sonrasında hastaya eş seanslı olarak üroloji tarafından prineal üretrostomi ve tarafımızdan kısmı kalınlıkta deri grefti ile defekt rekonstrüksiyonu yapıldı. Post operatif 6. Günde sistofiksi, 3. Haftada ise ürostomideki foley sondası çekildi. Hastanın post operatif izlemi 3. haftada devam etmekte (Resim 3).

Tartışma: Mitomisin-C kanser tedavisinde geniş endikasyonda kullanım alanı olan DNA mekanizması üzerinden etki eden antineoplastik bir ajandır. Kullanım alanlarından birisi de değişici epitel hücreli mesane kanserinin TUR sonrası üretral sonda ile intravezikal olarak uygulanmasıdır. Literatürde mitomisin-C'nin ekstravazasyonuna bağlı nekrozlar ve intravezikal kullanımına bağlı mesane rüptürleri bildirilmesine rağmen, iatrojenik üretra yaralanmasına sekonder penoskrotal nekroz bildirilmemiştir. Öncesinde TUR gibi endoskopik girişimler yapılan hastalarda üretral darlık riskinin yüksek olması nedeniyle bu hastalarda intravezikal kemoterapi sırasında sonda takma işleminin dikkatli yapılması gerekmektedir. Darlık nedeniyle sonda takılamayan ve yalancı pasaj oluşan hastalarda kemoterapödik ajanın verilmemesi, öncelikle darlık tedavisinin tamamlanması sonrasında intravezikal tedaviye devam edilmesi en uygun yaklaşımdır. Mitomisin-C ekstravazasyonlarında akut dönemde, ajanın verildiği kateterden basınç uygulamadan mümkün olduğunca ajanın geri çekilmesi, elevasyon ve soğuk uygulama önerilir. Ekstravaze olan miktara bağlı olarak ilk günlerdeki ödem, hiperemi ve ağrıyı ilerleyen haftalarda doku nekrozu ve süperpoze olan enfeksiyon tablosu izler. Bu nedenle sonraki dönemde nekrozun aralıklarla debridmanı ve zeminin granülasyonu sonrası rekonstrüksiyonun planlanması önemlidir. Olgumuzda nekroz çevresi yoğun fibrozis olması ve bu bölgedeki kanlanmanın sürekli sınırda kalması nedeniyle aralıklı tanjansiyel eksizyonlarla debridman yapıldı. Periüretral ve skrotal dokulardaki yoğun fibrozis ve mevcut mesane karsinomu tanısı dolayısıyla sık aralıklarla sistoskopi gereksinimi olduğundan, üretral

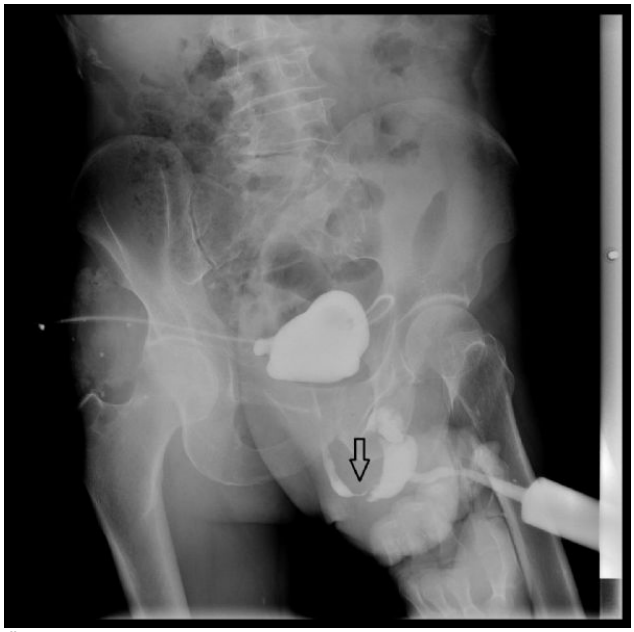
rekonstrüksiyon planlanmadı. Sık sistoskopik kontrollerin perineal üretrostomiden yapılmasının daha uygun olduğu düşünülerek bu bölgeden üretrostomi açıldı.

Resim 1



Penis sol yarısında glanstan penoskrotal bölgeye uzanan nekroz.

Resim 2



Üretrografide üretra 1/3 proksimal kısımda kontrast madde geçişi yok (ok ile işaretli). Darlık distalinde kontrast madde dağılımı dikkat çekmekte.

Resim 3



Post operatif 3. hafta görünüm.

P-152
Nadir bir pediatrik tümör: İskelet Dışı Ewing Sarkomu

Neşe Kurt Özkaya[1], Cengiz Güney[2], Sarper Yılmaz[1], Burcu Altınok Parlak[1], İnanç Doğan[1]
[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Ewing sarkoma tümör ailesi kemiğin Ewing sarkomunu, ekstraosseoz Ewing sarkomu, kemik veya yumuşak dokunun periferal nöroektodermal tümörlerini içerir.(1) Ewing sarkomu, osteosarkom ve kondrosarkomdan sonra üçüncü en sık karşılaşılan primer malign kemik tümörüdür. Bu antitenin daha da farklılaşmış şekli periferik primitif nöroektodermal tümör (pPNET) veya nöroepitelioma olarak bilinmektedir ve kemik ve yumuşak dokuların primer tümörü olarak kabul edilmektedir.

Olgu: Çocuk cerrahisi tarafından tarafımıza konsulte edilen yaklaşık 2,5 aydır olan göğüs duvarı sol yanındaki kitle nedeniyle başvuran 7 yaşında ki kız çocuğunda çocuk cerrahisi tarafından muayene ve gerekli tetkikleri yapılmış idi. Bulgular: Yapılan muayenede solda yaklaşık 9-10. kosta seviyesinde ön aksiller çizgi hizasında oblik uzanan yaklaşık 10x6 cm lik ciltaltı yerleşimli, üzerindeki cildi ekspanse eden yumuşak, tabana fikse izlenimi veren kitle mevcut idi. (Resim 1) Kitle yumuşak lipom kıvamlı olmakla birlikte öyküde 2-2,5aydır hızla büyümesi dikkat çekici olup şüphe uyandırmakta idi. Yapılan kontrastlı manyetik rezonans grafi (MR) raporunda malign lezyon açısından dikkate alınması vurgulanırken onkolojik PET inceleme sonucu; solda toraks duvarı infero lateralinde, dalak komşuluğunda 8-10.kostalar seviyesinde kas yapıları arası 65x52x16 mm boyutlu maligniteyi düşündürür düzeyde hipermetabolizma ile uyumlu kitle ve diğer sistem bulguları normal olduğu rapor edilerek histopatolojik inceleme önerilir şeklinde raporlandı. Pediatrik Onkoloji konsültasyonu da yapılan hastaya genel anestezi altında insizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucuna göre iskelet dışı Ewing Sarkoma (periferal PNET) gelmesi üzerine yine genel anestezi altında kas yapıları arasından ve tabanda kostalar üzerinden geniş cerrahi eksizyon ve frozen inceleme ile temiz sınır kontrolü yapılarak kitle exize edildi.(Resim2-3) Plevra defekti

onarılıp hastaya göğüs tüpü takıldı. Ciltaltı dokular ve cilt katlara uygun olarak onarıldı. Hasta Pediatrik onkolojiye kemoterapisi için yönlendirildi.

TARTIŞMA:Ewing sarkomu (ES) ilk olarak James Ewing tarafından 1921 yılında yayınlanan makalesinde histolojik olarak küçük, yuvarlak hücrelerle karakterize primitif tümörü kemiğin diffüz endotelyoması şeklinde tanımlamıştır.(2) Nöroepitelioma veya Periferik primitif nöroektodermal tümör (pPNET) ise ES tümör ailesinin daha farklılaşmış şeklidir. Bu geniş aile üç majör alt gruba ayrılır: santral PNET(cPNET) birinci gruptur, medulloblastom gibi santral sinir sisteminden kaynaklanan tümörleri kapsar. İkinci grup; nöroblastom, otonomik sinir sisteminden kaynaklanan tümörleri içerir. Üçüncü grup; periferal PNET (pPNET) santral ve otonomik sinir sistemi dışından kaynaklanan PNET grubudur. pPNET'in özellikle baş boyunda görüldüğünde nadir görülmesi nedeniyle en uygun tedavi zordur.Ayrıca,tanı konulduğunda metastaz insidansı yüksek olması nedeniyle genellikle prognozu kötüdür (3). Ewing sarkom tümör ailesi başlıca çocuklarda ve 10-15 yaşlarında genç erişkinlerde pik yapar. İskelet dışı ewing sarkomu nadirdir, tüm ES tümör ailesinin%6-47 sini oluşturur. Yayınlanan çalışmalarda kötü prognozla ilişkili bulunmuştur. Lokal rekürrens ve uzak metastaz insidansı yüksek olan agresif bir tümördür. Prognostik faktörleri primerosseöz ES ye benzerdir. İskeletdışı ES li hastalarda yeterli cerrahi rezeksiyon, agresif kemoterapi (VACA ve IE ile değişimi) ve radyoterapiden oluşan kombine tedavi önerilir (4). Özellikle iskelet dışı ES nin daha nadir görülmesi, lokalizasyonu ve farklı branşlar tarafından uyumlu şekilde tedavi gerektirmesi nedeniyle olgumuzu sunmak istedik.

(1) Barker LM, Pendergrass TW, Sanders JE, Hawkins DS, SurvivalAfterRecurrence of Ewing'sSarcomaFamily of Tumors. Journal of ClinicalOncology, vol:23, 19, 2005
(2)Ewing J.,DiffuseEndothelioma of Bone, New York PathologicalSociety 21:17-24, 1921.
(3) Ulutin C.,Çetinayak O., Aksu G. et.al. Malignantperipheralprimitiveneuroectodermal (pPNET) of tongue,AurisNasusLarynx 34 (2007) 115–118
(4) Turalı D.,Mandel N.M., Dervisoglu S. ve ark. ExtraskeletalEwing'sSarcomaFamily of Tumors in Adults: PrognosticFactorsandClinicalOutcome, Jpn J Clin Oncol 2012;42(5)420–426

resim1:klinik görünüm



resim2: eksize edilen kitle ve cerrahi alan



resim3: kitlenin radyolojik görüntüleri



P-153
Nekrotizan Fasiit'e Farklı Bir Bakış: Vaka Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Soner Tezcan[1], Çağla Amutkan[2], Dürdane Keskin[2], Candemir Ceran[2], Mustafa Erol Demirseren[2]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Nekrotizan fasiit, nadir görülen,fasya ve çevre yumuşak dokunun nekrozu ile karakterize ağır seyirli bir subkutan yumuşak doku enfeksiyonudur. Genellikle akut, nadiren subakut olmakla birlikte progresif seyir izlemektedir. Vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilmekte ama travmaya maruziyetin daha muhtemel olduğu ekstremitelerde sık görülmektedir. Bu sunumumuzda nekrotizan fasiit tanılı 3 hastamızı ve birbirinden farklı klinik seyirlerini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Olgu 1: 40 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 gün önce sağ ayak tabanında başlayan ağrı, kızarıklık ve şişlik şikayeti

ile başvurdu. Fizik muayenesinde hastanın ayak hijyeninin kötü olduğu ve 3-4. parmak pulpalarında nekrotik doku defektleri olduğu dikkati çekmekte idi. Sağ ayak dorsumundan ilerleyerek sağ inguinal alana uzanan geniş bir ekimotik alan mevcuttu. Mevcut olan venöz yetmezlik arteryel dolaşımda yetmezliğe neden olmuştu. Laboratuar tetkiklerinde WBC: 22100, Sedimentasyon: 87, C-reaktif protein: 17,2 idi. Hastaya acilen sağ alt ekstremite fasyotomileri ve yumuşak doku debridmanı yapıldı. Alınan doku kültürleri sonucunda Streptococcus pyogenes üremesi oldu. Hasta mevcut kardiyak problemleri nedeni ile postop 2. günde yoğun bakım ünitesinde exitus olarak kabul edildi.

Olgu 2: Hikayesinde yaklaşık 1 senedir sol ayak bileği medialindeki venöz ülser nedeniyle tedavi gördüğü öğrenilen 45 yaşında erkek hasta, acil sesvisimize 1 hafta öncesinde başlayan ödem, kızarıklık ve hassasiyet şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol ayak bileği medialinde yaklaşık 8 cm çaplı venöz ülser ve popliteal bölgeye ilerleyen eritem mevcuttu. Arteryel dolaşım doppler usg ile kontrol edilerek normal olduğu görüldü. Laboratuar tetkiklerinde WBC:16000, Sedimentasyon:55, C-reaktif protein:12,3 idi. Hastaya acil cerrahi debridman planlanarak intravenöz profilaktik antibiyoterapi başlandı. Doku ve sürüntü kültürleri sonucunda Pseudomonas aeruginosa üremesi saptandı. Yapılan seri debridmanlar ve mediakal tedavi sonucunda oluşan defekt kısmi kalınlıkta deri grefti uygulanarak kapatıldı.

Olgu 3: 65 yaşında bayan hasta yaklaşık 4 gün önce sağ bacak pretibial alanda başlayan ağrı ve ödem nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Fizik muayenesinde sağ bacak pretibial bölge medialinde yaklaşık 2 cm çapında ülsere lezyon ve ülser çevresinde posteriora uzanan 5x8 cm çapında nekrotik deri adası mevcuttu. Yapılan doppler usg sonucunda anterior veposterior tibial arter proksimalinde %90 a yakın oklüzyon mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde WBC: 12500, Sedimentasyon: 62, C-reaktif protein: 8,3 olarak tespit edildi. Hastanın acil cerrahi debridman ve intravenöz antibiyoterapisi planlandı. Doku kültüründe S. pyogenes üremesi saptandı. Sıralı debridmanlar sonrasında yeterli yara iyileşmesi gözlenemeyen hastaya diz altı amputasyonu uygulandı. Güdük intakt olarak hasta taburcu edildi.

Tartışma: Nekrotizan fasiit, immün sistem defekti olan hastalarda ortaya çıkan, fasyalar boyunca yayılım gösteren, cilt altı damar yapısında tromboza ve doku nekrozuna yol açan bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Enfeksiyon genellikle küçük yaralanmaları takiben başlar. Olguların %70›inde diabetes mellitus görülmektedir. Bunun dışında ileri yaş, aşırı alkol tüketimi, maligniteler, kronik kalp ve akciğer hastalıkları, HIV enfeksiyonu, intravenöz ilaç veya uyuşturucu kullanımı, radyoterapi ya da immün sistemi baskılayıcı tedavi ve malnütrisyon nekrotizan fasiit gelişimi için diğer risk faktörleridir. Nekrotizan fasiit için en belirleyici klinik bulgu lezyonun fiziksel görünümü ile uyumsuz şiddetli ağrı ve lokal hassasiyettir. Enfeksiyon sırasında lökosit sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı, glukoz ve C-reaktif protein artabilir ancak bunlar özgül olmayan bulgulardır. Bakteriyel lipazların etkisi ile mobilize olan derialtı yağlarından yağ asitleri açığa çıkmakta ve kalsiyum ile birleşerek sabunlaşma meydana gelmektedir. NF olgularında ortaya çıkan hipokalseminin nedeni buna bağlanmaktadır. Enfeksiyon etkenleri çoğunlukla polimikrobiyaldir. P. aeruginosa da nadiren etken olabilmektedir. En sık S. pyogenes'in görüldüğü monomikrobiyal enfeksiyonlar, vakaların 1/3'ünü oluşturur. Tedavide asıl önemli olan erken tanı, uygun antibiyotik tedavisi, yeterli genişlikte debridman, sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi ve analjezinin sağlanmasıdır.

Sonuç: Hastalarımızın literatürle klinik uyumluluğu dikkati çekmekle birlikte birbirinden farklı seyir izlemelerini, nekrotizan fasiit tablosunun geniş bir perspektifte karşımıza gelebileceğinin göstergesi olarak değerlendirebiliriz. Bu bilgiler ışığında, acil tanı ve cerrahi tedavinin önemli olduğu bu klinik tablonun en iyi şekilde sonuçlandırılabilmesi için, tedavi basamaklarının eksiksiz yerine getirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Resim 1



Olgu 1

Resim 2



Olgu 2

Resim 3



Olgu 3

P-154
Diklofenak Enjeksiyon Nekrozu: Nicolau Sendromu

Metin Temel[1], Ebru Yaman[2], Halit Akçiçek[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Nicolau sendromu, çeşitli ilaçların kas içi enjeksiyonları sonrasında gelişen nadir bir komplikasyon olup, enjeksiyon sonrası şiddetli ağrı ile ortaya çıkar. Enjeksiyon bölgesinde lokal aseptik, cilt ve kimi zaman da kas nekrozu ile karakterizedir. Damar içine veya yakın çevresine enjeksiyon yapılması ve ilaca bağlı akut vazospazm patogenezde en çok kabul gören hipotezlerdir. Lokal bakım, heparin, vazoaktif ilaçlar, hiperbarik oksijen ve cerrahi girişimler tedavide kullanılabilmektedirler. Kiniğimizde enjeksiyon sonrası nekroz gelişen olgulardaki verilerimizi paylaşmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: Yaşları 25-47 arasında değişen 5 vaka (3'ü erkek 2'si bayan) Diclofenac enjeksiyonu sonucu kalçada nekroz gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Nekrozun boyutları 4-20 cm arasındaydı. Nekrotik dokuların debride edilmesi sonrası 3 hastada lokal fleple, 2 hasta ise greftleme yapılarak defektleri kapatıldı. Sonuçlar ve Tartışma: Nicolau sendromu çeşitli ilaçların kas içi enjeksiyonları sonrasında gelişen nadir bir komplikasyon olup, enjeksiyon sonrası şiddetli ağrı ile ortaya çıkar. Bu sendrom kendini basit deri ülserasyonlarından sepsise ve ekstremite amputasyonlarına kadar değişebilir (1). Nicolau sendromu ilk defa 1920lerde Bizmut tuzlarının sifiliz tedavisinde kullanılmasıyla ortaya çıkmıştır (2). Sendrom 1924'de Freudental ve 1925'de Nicolau tarafından tanımlanmıştır (1). Sendromun patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Bu patofizyolojinin kuvvetle muhtemel sebepler periferal arterlerde hasar gelişmesi, kristaloid ilaçlardaki mikrokristallerin arteryel emboliye sebep olması ve sitotoksik ilaç kullanımıdır. Ayrıca prostaglandin sentez inhibisyonunun vazospazma yol açtığı bilinmektedir. Nicolau sendromunda diclofenac sodium gibi bir NSAID kullanımına bağlı olarak siklooksijenaz enzim inhibisyonu ile vazospazm gelişmesi patofizyolojide önemli rol oynamaktadır. Nicolau sendromunun tedavisinde öncelikle debridman yapılarak rekonstrüksiyonu için basitten karmaşığa doğru rekonstrüktif merdiven basamaklarına uygun olarak defekt kapatımı planlanmalıdır.

Kaynaklar:
1. De Sousa R, Dang A, Rataboli PV. Nicolau syndrome following intramuscular benzathine penicilin. J Postgrad Med 2008;54:332-4.
2. Lie C, Leung F, Chow SP. Nicolau syndrome following intramuscular diclofenac administration: a case report. J Orthop Surg 2006;14:104-7.

P-155
Çok Yüksek Enerjili Patlamaya Bağlı Tüm Gövdede Degloving Yaralanma

Metin Temel[1], Aydın Ural[2], Halit Akçiçek[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Deri ve subkutan dokunun muskulofasiyal tabaka sağlam kalacak şekilde derindeki yapılardan ayrılmasına avülsiyon (degloving) yaralanması denir. Tüm cerrahi yaklaşımlarda esas amaç, yaralı bölgenin kaybolan cilt örtüsünü en kısa sürede yeniden sağlamaktır. Kliniğimize bomba patlaması sonucu tüm sırt bölgesi, gövde ön yüzde ve sol uylukta degloving yaralanması olan hastanın verilerini paylaşmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: 13 yaşında bayan hasta bomba patlaması sonucu yaralanma şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde posteriyorda sol gluteal bölgeden skapulaya kadar toraksa kadar uzanan, anteriyorda ise umblikus ve subkostal bölgeye kadar tüm deri subkutan dokudan ayrılmış ve sol lumbal bölgede yaklaşık 25X10 cm lik doku defekti mevcuttu. Hastaya debridman sonrası negatif basınçlı drenler konularak negatif basınçlı ayara bakımı yapıldı. Daha sonra defekti greftlendi. Sonuçlar ve Tartışma: Avulsiyon yaralanmaları en sıklıkla alt ekstremite, sonra üst ekstremite, daha az olarak da kalça ve sırtta görülür ve çoğunlukla taşıt altında ezilmelerden kaynaklanır. Yaralanma sonucunda geniş bir deri parçası derialtı yağ dokusu ile birlikte, daha derindeki yüzeyel fasya üzerinden ayrılır. Ancak, derinin alttaki fasyaya yoğun olarak tutunmuş olduğu, avuç içi ve ayak tabanı gibi yerlerdeki ayrılma seviyesi daha farklıdır. Buralarda deri, fasya ile birlikte, bir bütün olarak tenosinovium veya periost üzerinden avulse olur. Çok yüksek enerjili travmalarda gelişen degloving yaralanamlarda derideki nekroz miktarını azaltmak için fasiyalardaki ödeme ve cilt altı hematom açısından dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar
1. Selim Çelebioğlu, Abdulmuttalip Keser, Kenan Arifoğlu, Turgut Ortak, Uğur Koçer: Ekstremitelerin avülsiyon yaralanmalarında klinik deneyimlerimiz. Acta Orthop Traumatol Turc 31: 141-144, 1997
2. Özgür Pilancı, Funda Aköz Saydam, Karaca Başaran, Aslı Datlı, Erdem Güven. Management of soft tissue extremity degloving injuries with full thickness grafts obtained from the avulsed flap. Ulus Travma Acil Cerr Derg, November 2013, Vol. 19, No. 6

P-156
Ender Bir Vaka: Bilateral Simbrakidaktili

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Sinan Öztürk[1], Celalettin Sever[1], Cihan Şahin[1], Sinan Öksüz[2], Bilge Kağan Aysal[1], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

Amaç: Ender bir vaka olarak karşılaştığımız bilateral simbrakidaktili olgusunu paylaşmak.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta; her iki elde gelişme geriliği, doğuştan sol el parmaklarının bir kısmının tamamen olmaması şikayetleri ile rutin tıbbi tarama amaçlı servisimize başvurdu. Hastanın doğumu sonrasında ailesine çocuk doktorları bu durumu ile ilgili çeşitli tedaviler olduğunu ve bunların çoğunun 18 yaşından sonra yapılabileceği söylenmiş. Çocukluk yaşlarında olduğu dış merkez muayenelerinde hastaya sol elinde bulunan parmak artıklarının alınması ve ayak parmağından el parmağı yapılması operasyonları önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş. Hastanın yapılan muayenesinde; sol el 2.3.4.parmaklarının metakarpofalangeal (MF) seviyeden itibaren tamamen olmaması, MF eklemler üzerinde 3

adet parmak remnantları (nubbinler) bulunması, sol el 1.parmak interfalengeal eklem hareketleri ve distal falanksın olmaması, 5.parmak distal interfalengeal (DIF) eklem hareketleri ve midfalanksın olmaması ile karakterize sol el oligodaktilik simbrakidaktili gözlendi. Tırnak ve tırnak yatağının izlendiği sol el 5.parmak distalinde 45 derecelik radial deviasyon klinodaktili olarak yorumlandı. İncelenen anteroposterior (AP) direk el grafisinde sol el 1.parmak distal, 5.parmak midfalanksları total olarak gözlenmezken, 2.3.4.metakarpal kemik kaputlarında da hipoplazik değişiklikler mevcuttu. Hareket muayenesinde hasta mevcut 1.ve 5.parmakları ile 5/5 kuvvetinde oppozisyon yapabilmekteydi. Hastanın sağ el muayenesinde; 2.3.4.parmaklarda belirgin, 5.parmakta kısmi hipoplazik değişiklikler mevcuttu. 2. ve 3.parmak DIF eklemleri palpe edilemezken 4.parmak DIF eklemi total ankiloze olarak değerlendirildi. Sağ el 5.parmak midfalanksında hipoplazi, DIF eklemindeki 15 derecelik radial deviasyonla karakterize klinodaktili tespit edildi. 1.parmak muayeneleri tabii olarak değerlendirildi. 1. ve 5.parmak hareketleri 5/5 kuvvetinde ve tamdı. İncelenen AP direk el grafisinde 2.parmak midfalanksı hipoplazik, DIF eklemi tam anklotik; 3.parmak midfalanksı hipoplazik, DIF eklemi totale yakın anklotik; 4.parmak midfalanksının minimal hipoplazik, DIF eklemin kısmi anklotik; 5.parmak midfalanksının hipoplazik eklemlerinin ise doğal oldukları gözlendi. Bu haliyle sağ elde kısa parmak tip simbrakidaktili olduğu değerlendirildi.

Tartışma: Üst ekstremite konjenital anomalileri (en sık sindaktili, polidaktili ve kamptodaktili) yenidoğanlarda gözlenen tüm konjenital anomalilerin %10'luk bir bölümünü oluştururken; canlı doğumların %0.1-0.2'sinde görülmektedir[1-3]. Genetik geçiş mekanizmaları ile ilişkilendirilememiş patofizyolojisinde, mezodermden derive komponentlerin gelişimsel duraklamasına karşın tırnak ve tırnak yatağı gibi ektodermal yapıların korunmasından bahsedilen, tipik olarak sporadik, unilateral vakalar şeklinde prezente olan simbrakidaktili; genellikle izole bir fenomen olmakla beraber, göreceli olarak daha ender bir konjenital anomalidir[1-3]. Ancak; simbrakidaktili tespit edilen hastalar arasında neredeyse %1 (3/270) oranla gözlenen bilateral simbrakidaktilinin ender bir vaka olduğu kolaylıkla söylenilebilir. Kimi zaman 'nubbin' olarak nitelendirilen ve tipik bir görüntü oluşturan rudimenter parmak artıklarının gözlendiği, değişen oranlarda kısalmış ve birleşmiş parmakların kombinasyonu olan simbrakidaktili; orijinal Swanson Sınıflama Sisteminde yetersiz büyüme başlığında gösterilmekteyken, takip eden modifikasyonlarında oluşum kusurları kısmında dikey gelişimin durması başlığında değerlendirilmektedir[1, 2]. Klinik ciddiyeti ve parmak sayısı göz önüne alınarak oluşturulmuş Blauth Sınıflamasında; kısa parmak, monodaktilik, oligodaktilik ve peromelik alt tipleri tanımlanmaktadır[2]. Kimi zaman diğer konjenital anomalilerin ve sendromların tek eksternal manifestasyonu olabilmektedir[2]. Diğer konjenital anomalilerden, çoğunlukla, Poland Sendromu ile ilişkilendirilmektedir[2, 3]. İskeletsel farklılaşma kusurları başlığı altında değerlendirilen, radioulnar planda bükülmüş parmak olarak tanımlanan ve simbrakidaktiliye nazaran daha sık (%1-20) tespit edilen klinodaktili ise tüm parmakları etkileyebildiği gibi en çok küçük parmak ve başparmakta gözlenmektedir[2, 3]. Simbrakidaktiliden farklı olarak, genellikle bilateraldir[3]. Down sendromu, Apert sendromu, Treacher Collins sendromu ve Kleinfelter sendromu ile sıklıkla beraber olduğundan bahsedilmektedir[2, 3].

Sonuç: Sağ elinde kısa parmak tip, sol elinde ise oligodaktilik tip bilateral simbrakidaktili tespit edilen; bilateral 5.parmaklarında da klinodaktili tanımlanmış olan olgumuz ender bir vaka olarak dokümante edilmiştir.

AP Direk Grafi



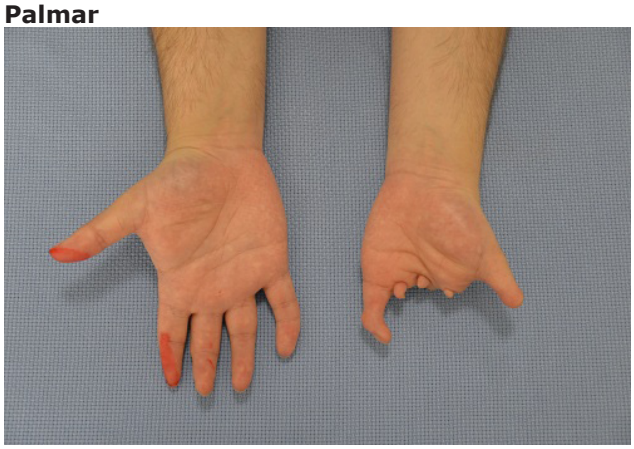
Bilateral Simbrakidaktili - Radyolojik Görüntüleme

Dorsal



Bilateral Simbrakidaktili - Dorsal Görüntü

Palmar



Bilateral Simbrakidaktili - Palmar Görüntü

P-157
Fournier Gangrenine Bağlı Geniş Skrotal Defektlerin Onarımında Alternatif Bir Metod: Serbest Stil İnternal Pudendal Arter Perforatör Flep

Ömer Faruk Ünverdi, Cemal Alper Kemaloğlu, Emre Özenalp, Hakan Özocak, İlknur Orhan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Amaç: Nekrotizan fasciit aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar nedeniyle oluşan hızlı progresyon gösteren acil cerrahi müdahale gerektiren agresif bir tablodur. Hücresel immunitedeki fonksiyon bozukluğu sonucunda bakterilerin deriye invzyonu gözlenir. İnvazyon sonrasında deride küçük damarlarda tromboz meydana gelir ve hastalığın progresyonunda hızlanma gözlenir(1). Pelvik bölgede oluşan ve agresif seyreden formu Fournier Gangreni olarak bilinmektedir. Etyolojisinde genellikle A grubu Streptokok enfeksiyonu suçlanmasına rağmen aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar enfeksiyona neden olabilmektedir. Diabetes mellitus, alkol kullanımı, steroid kullanımı, malignite, kemoterapi ve HIV ile sıklıkla birliktelik gösterir. Tedavisinde acil debridman ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi gerekmektedir.

Debridman sonrasında penoskrotal bölgede geniş doku defektleri meydana gelmektedir. Oluşan doku defektlerinin onarımında çeşitli alternatifler olmasına rağmen geniş defektlerin onarımı halen büyük bir problem olarak karşımızda durmaktadır. Kliniğimizde tedavi edilen geniş penoskrotal defekti bulunan 3 Fournier Gangreni hastasının onarımında Serbest Stil İnternal Pudental Arter perforatör flep uygulandı ve sonuçlar paylaşıldı.

Materyal-Metod: Ekim 2014 ve Ağustos 2015 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi edilen geniş penoskrotal defekti bulunan 3 Fournier Gangreni hastasının acil debridman ve antibiyotik tedavilerinin ardından defekt alanları onarılmaya hazır hale geldikten sonra operasyonları planlandı. Hastalar genel anestezi altında ameliyat edildi. Hastalar ameliyat masasında litotomi pozisyonuna alındı. Anüs, skrotum ve tuber ischiadicum arasındaki üçgen işaretlendi(2,3). Üçgen içerisinde kalan ischiorektal fossadan çıkıp perine bölgesinin derisini besleyen internal pudental artere ait perforatörlerin yerleri Doppler ile belirlenip işaretlendi. Defekt alanının şeklinde flepler çizildi. Planlanan fleplerin kenarlarına insizyonlar yapıldı. Flepler derin fasya da flebe dahil edilip, epimisyum zeminde bırakılarak kaldırılmaya başlandı. Perforatörlerin yakınlarında künt diseksiyona geçilerek perforatörler korundu. 2 hastada defekt alanı ile flep donör alanı arasında sağlam deri adasının olması nedeniyle subkutan planda tünel hazırlanarak flepler yeni yerlerine transpoze edildi. 1 hastada ise arada sağlam deri adasının olmaması nedeniyle flep defekt alnına pedikül korunarak transpoze edildi. İki hastada tamamen iyileşme gözlendi. Bir hastada operasyon sonrası 10. günde genel durumunda kötüleşme gözlendi. Hasta pansitopeni zemininde gelişen Sepsis sonrasında kaybedildi

Tartışma: Fournier Gangreni, Nekrotizan Fasciit'in pelvik bölgede meydana gelen formuna verilen isimdir. Etyolojisinde aerobik ve anaerobik bakteriler yer alabilmektedir. Bu nedenle tanının konulduğu anda acil cerrahi müdahale ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi gerekmektedir. Gelişimde patojen bakterinin genital mukozaya invaze olarak yayılması rol oynamaktadır. Bunun dışında diabet, periferik damar hastalığı, genital bölgeye alınan travma gibi faktörler Fournier Gangreni gelişimine zemin hazırlayabilmektedir(1).

Tedavide nekrotik dokuların debridmanı en önemli aşamadır. Bu işlemler esnasında penoskrotal bölgede çeşitli boyutlarda doku kayıpları meydana gelebilmektedir. Fournier gangreni erkeklerde bayanlara göre 10 kat daha sık görülmektedir. Enfeksiyon sıklıkla agresif seyretmekte ve ölüm oranları bazı serilerde % 45' e kadar yükselebilmektedir. Tedavi sonrasında hastalar fonksiyonel ve görsel olarak etkilenebilmektedirler. Debridman sonrasında açıkta kalan testislerde fonksiyon bozuklukları meydana gelebilmektedir. Spermatogenezin oluşması ve Leydig hücrelerinin hormon üretimine devam edebilmesi için testislerin açıkta olmaması gerekmektedir(4).

Serbest Stil İnternal Pudendal arter perforatör flep propeller, transpozisyon veya V-Y ilerletme flebi olarak dizayn edilebilmektedir. Flebin distal kısmı yağ doku ve fasyadan oluşmaktadır. Bu kısım perforatörlerden uzakta olması sayesinde flebin dolaşımına zarar vermeden kolaylıkla inceltilebilmektedir(5). Geniş doku kayıplarında yeterli hacim sağlayarak fonksiyonel kayıpların düzeltilmesine yardımcı olabileceği gibi skrotal bölgede yeterli hacim sağlayarak başarılı estetik sonuçlar da elde edilebilmektedir.

Referanslar:
1) Quatan N, Kirby RS. Improving outcomes in Fournier's gangrene. BJU Int. 2004;93:691-693.
2) Hashimoto I, Murakami G, Nakanishi H, et al. First cutaneous branch of the internal pudendal artery: An anatomical basis for the so-called gluteal fold flap. Okajimas Folia Anat Jpn. 2001;78:23–30.
3) Hashimoto I, Nakanishi H, Nagae H, Harada H, Sedo H. The gluteal-fold flap for vulvar and buttock reconstruction: Anatomic study and adjustment of flap volume. Plast Reconstr Surg. 2001;108:1998–2005
4) McAninch JW. Management of genital skin loss. Urol Clin North Am. 1989;16:387-397.
5) Hashimoto I et all. The Internal Pudendal Artery Perforator Flap: Free-Style Pedicle Perforator Flaps for Vulva, Vagina, and Buttock Reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery.2014;133:924-933

Flebin tünelden geçirilmiş hali



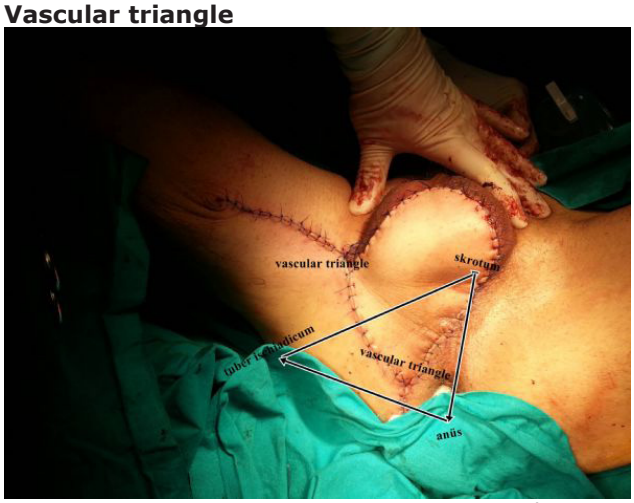
Arada sağlam deri adası bulunan hastada flebin tünelden geçirildikten sonra defekt alanına getirilmiş hali.

Operasyon sonrası 3. ay görüntüsü



Defekt bölgesine transfer edilen flebin operasyon sonrası 3. ayda tamamen iyileşmiş görüntüsü.

Vascular triangle



Skrotum, Anüs, Tuber ischiadicum arasında bulunan ve İnternal Pudendal Artere ait perforatörlerin bulunduğu vascular triangle bölgesi.

P-158
Sıçanlar İçin Modifiye Doku Genişletici Modeli

Nebil Yeşiloğlu, Kübra Ece Kalafatlar, Emre Güvercin, Celal Alioğlu, Sultan Yalçın, Cem Berkay Sınacı, Hakan Şirinoğlu, Mehmet Bozkurt
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Doku genişleticiler gerek Rekonstrüktif gerekse de estetik cerrahi prosedürlerde ilk kullanımından itibaren bu alanlarda önemli popülarite kazanmıştır (1). Doku genişletme üzerine deneysel uygulamalar ve doku genişletici modellerine ihtiyaç özellikle moleküler biyolojik ve genetik çalışmaların sıklığıyla beraber artmıştır (2,3). Tavşan ve domuz gibi biraz daha büyük laboratuvar hayvanlarında standart doku genişleticiler uygun boyutlarda olabilirken sıçan ve daha küçük hayvanlara uygu olabilecek modellerde sorun yaşanmaktadır. Foley sondanın doku genişletici olarak kullanımı deneysel genişletici modelleri içinde en sık kullanılanıdır. Foley sondaların uzunluğu ve şişirme bölgelerinin kalın oluşu sıçan deneylerinde sorun yaratmaktadır. hayvanın dışında bırakılan uygulamalarda sıçanların uygulanan doku genişleticiye zarar vermesini engellemek için Elizabethan boyunluk kullanılabilmesine rağmen yetersiz monitörizasyon ve yanlış uygulamalar yarardan çok zarara neden olabilir (4). Ayrıca genişletme işlemi için her defasında sıçanın uyutulması gerekliliği birçok modelin en büyük sorunudur. Bunlara alternatif olarak klinik kullanıma sahip osmotik doku genişleticilerin ortaya çıkmasıyla birlikte bu sorunların bir kısmı aşılmış olmakla birlikte deneysel boyutta yüksek maliyetli olması nedeniyle çok sayıda hayvanın kullanıldığı çalışmalarda pratikliği tartışmalıdır. Osmotik genişleticilerin bir diğer dezavantajı tekrar kullanımlarının mümkün olmayışıdır. O nedenle deneysel çalışmalarda tekrar şişirilebilir ekipmanların tercih edilmesi daha uygun olmaktadır. Bu çalışmada varolan sorunlar göz önünde bulundurularak altenatif bir doku genişletici modeli sunduk.

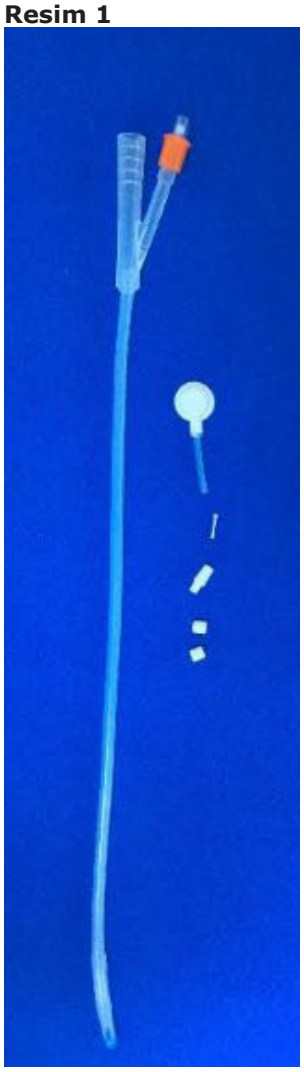
Gereç-Yöntem: 12-16 gauge silikon foley sonda bu amaçla kullanılabilir. Doku genişletici rezervuarı olarak foley sonda ve port olarak kullanılmış doku genişletici portları kullanılır. Öncelikle sonda balon kısmının proksimalinden kısaltılır. Daha sonra foley sondanın balon kanalına port adapte edilir. Genel anestezi altında sıçanın sırtına yapılan bir insizyonla girilerek doku genişletici subkutan veya submusküler olarak yerleştirilir. Port subkutan ya da cilt üzerine adapte edilebilir. Doku genişletici hayvanın boyutuna göre 10-30 cc olarak seçilebilir. Operasyon sırasında ölü boşluk kalmasını engellemek amacıyla balon kapasitesinin %10'u kadar şişirilir ve operasyon sonrası haftada 2 kez %10 oranında şişirilir. Tartışma: Modifiye doku genişletici modelini hazırlarken foley sonda ve eski doku genişletici portlarının kullanılması maliyeti ciddi anlamda düşürmektedir. Foley sondanın kısaltılarak kullanılması, kalın olan şişirme bölgesinin çıkartılması, portun sıçan cildi üzerine veya subkutan olarak yerleştirilmesi doku genişleticinin hasarlanmasını engellemektedir. Ayrıca porta ulaşımın kolay olmasıyla her ekspansiyon işlemi sırasında sıçanın genel anestezi alması ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır.

Sonuç: Basit bir şekilde, uygun bir maliyetle hazırlanabilmesi ve uygulama kolaylığı açısından sıçanlar üzerinde yapılan doku genişletme çalışmalarında sunduğumuz doku genişletici modelinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Referanslar:
1. Radovan C: Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. Plast Reconstr Surg 69: 195 208, 1982

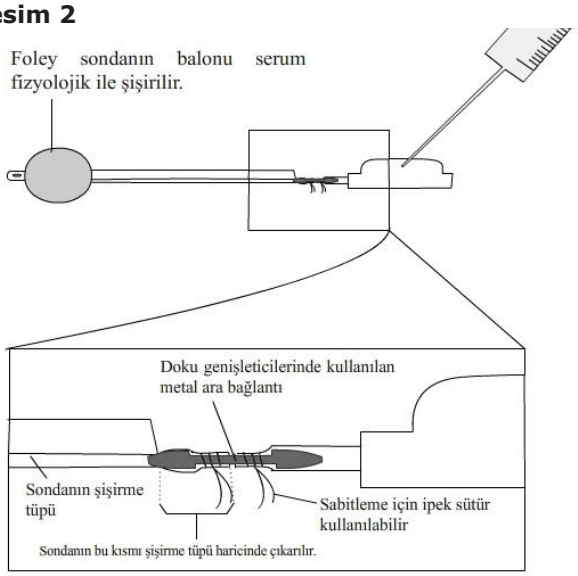
2. Li Q, Zan T, Li H, Zhou S, Gu B, Liu K, Xie F, Xie Y. Flap prefabrication and stem cell-assisted tissue expansion: how we acquire a monoblock flap for full face resurfacing. J Craniofac Surg.

Resim 1



Doku genişletici yapımında silikon foley sonda, eski doku genişleticilerden kalma olabiliyorsa pediatrik boy port ve metal ara bağlantı kullanılır.

Resim 2



Doku genişletici modelinin şematik gösterimi. Metal ara bağlantı sondanın şişirme kısmına adapte edilir. Şişirme kısmı dışında kalan kısımlar çıkarılır. Metal bağlantı adapte edildikten sonra ipek gibi bir örgülü dikişle tespit edilir.

Resim 3



Doku genişleticinin şişirilmiş hali.

(C)2015 Her hakkı saklıdır. Çizim Nebil YEŞİLOĞLU tarafından yapılmıştır.

P-159
Plastik Cerrahi Pratiğinde Gövdede Perioperatif Ağrı Kontrolü

Gökçe Yıldıran[1], İnci Kara[2], Mehtap Karameşe[1], Osman Akdağ[1], Zekeriya Tosun[1]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Plastik cerrahide perioperatif ağrı yönetimine olan ilgi giderek artmakta ve periferal nöral bloklar geniş kullanım alanı bulmaktadır. Rejyonel anestezi, sadece spesifik dermatomların lokal anestetiklerin periferal sinirleri etkilemesi ile bloke edilmesini sağlar. Anatomi ve Blok Endikasyonları: Sinir köklerine anestetik verilmesini sağlayan paravertebral bloklar; büyütme mamoplastisi, implant ile meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında kullanılabilir. Transversus abdominis plane bloklar abdominoplastide, SIEA, DIEP veya TRAM flep kaldırılmasında kullanılabilir. Epidural anestezi, karın duvarı rekonstrüksionu ve TRAM flep kaldırılmasında kullanılmaktadır. PECS Tip1 blok, minör ve majör pektoral kaslar arasında seyreden median ve lateral pektoral sinirleri bloklayarak çeşitli meme cerrahilerinde (büyütme, implant ile rekonstrüksiyon, jinekomasti, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu) kullanılabilir. (Figür 1) PECS Tip 2 blok ise hem PECS tip 1 prosedürünü içerir hem de minör pektoral ve serratus anterior kaslar arasından lokal anestetik verilmesini içerir. İnterkostal, ilioinuinal, iliohipogastrik ve rektus kılıf blokları da gövdenin perioperatif ağrı yönetiminde kullanılabilir. (Figür 2)

Sonuç: Rejyonel ve nöroaksiyel analjezinin iyi kontrol edilen postoperatif ağrı, daha az narkotik ihtiyacı, daha az yan etki, kısa hastanede kalış süresi ve yüksek hasta tatmin düzeyi gibi pek çok avantajı vardır. Periferal nöral bloklar, plastik cerrahi pratiğinde akılda tutulmalıdır.

Figür 1. Perioperatif ağrı kontrolü



Figür 2. Perioperatif ağrı kontrolü - ultrason görüntüsü



P-160
Gökyüzündeki Özgürlüğün Boyundaki Hüzünlü İzi

Neşe Kurt Özkaya, İnanç Doğan, Sarper Yılmaz, Kadriye İpek, Umut Zereyak
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Gökyüzünde özgürlüğü temsil etmesinden midir, uzaklara ulaşabilmek heyecanını hissettirmesinden midir bilinmez ama bir başkadır uçurtma uçurmak. Hafif rüzgarlı havalarda esintiyi yüzünde hissederken belki özenerek yaptığın, belki de çok beğenerek aldığın uçurtmayı metrelerce uzaktan yönetmek, onu izlemek, elindeki ip yettiğince uzağa en uzağa çıkarmak insana ayrı bir heyecan ve zevk verir. Sonrasında o çok uzaklardaki sevdiğine çektiğin kadar yaklaşıp onunla tekrar buluşmak mutluluk verir. Böyle güzel anılar bırakan uçurtmanın hiç sebepsiz yere başkalarına zarar verebileceği tahmin edilmez. Ama uçurtma ipinden yaralanmış olarak polikliniğimize başvuran iki hastamızı sizlerle paylaşmak istedik.

Olgu: Farklı zamanlarda birbirinden ayrı olarak polikliniğimize başvuran iki hastamızdan 20 yaşında erkek hasta boyunda kabarık iz ve boyun hareketleri esnasında gerginlik, kaşıntı, çekme nedeniyle, 8 yaşında erkek hasta boyunda iz ve yarayla başvurdu. İnspeksiyonla suist girişimi gibi görünen izlerin öyküsünde başkalarına ait uçurtmaların inişleri esnasında ipinin boyunlarına dolanması sonucu olduğunu öğrendik. İki hastamızda da aynı öykü mevcut idi.

Bulgular: 20 yaşında erkek hastanın boyun sol tarafında horizontal uzanan yaklaşık 15 cm kadar ön kısımda daha belirgin olan hipertrofik skar, boyun sağ taraf ön kısma doğru horizontal uzanan yaklaşık 5 cm›lik hipertrofik skar mevcut idi. Erişkin hastanın hipertrofik skar alanlarına intralezyonel steroid enjeksiyonu yaptık ve sonrasında hasta kaşıntının azalması, gerginliğin rahatlaması ve kabarıklığın azalmasından çok memnun oldu. Skar için herhangi bir tedavi istemedi. Çocuk hastanın boyun ön ve yan yüzlerde sağda daha belirgin ve uzun olan horizontal yaklaşık 20cm kadar yanıklı lineer dermal yaralanması mevcut idi, lokal yara bakımı yapıldı, ayrıca güneşten korunması önerildi

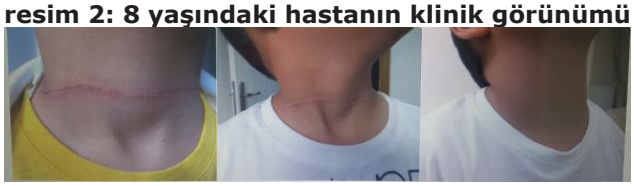
Tartışma: Anavatanının Çin olduğu bilinen uçurtma tarih boyu tanrıya yakarış aracı olarak, iletişim, ulaşım gibi farklı amaçlarla kullanılırken günümüzde hobi olarak yapılıp gökyüzünde salınmaktadır. Uçurtma alanı olarak genellikle açık alanlar kullanılırken şehir yaşantısı gereği artık piknik alanları ve şehir merkezlerinde de uçurulmaktadır. Farklı zamanlarda polikliniğimize başvuran iki hasta bu konunun bir tehlike oluşturduğunu gösterdi. Başvuran 20 yaşındaki hastada ilk bakıda skar alanı bize bir suist girişimi olabileceğini düşündürürken hastanın öyküsüne de inandık. Skar oluşumunu önleme ve azaltmak için tedavi seçenekleri arasında cerrahi eksizyon, z-plasty, w-plasty gibi teknikler, intralezyonel steroid enjeksiyonu, silikon jel sheet kullanımı gibi invaziv ve noninvaziv teknikler kullanılmaktadır. Hipertrofik skar orjınal yara dudaklarında büyür ama daha geniş alana yayılmaz. Keloid ise yara dudak kenarlarını aşar, bu klinik özellik keloidi hipertrofik skardan ayırır. Genetik olarak otozomal dominant geçiş özelliği mevcuttur. Genellikle ekstremite yüzeyinde, gergin doku dudaklarında, sternum, boyun bölgesinde oluşur. Demostratif olarak hipertrofik skar ve keloid arası histolojik fark yoktur, benzer histolojik bulgulardan ziyade klinik özelliklerine göre hipertrofik skar ve keloid ayrımı yapılır. Hipertrofik skar ve keloid tedavisinde de yine önleme ve azaltma için kullanılan yöntemler kullanılabilir. Skar oluşumu insana özgü olması da bu konu ile ilgili çalışmaları daha kısıtlı duruma sokmaktadır. Skara neden olan hücresel elemanlar üzerinde çalışmalar mevcut olup yapılan tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için bu hücresel elemanların yapı ve miktarındaki değişimlerin dikkate alındığı birçok çalışma mevcuttur. Örneğin 2015 yılında yayımlanan bir çalışmada aralıklı baskı tedavisinin sonuçları alınan biyopsilerle hücresel düzeyde takipleri değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; bir hobi olan uçurtma uçurmanın dikkatsiz davranımlar sonucu çeşitli yaralanmalara neden olabileceği bu konuya kamuoyunda vurgu yapılması gerektiği kanaatindeyiz ve skar, hipertrofik skar, keloid tedavisinde başarılı birçok yöntemin olmasına rağmen hastanın genetik faktörleri, lezyonun yeri, derinliği, yaralanmanın nedeni gibi birçok faktörün de skar miktarını belirlemede rolü vardır.

Kaynak: 1- Mathes J.S., Mathes Plastic Surgery Second Edition,Vol:1 General Principles, 209-260
2- Li-Tsang CWP, Feng B, Huang L, Liu X et al., A histological study on the effect of pressure therapy on the activities of myofibroblasts and keratinocytes in hypertrophic scar tissues after burn, Burns, Volume 41, Issue 5, Pages 1008–1016 August 2015.

Resim 1: 20 yaşında erkek hastanın klinik görünümü



resim 2: 8 yaşındaki hastanın klinik görünümü



P-161
İleri derecede restriktif solumun bozukluğu olan sklerodermalı bir hastada toraks derisinin ekspansiyonu amacıyla doku genişletici uygulaması

Yalçın Bayram[1], Sedat Avşar[1], Deniz Doğan[2], Serdar Öztürk[1]
[1]Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Skleroderma, nedeni tam olarak bilinmeyen deri ve iç organların yaygın fibrozu ile seyreden kronik otoimmün enflamatuar bir hastalıktır. (1) Lokalize skleroderma ve sistemik skleroderma olarak ikiye ayrılır. Sadece deri bulguları olan tipi lokalize skleroderma, hem deriyi hem de iç organları tutabilen tipi ise sistemik skleroderma olarak isimlendirmektedir.(2) Skleroderma hastalarının karşılaştıkları en önemli sorunlardan birisi de efor kapasitelerinin düşük olmasıdır. Bunun nedeni göğüs duvarındaki derinin elastikiyetini kaybetmesi ve pulmoner fibrozistir. Bu çalışmada göğüs ekspansiyon kısıtlılığı nedeniyle efor kapasitesi düşük olan sistemik sklerodermalı hastaya doku genişletme uygulaması ile akciğer ve efor kapasitesinin arttırıldığı bir olgunun sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu Sunumu: GATA Romatoloji kliniğinde takip ve tedavi edilen 20 yaşında erkek hasta üst ve alt ekstremitesinde hareket kısıtlığı ve göğüs ekspansiyon kısıtlılığı nedeniyle kliniğimiz ile konsulte edildi. Hastanın sklerotik derisinin genişletilmesi ile restriktif solunum sorunlarının rahatlatılabileceği düşüncesi ile doku genişletici uygulanmasına karar verildi. Her iki toraks anterioruna 700 cc doku genişletici subkütan plana yerleştirildi.(Resim 1) 6 hafta sonunda doku genişletici tam kapasite ekspande edildi. 3 ay beklendikten sonra doku genişletici çıkarıldı. (Resim 2) Meme uçlarında dislokasyon olmaması için niple-areolan kompleksi olması gereken seviyede pektoral kas fasyasına sütüre edildi. Hasta yaklaşık 6 ay takip edildi. (Resim 3) Hastanın solunum sorunları ameliyat öncesi ve sonrası yapılan üçer adet Solunum Fonksiyon Testinin (STF) ortalaması alınarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi SFT ortalamalarında ileri derecede restriktif bozukluk izlenmekte iken, ameliyat sonrası SFT ortalamalarında orta derecede restriktif bozukluk izlendi. Yaklaşık 7 aylık bir sürede olgunun Zorunlu Vital Kapasite değerinde 470ml (%15,4) artış elde edildi.

Sonuç: Pulmoner problemler skleroderma da sık olup göğüs duvarındaki deride elastikiyetin kaybolması ve akciğerlerin fibrotik olması ile vital kapasite ve akciğer volümlerinde azalma meydana gelmektedir. Skleroderma tedavisinde akciğer fonksiyonlarına yönelik halen etkili bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Restriktif solunum bozukluğunun rahatlatılması amacıyla doku genişletici kullanımı literatürde mevcut değildir. Bu çalışma ile bu hastalarda toraks derisi ekspande edilerek belli oranda akciğer kapasitesinin arttırılabileceği gösterilmiştir.

resim 1



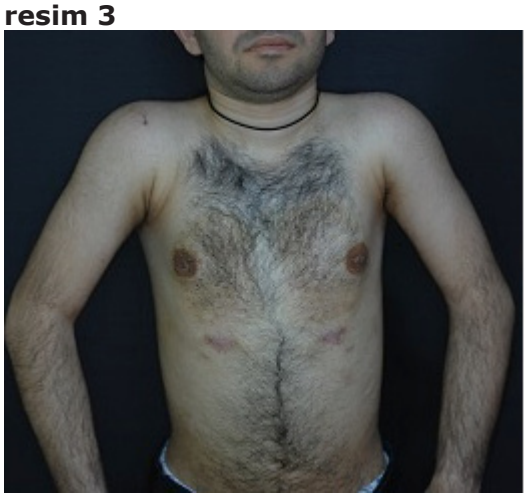
Her iki toraks anterioruna 700 cc doku genişletici subkütan plana yerleştirildi.

resim 2



resim 2a. tam ekspanse göğüs, resim 2b.3 ay beklendikten sonra doku genişletici çıkarıldı

resim 3



Hasta 6 ay takip edildi.

P-162
Aksesuar Tragus Tedavisinde Klinik Deneyimlerimiz

Uğur Horoz[1], Mustafa Durgun[2], Buğçe Ballıoğlu[1], Hülda Rıfat Özakpınar[1], Emre İnözü[1], Ali Teoman Tellioğlu[3]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[3]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara,

Aksesuar tragus doğumsal olarak ortaya çıkan bir dış kulak patolojisidir. Lezyonlar ciltten kabarık, deri ile aynı renkte ve kıkırdak kalıntısı ile yağ dokusu içeren yapıya sahiptirler. Embriyolojik hayatın dördüncü ve on ikinci haftaları arasında kulak gelişimi büyük oranda tamamlanır. Histolojik olarak ince stratum korneum tabakası olan epidermis, olgunlaşmamış kıl folikülleri, yağ lobülleri ve merkezinde bir parça kıkırdak içeren bağ doku çatısından oluşurlar. Lezyonlar sıklıkla tragus ön bölgesinde ve ağız kenarından tragus arasında çizilen hayali bir çizgi boyunca görülürler. Bazı doğumsal anomalilerle birlikte görülebilen aksesuar tragus sıklıkla izole olarak ortaya çıkmaktadır. Aksesuar tragus lezyonları doğum öncesi dönemde, doğum sırasında ya da sonrasında saptandığında lezyon ya da lezyonların doğumsal sendromlar için bir ipucu olabileceği akılda tutulmalı ve gerekli araştırmalar yapılmalıdır. Genellikle estetik kaygılar nedeniyle uygulanan cerrahi işlem klasik ve etkili tedavi yöntemidir. Bizim bu çalışmada amacımız aksesuar tragus lezyonları konusunda akılda tutulması gerekenler ve ilgili cerrahi tedavi deneyimlerimizin sunulmasıdır.

P-163
Kongenital Kutis Aplazisi Olgusu

Hande Akdeniz, Adile Dikmen, Berna Fethiye Göktaş Demircan, Ahmet Terzioğlu, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Kongenital Kutis Aplazisi (KKA), nadir görülen genellikle skalpi etkileyen kongenital bir hastalıktır. Hastalık, fokal epidermisin yokluğu şeklinde tanımlanır, fakat nadir de olsa derinin bütün katmanlarını etkileyebilir. Hastalar enfeksiyon ve kanama riski altındadır.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta, polikliniğimize doğuşta varolan ve kendiliğinden iyileşen yaralar sonrası, vertexten frontal bölgeye doğru uzanan 8x15 cm boyutundaki atrofik skar ve bu bölgede allopesi nedeniyle başvurdu. İnspeksiyonda hastanın abdominal bölgesinde, her iki diz bölgesinde, kollarında ve el dorsallerinde skarları mevcuttu. Skalpteki lezyona seri eksizyonlar uygulandı. Patoloji sonucu, aplazia kutis kongenita ile uyumlu şeklinde raporlandı. Ek taramalarında herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Sonuç: Kongenital kutis aplazisi, 3/10.000 görülen bir hastalıktır. Çoğu hastada epidermis ve üst dermis

etkilenmiş olmasına rağmen periost, kemik ve duraya ilerlediği de görülebilir. % 70 hastada sadece skalpte tutulum olmakla beraber bazen vücudun diğer bölgelerinde de lezyonlar mevcut olabilir. Lezyonların genişliği 0.5 ile 100 cm arasında değişebilir. Hastalığın etkeni bilinmemektedir fakat genetik faktörler ve teratojenler suçlanmıştır. Etiyopatogenezde otozomal geçiş, vasküler anomaliler, nöral tüp defektleri, intrauterin travma vs. gibi teoriler öne sürülmüştür fakat hiç biri kesin olarak kanıtlanamamıştır. Genellikle izole olarak görülmesine rağmen diğer kongenital malformasyonlarla beraber de görülebilmektedir. Tanı yeni doğanda fizik muayene ile konulabilir. Histopatolojik incelemede tipik olarak epidermis-dermis yokluğu ve subkutan doku, kas ve fasiada azalma gözlenir. Küçük lezyonlar saçsız atrofik skarla sekonder olarak iyileşir. Bu süre içerisinde enfeksiyonu ve kanamayı engellemek hayati önem taşır. Daha büyük defektlerde rekonstrüksiyon zorlayıcı olabilir. Greft, flep yada doku genişleticilere ihtiyaç duyulabilir.

Fig. 1.



18 yaşında kadın hasta vertexten frontal bölgeye doğru uzanan 8x15 cm boyutundaki allopesik bölge

Fig. 2.



Her iki abdominal bölgede doğuşta varolan deformite sonrası oluşan skar

P-164
Abdomenden Kısmi Kalınlıkta Deri Greftı Alınmasını Kolaylaştıracak Basit Bir Yöntem

İlker Üsçetin, Tuğçe Yasak, Turgut Kayadibi, Özay Özkaya Mutlu
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Deri greftleri, primer kapanmaya uygun olmayan doku defektlerinin onarımı için en sık kullanılan tedavi seçeneğidir. Kısmi kalınlıkta deri grefti, epidermis ve derimisin bir kısmını içeren deri greftidir ve tipik olarak 0.30-0.45 mm kalınlıktadır. Kısmi kalınlıkta deri greftleri, vücudun herhangi bir bölgesinden alınabilmektedir. Donör alan olarak en sık kullanılan bölgeler uyluk, abdomen ve kalçadır. Abdomen bölgesi, greft alınması için gergin, düzgün bir dikdörtgen cilt alanı oluşturmak açısından zorlayıcı olmakta, greftin de ince oluşu nedeniyle greftin parçalanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle abdomenden kısmi kalınlıkta deri grefti alınmasını kolaylaştıracak yardımcı yöntemler geliştirilmiştir. Bu çalışmada; abdominal bölge dışında başka greft donör alanı olmayan bir hastada iki adet Kirschner Teli yardımı ile abdomen bölgesinden greft alınımını kolaylaştırdığımız bir vakayı sunmaktayız.

Materyal- Metot: 40 yaşında, nekrotizan fasiit sonucu pubik bölge ve bilateral uylukları sirküler saran çok geniş doku defekti olan kadın hastaya seri debridmanlar ve vakum yardımlı kapama sistemi ile pansumanlar yapıldı. Granülasyon dokusu yeterli hale geldiğinde kısmi kalınlıkta deri grefti ile defektlerin kapatılması planlandı. Hastanın geniş doku defektine sahip olması ve sık kullanılan donör alanların tamamının kullanılması sonucu abdomen bölgesinden greft alınması planlandı. Alt abdomen cildinin debridmanlar sonrası flep şeklinde olması ve abdomenin anatomik yapısı nedeni ile greft donör alanında yeterli gerginlik sağlanmakta zorlanıldı. Bölgenin gerginliğinin sağlanması için 2 adet 2.4 mm Kirschner teli greft alınmak istenen bölgenin proksimal ve distal uçlarından geçecek şekilde birbirine paralel olarak subkutan planda ilerletildi (Şekil-1). Her iki Kirschner teli eleve edilip yeterli gerginlik sağlandı (Şekil-2). Dermatom ile greft alındıktan sonra Kirschner telleri çıkarıldı. Tellerin giriş ve çıkış noktalarına pansuman yapıldı.

Tartışma: Abdomen bölgesinden kısmi kalınlıkta deri grefti alınmasını kolaylaştırmak için lubricant kullanımı, abeslang ile gerginlik sağlanması gibi yardımcı yöntemler tanımlanmıştır. İki adet Kirschner teli kullanarak uyguladığımız bu teknik ile gerginliğin daha kolay sağlandığını, minimal travma sayesinde greft kalitesinin arttığını düşünmekteyiz. Daha önceden tanımlanmış olan bu yöntemi hatırlatmanın özellikle geniş doku defekti olan hastalarda kulanım için yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Şekil-1



Kirchner Telleri yardımı ile greft donör alanının hazırlanması

Şekil-2



Kirschner Telleri eleve edilerek hazırlanan gergin donör alandan dermatom ile greft alınması

Şekil-3



Donör alanın epinefrinli tek kat pansuman ile kapatılması

P-165
Sekonder Meme Küçültme Operasyonu: Olgu Sunumu

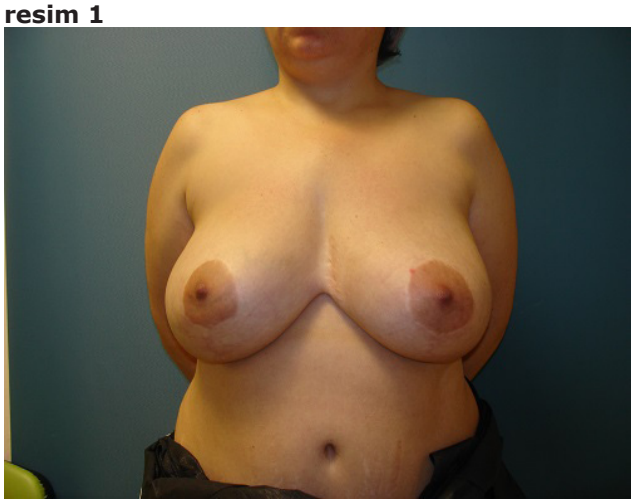
Mustafa Durgun, Buse Kılın Çapkınoğlu, Soysal Baş, Dağhan Işık, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Meme küçültme operasyonunun amacı, düzgün şekilli uygun boyutta meme oluşturmaktır. Meme küçültmede en sık tercih edilen yöntemler inferior veya superomedial pediküllü ters "T" skar ve vertikal skar küçültme mamoplastidir. Primer meme küçültme operasyonlarında çoğu zaman nipple areola kompleksi başarılı bir şekilde korunabilmektedir. Sekonder meme küçültme operasyonlarında ise nipple areola kompleksinin korunabilmesi bir problem gibi görünmektedir. Bizim bu çalışmadaki amacımız sekonder meme küçültme ameliyatı yaptığımız hastayı sunmaktır.

Olgu Sunumu: 43 yaşında bayan hasta polikliniğimize meme küçültme-dikleştirme isteği nedeni ile başvurdu. Hastanın hikayesinde 7 yıl önce dış merkezde bilateral superomedial pediküllü ters «T» skar meme küçültme yapıldığı öğrenildi. Hastaya yapılacak olan operasyon ile ilgili detaylı bilgi verildi. Preoperatif süperior pediküllü ters "T" skar meme küçültme çizimleri yapıldı. Süperior pedikül inferiora doğru uzatıldı. İnferiordan pektoral fasyasına kadar insizyon yapıldı,pedikül kendi içine katlanarak 3.kosta periostuna fikse edildi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

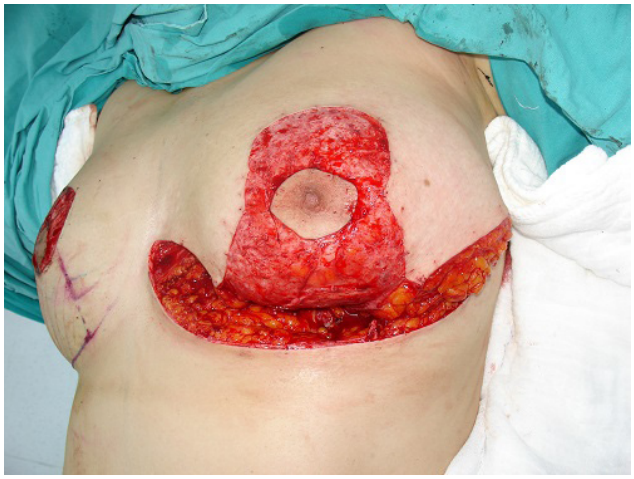
Sonuç: Daha önce meme küçültme operasyonu yapılmış olan hastalarda tekrar meme küçültme operasyonu zor olabilmektedir. Yukarıda sunduğumuz vakada daha önce supereomedial pediküllü meme küçültme ameliyatı yapılmış olan hastada ikinci meme küçültme operasyonunda superior pedikül seçilerek başarı sağlanmıştır.

resim 1



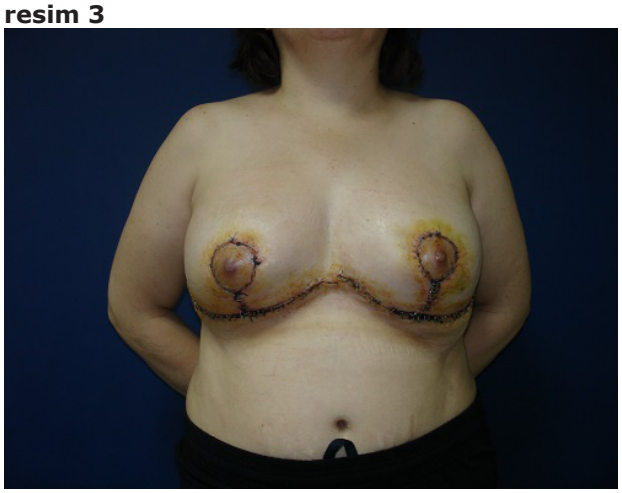
operasyon öncesi

resim 2



kendi içine katlanmış süperior pedikül

resim 3



postoperatif 3.gün

Resim 2



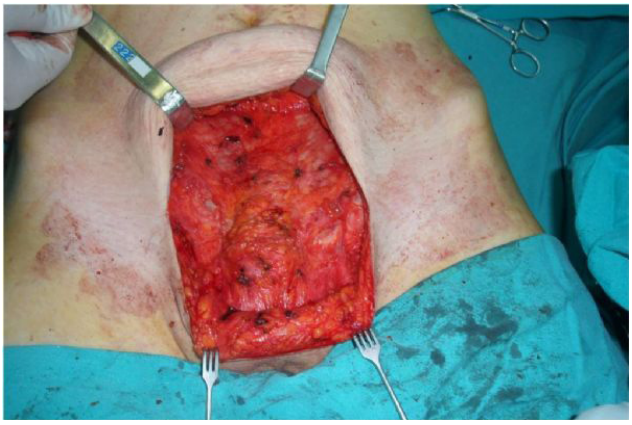
Oluşan defekt

Resim 3



Propylen Mesh ile onarım

Resim: 1



kitle

P-166
Rektus Abdominis Kası Yerleşimli Endometriozis:Olgu sunumu

Abdolreza Khash, Serkan Balta, Devran İğrek
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Endometriozis overin hormonlara yanit veren fonksiyonel endometrial dokusunun uterus dışında bulunmesı şeklinde tanımlanır. En sık pelvik bölgede bulunmaktadır ama nadiren göz,karaciğer,kemik,böbrek, akciğer,kalp, safra kesesi,karın duvarı,Merkezi ve Periferal sinir sistemlerinde yerleşimi gösterilmiştir. Karın duvarında bulunan Endometrial doku çoğunlukla cilt ve cilt altı dokuda bulunmakta olup ve kas dokusu içerisinde daha nadir bulunmaktadır. Biz olgumuzda 29 yaşında bir bayan hastanın rektus kası içerisinde olan endometriozisi tanılı kitleyi total olarak ekzie ettik.

P-167
Ortadoğu'da Yaşanan İç Savaşta Rekonstrüktif Cerrahi Açısından Klinik Deneyimlerimiz

Emre İnözü[1], Mert Muhittin Sandıkcı[1], Ergin Seven[1], Enis Mert[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Eğitim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ortadoğu'da son yıllarda yaşanan savaş sonucunda ülkemizde pek çok yaralı tedavi görmüştür. Kliniğimize ateşli silah ve patlayıcı madde ile yaralanma sonucu rekonstrüksiyon ihtiyaçıyla başvuran hastalar incelenmiştir. Bu çalışma ile kliniğimizde tedavi görmüş olan hastaları demografik özellikleri, yaralanma bölgeleri, yapılan cerrahi müdahaleler ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem-Gereçler: Çalışmaya Temmuz 2009 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında Irak ve Suriye'de yaşanan iş savaş nedeniyle yaralanan ve rekonstrüksiyon ihtiyaçı olan 19 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalar yaşı, cinsiyeti, yaralanma etyolojisi, uygulanan tedavi, ameliyat sayısı, yatış süresi ve komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 19 hastanın %15,8'I kadın (n:3), %84,2'si erkek (n:16) olarak bulunmuştur. Hastaların yaş aralığı 3-47 arasında olup yaş ortalaması 24,9 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %31, 5'i (n:6) ateşli silah yaralanması sonucu, %68,5'i (n:13) mayın veya bomba patlaması sonucu yaralanmıştır. Hastaların pek çoğunda multiple defektleri olup çoğunluğu alt ekstremite yaralanmaları oluşturmaktadır. Hastaların 3'ü patlayıcı madde yaralanması sonucu yanık nedeniyle dış merkezde tedavi görmüş olup yanık kontraktürlerini açmak için müdahale edilmiştir. Hastaların yatış süreleri 6-128 gün arasında değişmekte olup ortalama yatış süresi 40,7 gündür. Hastalara 1-9 arasında ameliyat geçirmiş olup ortalama ameliyat sayıları 2,6'dır.

Sonuç: Savaş nedeniyle yaralanan hastaların ilk müdahaleleri sınır bölgesindeki hastanelerde yapılmaktadır. Burada acil cerrahi müdahalesi yapılan ve hayati tehlikesi olmayan hastalar oluşan defektlerin onarımı için ülkemizin pek çok plastik cerrahi kiniğine sevk edilmektedir. Bu hastaların çoğunluğunu alt ekstremite yaralanmarı oluşmaktadır. Bunu üst ekstremite yaralanmarı izlemektedir. Tedavisi tamamlanan hastalarda en önemli sorunu hastanın takibi oluşturmaktadır. Rekonstrüktif cerrahi bu hastaların günlük yaşamlarına tekrar dönmelerinde önemli yer teşkil etmektedir.

P-168
Osteoradyonekroz Tedavisinde Alternatif Flep Seçeneği;Trapezius Kas-Deri Flebi

Mübin Hoşnuter, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mustafa Durgun, Soysal Baş, Dağhan Işık
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Radyoterapi alan hastalarda gelişen osteoradyonekroz ciddi komplikasyonların başında gelmektedir. Yüksek dozda radyasyon kemik dokuyu, hiposellüler, hipvasküler ve hipoksik hale getirir. Radyoterapiye bağlı ostoenekroz tedavisinde geniş cerrahi debridmanı takiben pediküllü kas flepleri veya mikrovaskuler anastomoz ile serbest kas veya kas-deri flepleri kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda amacımız servikal vertebra seviyesinde radyoterapiye bağlı doku defekti olan ve trapezius kas deri flebi ile onarım uygulanan hastanın sunulmasıdır.

Materyal-Metod: 67 yaşında metastatik akciğer kanseri tanısıyla radyoterapi ve kenoterapi görmüş olan hasta, C7 ve T1 vertebra üzerinde kronik yara nedeniyle kliniğimize konsulte edildi. Yapılan fizik muayenede C7 ve T1 vertebra spinal proçesler ekspoze,enfekte görünümde, üzeri fibrine dokular ile kaplı idi. Hastaya geniş debridman yapılarak sağlıksız görülen yumuşak doku ve kemik dokular uzaklaştırıldı. Yaklaşık 6x9 cm lik defekt pedikülü sol transvers servikal arterin desendan dalı olan posterior trapezius kas-deri flebi ile onarıldı. Flep donör sahası primer onarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla tek seanslı onarım genel durumu orta veya kötü hastalarda avantaj sağlamaktadır.Tedavisi zor olan osteoradyonekroz defektlerinde iyi kanlanan bir doku transferi gerekmektedir. Altın standart serbest doku transferleri olsa da genel durumu uzun süren operasyonalara izin vermeyen hastalarda, baş-boyun orta hat defektlerinde tek seanslı pediküllü trapezius flebi alternatif tedavi seçeneği olabilir.

resim 1



postoperatif 20.gün

P-169
Elde Psödoepitelyomatöz Hiperplazi: Olgu Sunumu

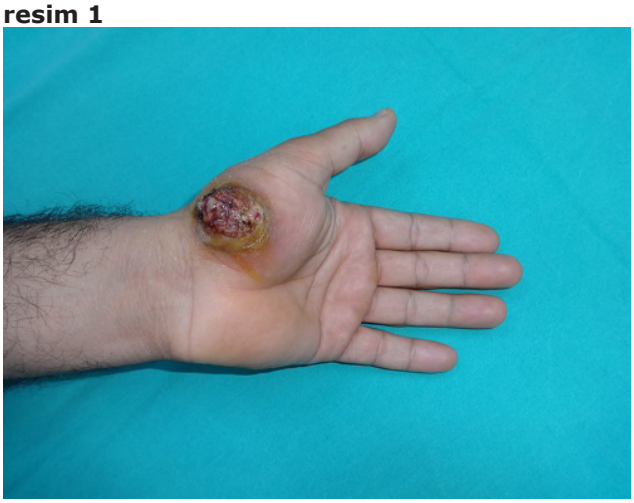
Mustafa Durgun, Buse Kılın Çapkınoğlu, Soysal Baş, Dağhan Işık, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Psödoepitelyomatöz hiperplazi (PEH); epidermis ve adneksiyal epitelin dermise doğru büyümsei ile karakterize,bengin fakat skuamöz hücreli karsinom oluşumunu uyarabilen bir durumdur. Mikroskopik olarak da squamöz hücreli karsinomu taklit eder. Bu çalışmada amaç sol el tenar bölgede psödepitelyomatöz hiperplazi gelişen bir hastanın sunulmasıdır.

Olgu Sunumu: 51 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize eline diken batması sonrası gelişen yara ve enfeksiyon nedeniyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol el tenar bölgede diken batması sonucu oluşan apse ve yara mevcut idi. Apse drene edilerek oral antibioterapi başlandı. 2 hafta sonraki kontrol muayenesinde enfeksiyonun gerilediği fakat ciltten kabarık kötü kokulu lezyon oluştuğu gözlendi. Lezyon 0.5 cm cerrahi sınır ile total eksize edildi. Oluşan defekt alan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmadı.

Sonuç: PEH nin, kronik enflamasyon, enfeksiyon veya yetersiz tedavi alan allerjik kontakt dermatit sonrasında oluştuğu bildirilmiştir. Bu olguda enfeksiyon sonrası elde gelişen PEH eksize edildikten sonra kısmi kalınlıktaki deri grefti ile başarılı bir şekilde onarılmıştır.

resim 1



P-170
Plastik Cerrahide Doküman Arşivleme ve Bulut kullanımı

Soner Tezcan[1], Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Gün geçtikçe teknolojide ve bilişimde gerçekleşen yeni adımlar biz plastik cerrahların çağa ayak uydurmasını mecbur kılmakta iken, gerek şahıs olarak gerekse grup çalışması yapılan her klinikte, alışılagelmiş yöntemlerle hasta fotoğraflarının ve dokümanlarının saklanması ve paylaşılması zaman kaybına ve iş yüküne yol açmaktadır. Bu nedenle biz kliniğimizde aktif olarak kullanmakta olduğumuz doküman ve fotoğraf paylaşım - arşivleme yöntemini sunarak, teknolojinin plastik cerrahideki kullanımına yeni bir bakış açısı getirmeyi amaçladık.

Gereç - Yöntem: Kablosuz veri aktarımı yapabilen fotoğraf makineleri ve akıllı telefonlar, hastanemizde bulunan kablosuz internet ağı ve Google üzerinden kliniğimiz adına açılmış bir elektronik hesap ile Google Drive, Google Calendar ve Google Documents uygulamaları kullanılarak veri paylaşımı daha kolay hale getirildi. Bütün klinik çalışanlarının kontrollü bir şekilde doküman, ameliyat listesi ve fotoğraf paylaşabilmesi sağlanarak poliklinik, servis ve ameliyathane ortamından paylaşılan bu dokümanların her personel tarafından her an görüntülenebilmesi sağlandı. Bu paylaşılan veriler ise belirlenen bir kişi tarafından belli periyotlarla klinik bilgisayarından, kliniğimize mahsus olan veri depolama aygıtına aktarıldı.

Tartışma: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği olarak 3 asistan hekim, 2 uzman hekim ve 1 öğretim üyesi olmak üzere toplam 6 kişilik kadro ile çalışmaktayız. Sınırlı doktor kadromuza oranla klinik olarak plastik cerrahi alanında acil ve elektif bütün vakaları yapmaya gayret etmekteyiz. Bu orantısızlığın hasta fotoğraf ve doküman kayıtlarında oluşturabileceği aksaklıkları göz önünde bulundurarak, bu kayıtları artık hayatımızın her alanını kaplamış olan internet üzerinden dosya paylaşımı sağlayan, bulut sistemi ile elektronik ortamda toplayarak arşivleme yöntemini kullanmaya başladık. Bu kullandığımız bilindik bir sistem olmasına rağmen, plastik cerrahi açısından özellikle fotoğraf arşivlemenin önemi düşüldüğünde, çok faydalı bir yöntem olacağını düşünmekteyiz.
Plastik cerrahi alanında da teknolojik ve bilişimsel gelişimler yakından takip edilmektedir. Yapılan çalışmalar daha çok kişisel bazda kullanılan aletlere ve bilgisayar programlarına yönelik olmasına karşın bu yöntemle grup çalışmasına yönelik ve kullanımı basit bir arşivleme şekli ile zaman kaybının ve iş yükünün azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç: Plastik cerrahi hekimleri olarak çevremizde olan gelişmeleri ve yenilikleri yakından takip etmesi gereken en önemli hekim gruplarından birini oluşturmaktayız. Bu bağlamda sunmuş olduğumuz bu yöntemin kişisel bazda olduğu kadar özellikle grup çalışması yapılan kliniklerde kullanımının alışılagelen yöntemlere kıyasla fazlasıyla faydalı ve pratik bir yöntem olacağını düşünmekteyiz.

P-171
Gebelik Hipertrofik Skar ve Keloid İçin Ortak Bir Tetikleyici Olabilir mi? Vaka Sunumu

Soner Tezcan[1], Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

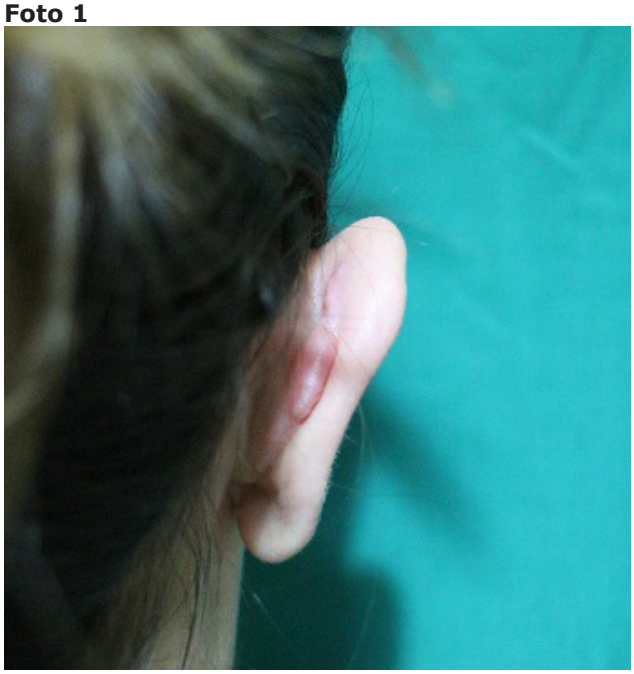
GİRİŞ: Hipertrofik skar ve keloid anormal yara iyileşme sürecinin iki farklı sonucu olarak ortaya çıkan patolojik tablolardır. Etyolojide aşırı skar dokusu üretimine neden olabilecek faktörler ortak neden olarak gösterilmektedir. Kesin tanı histopatolojik olarak konulsa da klinik görüntüleri ve davranışları birbirinden farklıdır. Bu vaka sunumunda hamilelikle birlikte farklı anatomik bölgelerde, farklı nedenlerle oluşmuş skar dokularının yol açtığı 2 ayrı klinik tabloyu sunarak, hamileliğin aşırı yara iyileşmesindeki rolüne dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU: 31 yaşında bayan hasta, yaklaşık 16 ay önce yapılan otoplasti insizyonunda oluşan kaşıntı ve kabarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 20 haftalık gebe olduğu ve kaşıntıların 10 gündür başlamış olmasıyla bu durumu farkettiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ önkolda bulunan yaklaşık 4 cm uzunluğunda hipertrofik skar dokusu farkedilerek, bu dokunun ise yine gebelikle birlikte daha belirgin hale geldiği ortaya konuldu. Önkolda bulunan yara gebe kalmadan 3 ay önce, postaurikuler bölgede bulunan insizyon ise 11 ay önce oluşmuştu. Hastanın mevcut gebeliği dikkate alınarak önkol için silikon tabaka ve postaurikuler bölge için ise silikon bazlı jel tedavisi başlandı.

TARTIŞMA: Patolojik yara iyileşmesinin iki örneği olan hipertrofik skar ve keloidler normal skar dokusundan, aşırı kollajen üretimi ve anormal kollajen dizilimi ile ayrılırlar. Keloidlerde oluşan skar dokusu yara sınırlarını aşıp normal dokuya invaze olma eğilimi gösterirken, hipertrofik skar mevcut skar dokusunun genişlemesiyle sınırlıdır. Özellikle etiyolojisinin yeterli derecede ortaya konamamış olmasıyla bağlantılı olarak tedavi seçeneklerinin kısıtlı oluşu da, bu patolojik süreçlerin yönetimini zorlaştıran başlıca nedenlerdir. Hormonal etkilerin aşırı skar dokusu oluşumuyla ilişkili¬ olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Keloidlerin sıklıkla pubertede oluştuğu ve özellikle hipetrofik skarlar menapozdan sonra gerilediği gösterilmiştir. Hamilelik, anabolik metabolizmanın fizyolojik olarak arttığı bir süreç olmasına rağmen, aşırı yara iyileşmesi örnekleri literatürde nadir olarak bulunmaktadır. Teratojeniteye fazlasıyla özen gösterilmesi nedeniyle, hamilelikte karşılaşılabilecek bu tabloların tedavisi bir kat daha zor hale gelmektedir. Hastamızda görülen hipertrofik skar ve keloid dokusu, bugüne kadar ortaya konan etyolojik faktörler, klinik davranış açısından literatürle uyum göstermektedir. Ancak bu patolojik süreçlerin aynı hastada eş zamanlı olarak bulunduğu bir vaka literatürde gösterilmemiştir.

SONUÇ: Sunmuş olduğumuz vaka dikkate alındığında, özellikle estetik operasyonlar sonrasında ortaya çıkabilecek tedavisi zor olan bu tabloların hastaya operasyon öncesinde anlatılması ve yazılı onamının alınması önem arzetmektedir. Ayrıca yapılacak operasyonlar öncesinde bayan hastaların hormonal patolojisi ve/veya gebelik düşüncesinin sorgulanması, böyle bir durumda hastaya özellikle yara iyileşme problemiyle karşılaşabileceğinin vurgulanması ve mümkünse elektif operasyonların ertelenmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Foto 1



Keloid: Sağ otoplasti insizyonu

Foto 2



Keloid: Sol otoplasti insizyonu

Foto 3



Hipertrofik Skar: sağ önkol

P-172
Konjenital Penis Torsiyonu: Olgu Sunumu

Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

GİRİŞ: Konjenital penis torsiyonu nedeni bilinmeyen penisin longitudinal aksında rotasyonu ile karakterize olan bir malformasyon olarak tariflenebilir. Tek başına veya başka konjenital anomalilerle birlikte olabilen bu anomali çok fazla görülmemekte ve fonksiyonel kısıtlılığa genellikle neden olmamaktadır.Bu çalışmada kliniğimize sünnet nedeniyle başvuran hastalarda rastlanan 2 ayrı penis torsiyonu vakasını sunarak ülkemizde plastik cerrahiyi de yakından ilgilendiren bir konjenital deformiteye dikkat çekmeyi amaçladık.

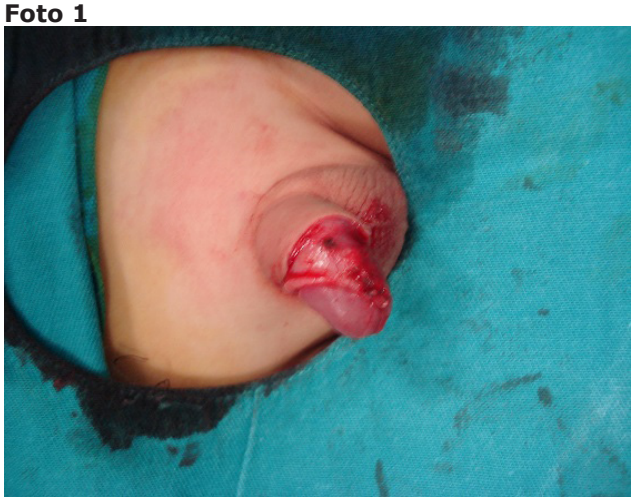
Olgu: OLGU 1: 6 yaşında erkek hasta. Kliniğimize sünnet yapılması amacıyla başvurdu. Yapılan preoperatif fizik muayenesinde, sola 90 derecelik penis torsiyonu, kordi ve distal hipospadias mevcuttu. Hastaya kordi eksizyonu ve uretrokutan ilerletme yöntemi (Şensöz tekniği) ile hipospadias onarımı uygulandı. Penis torsiyonuna yönelik cerrahi girişim yapılmadı.

OLGU 2: 8 yaşında sünnet yapılması amacıyla kliniğimisze başvurdu. Preoperatif fizik muayenesinde sola 90 derecelik torsiyonu mevcuttu ve ek anomalisi yoktu. Hastaya penis distalinden subcoronal çepeçevre yapılan insizyonla girilerek diseksiyon yapıldı ve kesi anatomik pozisyona uygun olarak sütüre edilerek penis torsiyonu düzeltildi.

TARTIŞMA:Penis torsiyonunun embriyolojik gelişimindeki defekt tam olarak anlaşılmamasına rağmen sorumlu olarak kavernoz cisimlerin gelişmesindeki bozukluk gösterilmektedir. Vakaların çoğunluğu sol tarafta (saatin tersi yönünde) olmaktadır. Penil torsiyonunun minor dereceleri ek bir anomali olmadığı sürece ve hastada fonksiyonel bir kısıtlılığa neden olmaması nedeniyle literatürde insidansı oranında yer bulamamaktadır. Basit torsiyonlar hastalarda fonksiyonel kısıtlılığa neden olmaması nedeniyle tedavi gerektirmemektedir Fakat fonksiyonel açıdan sıkıntısı olmadığı halde mental olarak rahatsızlık hisseden hastaların tedavi edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz

Sonuç: Ülkemizde asemptomatik olarak seyreden konjenital ürogenital defektlerin tanısı sünnet nedeniyle başvuran hastalarda yapılacak dikkatli bir fizik muayene ile konulabilir. Hasta ve yakınlarına operasyon öncesinde ayrıntılı bilgi verilmesi ve aydınlatılmış onamlarının bu şekilde alınması, hekim için de kanuni açıdan önem taşımaktadır.

Foto 1



Olgu 1

Foto 2



Olgu 2

P-173
Open abdomen onarımında karın fleplerinin kullanımı

Nazım Gümüş[1], Sarper Yılmaz[2]
[1]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana
[2]Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Open abdomen tümör, travma, abdominal cerrahi veya peritonit gibi enfeksiyonlar sonrasında karın ön duvarının açık bırakılmasını gerektiren cerrahi bir işlemdir. Asıl amaç cerrahi olarak açık bırakılan edisel herninin kısa süre sonra kapatılması olmasına rağmen, bazı durumlarda bu mümkün olmaz. Herni defektinin plastik cerrahi tarafından onarımı gerekir. Burada geniş abdominal ön duvar defekti olan iki hastanın bulguları ve abdominal fleplerle onarımı sunuldu.

Olgu: Kliniğimize genel cerrahi kliniğinden devir alınan iki abdominal defekt hastası, 62 ve 54 yaşında ve kadındı. Karın ön duvarında peritonit ve tümör rezeksiyonu sonrasında gelişmiş geniş open abdomen defekti vardı. Yaraların kenarında yağ nekrozu ve barsak ansları üzerinde kısmen gelişmiş granülasyon dokusu mevcuttu. Rektus abdominis kasları lateralize olmuş ve fasiya kontrakte idi. Yara boyutları 8x12 ve 11x14 cm idi. Defektin kapatılması amacıyla abdominal fleplerin kullanılması amaçlandı. Geniş debritman sonrasında abdominal flepler eleve edildi. Karın ön duvarı prefasiyal tabakadan diseke edilerek tümüyle kaldırıldı ve defekt bölgesine ilerletildi. Geç dönemde fleplerin fasiya rekonstrüksiyonu için tekrar kullanılması veya relaparatomi riski nedeniyle, ek cerrahi insizyon yapılmamaya dikkat edildi. Dog ear eksizyonu yapılmadı. Fasiya defekti onarımı için prolen meş kullanıldı. Flepler karşılıklı getirip tabakalar halinde sütüre edildi. İki adet suction dren koyularak operasyon sonlandırıldı. Drenler bir hastada 5 gün sonra çekilirken, diğer hastada seroma nedeniyle 15 gün sonra çekildi. Postoperatif dönemde 6 hafta süre ile baskılı korse kullanımı sağlandı. Yara yerlerinde sorunsuz iyileşme sağlandı

Bulgular: Hastalarda diabet olmasına rağmen postoperatif dönemde yara iyileşmesinde sorun görülmedi. Drenlerin çekilmesi sonrasında taburcu edilen hastalarda, fleplerdeki ödem 3 ay içinde giderek azaldı. Dog ear fazlalıkları kısmi düzelme gösterdi.

Sonuç: Open abdomen hastalarında amaç primer olarak karın duvarı açıklığının kapatılması olmasına rağmen bu her olguda mümkün olmamaktadır. Erken yada geç onarımda plastik cerrahi desteğinin genel cerrahi ekibine primer onarımın sağlanmasında ciddi katkısı olacak ve bir çok olguda primer kapama sağlanabilecektir. Diğer olgularda da deri grefti seçeneğinden daha dayanıklı ve koruyucu olan abdominal fleplerin kullanımı morbitite ve mortalitenin azaltılmasında katkıda bulunacaktır. Bu fleplerin diseksiyonu kolay kanlanması yeterlidir. Mobilizasyonu ise birçok olguda ek insizyon yapılmakszın defekti kapatmaya yetmektedir.

Kaynaklar
1. Coccolini F, Biffl W, Catena F, Ceresoli M, Chiara O, Cimbanassi S, Fattori L, Leppaniemi A, Manfredi R, Montori G, Pesenti G, Sugrue M, Ansaloni L. The open abdomen, indications, management and definitive closure. World J Emerg Surg. 2015;25;10:32.
2. Rencüzoğulları A, Dalcı K, Eray İC, Yalav O, Okoh AK, Akcam T, Ülkü A, Sakman G, Parsak CP. Comparison of early surgical alternatives in the management of open abdomen: a randomized controlled study. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2015;21(3):168-74.
3. Raines A, Garwe T, Albrecht R, Havron W, Hoge S, Ademola A, Glenn J, Motghare P, Irvan J, Patel A, Lees J. Immediate versus delayed repair of destructive bowel injuries in patients with an open abdomen. Am Surg. 2015;81(5):458-62.
4. Rasilainen SK, Mentula PJ, Leppäniemi AK. Components separation technique is feasible for assisting delayed primary fascial closure of open abdomen. Scand J Surg. 2015 May 13. pii: 1457496915586651. [Epub ahead of print]
5. Arai M, Kushimoto S, Kim S, Masuno T, Hagiwara J, Ishii H, Yokota H. A novel technique for managing open abdomen with the combined use of mesh-mediated traction and the bilateral anterior rectus abdominis sheath turnover flap Method: how to do it. Surg Today. 2015;24.

Resim 1



Open abdomen nedeniyle tedavi edilen ilk olgunun bulguları

Resim 2



Open abdomen defektinin kapatılması için karın flebi kullanılan diğer olgunun bulguları görülüyor

P-174
Nadir Görülen Lenfanjioma Sirkumskriptum'un Farklı Bir Lokalizasyonu

Zeynep Karacor-Altuntas, İlker Uyar, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Lenfanjiomlar lenfatik sistemin çok nadir bening proliferasyonlarıdır. Kavernöz, kistik ve sirkumskriptum olamk üzere 3 tip lenfanjiom görülmektedir. Lenfanjioma sirkumskriptum (LS) derideki lenfatik kanalların hamartamatöz malformasyonusur. Genellikle renksiz sıvı, bazen kan ile dolu, ince duvarlı vezikül kümeleri ile karakterizedir. Proksimal ekstremiteler, göğüs duvarı,karın duvarı ve bukkal mukoza sık görülen yerlerdir.

Olgu: 33 yaşında bayan hasta sol kulağında 4 yıldır mevcut olan ağrılı kabarık lezyonlar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Dermatologlar tarafından krioterapi dahil çok farklı tedavi yöntemleri uygulanmış fakat sonuç alınamamıştı. Klinik muayenesinde hemen hemen sol kulağın tamamını kaplayan çok sayıda kırmızı kabarık yer uyer akıntılı sert nodüller mevcuttu. Hikayesinde başka bir özellik bulunmayan hastanın çekilen MR' ında kulak ve boyun bölgesinde lenf nodlarınna herhangi bir genişleme ve kistik dilatasyon tespit edilmedi. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve lezyonlar plazma koter kullanılarak

perikondrium üzerinden dikkatlice total eksize edildi ve defekt gluteal bölgeden alın kısmi kalınıkta deri grefti ile kulak konturlarına uygun şekilde kapatıldı. Hastanın 1 yıllık takiplerinde herhangi bir nüks görülmedi ve hasta estetik sonuçtan da oldukça memnundu.

Tartışma: Lenfanjioma sirkumskriptum deri ve subkutan dokuları etkileyen nadir bir vasküler malformasyondur. Derideki lenfatik kanallarda hamartomatöz bir bozukluk mevcuttur. Herhangi bir yaşta görülebileceği gibi vücudun herhangi bir alanını da tutabilir. Lenfanjioma sirkumsirkiptum, primer veya sekonder olarak da iki forma ayrılır. Sekonder formu, travma, cerrahi, radyasyon, infeksiyon veya kronik immobiliyeti takiben lenf stazı sonucu ortaya çıkabilir. Primer LS'un etiyolojisi halen net değildir, derin dermisteki yerleşen lokalize ve hasarlı lenfatik kanallardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Vasküler endotelyal büyüme faktörü C (VEGF C) ve onun başlıca reseptörü VEGF reseptör-3 (VEGFR-3), lenfatik sistem gelişiminin düzenlenmesinde rol oynar. Ancak Itakura ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada LS hastalarında VEGFC saptanmamış olup, bu büyüme faktörü ile LS gelişimi ilişkisi gösterilememiştir. Histopatolojik olarak LS lezyonları, papiller dermis içerisine yerleşmiş dilate kapiller lenfatik damarlar içermektedir. Üstteki epidermis akantotik ve papillomatözdür.
Tedavi; ağrı, enfeksiyon ve hemoraji gibi komplikasyonlar için gerekse de, genellikle kozmetik nedenlerle yapılmaktadır. Standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Tedavide, insizyon ve drenaj, sklerozan ajanların enjeksiyonu, elektrokoter, kriyoterapi ve cerrahi eksizyon uygulanır. En düşük rekürrens oranları cerrahi tedavidedir. Cerrahi eksizyonda derindeki besleyici lenfatik sisternalar kaldırılmalıdır. Sadece üstteki deri kaldırılırsa derin dokuda geride bırakılan lenfatik sisternaların aşırı büyümesi ile rekürrens görülebilir Olgumuz, lezyonların lokalizsayonu göz önüne alındığında literatürde daha önce kulakta görülen Lenfanjioma sirkumskriptum bildirilmemiştir. Lezyonların yerleşim yerinden dolayı özenli bir cearrhi eksizyon uygulanmış perkondriuma minumum hasar verecek şekilde plasma koter ile total cerrahi eksizyon yapılmıştır. Eksizyon sonrasında, deri grefti kulağın estetik konturlarına uygun şekilde uygulanmıştır.

Kaynaklar: 1. Bauer BS, Kernahan DA, Hugo NE. Lymphangioma circumscriptum— a clinicopathological review. Ann Plast Surg 1981;7:318–26. 2. Roy KK, Agarwal R, Agarwal S, Kumar S, Malhotra N, Gopendru N. Recurrent vulval congenital lymphangioma circumscriptum: a case report and literature review. Int J Gynecol Cancer 2006;16:930Y4

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Peroperatif Görünüm

Resim 3



Postopeartif Görünüm

P-175
Gövdede Aplazi Kutis Konjenita; Nadir bir Olgu & Konservatif Tedavi

Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Nilüfer Çetinkaya, Naci Karacaoğlan, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Aplazi kutis konjenita (AKK) cilt ve dermal yapıların lokalize eksikliği ile karakterize konjenital bir hastalıktır. Genellikle % 70 sıklıkla skalp cildinde görülür. Nadiren karın, göğüs ve ekstremitelerde de yerleşim gösterebilir. Her iki lomber ve göğüs lateral bölgesinde aplazik cilt ve cilt altı alanların olduğu yenidoğan hastamızı sunmaktayız. Lezyonların yaygınlığı nedeniyle yoğun bakımda takip edilen hasta doğum sonrası kliniğimize konsülte edildi. Miadında,2650 gr doğan hastamızın annesinin üçüncü gebeliği olduğu öğrenildi. Hastanın başka bir hastalığa ait bulgusu mevcut değildi. Yapılan fizik muayenesinde; bilateral olarak her iki skapulanın medial sınırından laterale doğru, gövde ön tarafında midklavikular hatta kadar uzanan dikdörtgen şekilli ülsere aplazik alan mevcuttu. Hastanın tedavisinde gümüş içeren hidrofiber yara bakım örtüsü ile kapalı pansuman yapılarak takip önerildi.Yaklaşık 20. günde aplazik alanların tamamına yakının epitelize olarak iyileştiği görüldü. AKK halen tedavisi çeşitlilik göstermektedir. Bu yüzden hastayı değerlendirdik ve literatürü taradık. Tedavide hem cerrahinin hem de konservatif yara bakımının mümkün olduğu öğrendik. Eğer aplazik cilt küçükse eksize edilip primer onarılabilinir. Superfisiyal lezyonlarda için spontan iyileşme sağlanabilir. Çünkü lezyonların çoğu konservatif yara bakımı ile hızla iyileşmektedir. Daha büyük lezyonlar lokal cilt felebi ya da greftine ihtiyaç olacak cerrahi gerektirebilir. Yenidoğanın cildi sınırlı olduğu için cerrahinin getireceği morbidite yerine konservatif tedavi seçilebilinir. Tedavi planlaması değerlendirme aşamasında sekonder iyileşme hızlı ise konservatif tedaviyi seçmek mümkündür. Tedavide nemli yara bakımı, topikal gümüş içeren yara bakım ürünleri kullanılabilinir. Cerrahi için kesin endikasyon yok ise, bu tedavi yenidoğanı olası morbiditelerden kurtaracağı için konservatif kalmak mümkündür. Aplazi kutis konjenitanın nadir bir yerleşim yeri olan lateral torakolomber alan tutulumu olan vakamızı sunduk. Aplazi kutis tedavisinde seçeneklerden biri olan sekonder iyileşme ile vakamızda olduğu gibi çok geniş defektlerin bile kapanabileceğini göz önününde almakta fayda olduğunu, yenidoğan hastalarda anestezi-cerrahi riskleri göz önüne alındığında konservatif tedavinin de başarı ile uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Tedavi Öncesi, sağ taraf



Tedavi Öncesi, sol taraf



Tedavi Sonrası



P-176
Doku Genişletici Uygulamalarında Aşırı Şişirme Tecrübelerimiz

Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Nilüfer Çetinkaya, Naci Karacaoğlan, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Doku genişletici yöntemi geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda sıkça kullanılan bir tekniktir. Daha çok meme rekonstrüksiyonunda ve yanık sonrası oluşan kontraktürlerde kullanılmaktadır. Uzun bir tedavi süresi getirmesi dezavantaj; defekti doku uyumu açısından mevcuda yakın rekonstrüksiyon sağlaması avantajıdır.

Medipol Üniversitesi, Plastik Cerrahi Kliniği olarak; 2012 ve 2015 yılları arasında 14 hastaya doku genişletici uygulaması ile tedavi planlandık, toplam 28 adet doku genişletici kullandık. Bunlardan 4 tanesi pediatrik yaş grubundandı. Ondört hastanın 13'ünde baş boyun bölgesine, 1'inde alt ekstremitede uygulandı. Uygulama nedenleri 7 hastada yanık sonrası oluşan alopesi, 6 hastada yanık sonrası oluşan skar ve kontraktür, 1 hastada dev konjenital nevüs. Hastalarda rektanguler ve round doku genişletici kullanıldı ve şişirme portu vücut dışında bırakıldı. Defektin çapı dikkate alınarak en büyük volümde, uygun doku genişletici seçildi. İntraoperatif doku genişletici volümünün yüzde 10'u kadar şişirildi. Postoperatif 7 ila 10 gün sonra tekrar şişirilmeye başlandı. Hasta takipleri haftada bir veya iki defa yapıldı. Uygulama seanslarında hastanın konforu, ağrı durumu ve flebin kapilleritesi göz önünde tutularak maksimum miktarda şişirildi. Ikinci operasyonda, maksimum flebi elde edebilmek için doku genişleticiler hacminin iki katına kadar şişirildi. Hastalar bu şekilde 2 ila 3 ay boyunca takip edildi ve "over ekspansiyon" sağlandı. Tedavi planlama sürecinde rektanguler ve round yapılı doku genişletici kullanılması ve bunların da hasta takibi sırasında volumünün iki katı kadar şişirilmesi daha efektif; yüzey alanı geniş flep hazırlanmasına imkan tanımaktadır. Ayrıca bu şekilde kullanım hasta konforu sağlamakta ve pediatrik yaş gurubunda uyumu kolaylaştırmaktadır. Hasta takip sürecinde «*ağrısız balon şişirme sonucuda, balon hediye etme"* seanslarına dönüşmektedir. Tüm bunların sonucunda rektanguler ve round doku genişletici kullanılması, volümünün iki katına kadar şişirilmesi ve portun dışarda bırakılması sinerjistik etkiyle rekonstrüksiyonda yüz güldürücü sonuçları artırabileceğini düşünmekteyiz.

Boyunda Doku genişletici



Doku Genişletici Uygulaması



Şişirme portu dışarda

Skalpte Aşırı şişirilmiş Doku Genişletici



takip süreci ve post op görüntü

P-177
Vertikal Rektus Abdominis kas flebi ile perine rekonstrüksiyonu

Bilge Kağan Aysal[1], Fikret Eren[1], İlker Sücüllü[2], Sinan Öksüz[1], Ceyhun Cesur[1], Mehmet Çuhadar[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Perine rekonstrüksiyonları plastik cerrahlar tarafından sıklıkla uygulanan operasyonlar arasında yer almamaktadır. Geniş tutulum yapmış ve perine bölgesine uzanım gösteren kolon/rektum malign tümörlerinin rezeksiyonu esnasında kimi zaman anal sfinkter, perine yumuşak dokusu ve perianal bölgenin rezeksiyonu da gerekebilmektedir. Bu durumlarda rezeksiyon sahasının rekonstrüksiyonu için çeşitli opsiyonlar mevcuttur. Perine rekonstrüksiyonu için çeşitli seçenekler mevcuttur. Öncelikle perineal bölgenin anatomisine bakıldığında cilt altı dokuda karşımıza çıkan en önemli yapı Colles fasyasıdır. Colles fasyası derin yerleşimli sıkı bir fasyal yapı

olup lateralde inferior pelvik ramuslardan ve posteriorda perineal membrandan köken alır. Penisteki dartos fasyasının analoğudur ve bu fasya içerisinde taşınan damar pleksuslarından köken alan cilt flepleri aracılığıyla perine rekonstrükte edilebilir (1). Lokal dokuların dışında pediküllü flepler ile perine rekonstrüksiyonu yapılabilir. Bu amaçla en sık kullanılan iki flep grasilis kas-deri flebi (2) ve vertikal rektus abdominis kas-deri flebidir(VRAM flep) (3). VRAM flep inferior epigastrik damar paketi üzerinde eleve edilen ve vertikal seyirli tek taraflı rektus kasını içeren kas-deri flebidir. VRAM flep inferior pedikülü üzerinde eleve edildikten sonra pubik bölgede cilt altından tünelize edilerek perineal bölgeye getirilir. Kas-deri flebi olduğu için cilt onarımına olanak sağlamasına ek olarak derin pelvik bölgedeki ölü boşluğun efektif olarak doldurulabilmesini sağlar.

Olgu: 60 yaşında bayan hasta nüks rektum malign tümörü tanısı ile genel cerrahi servisi tarafından opere edildi. Operasyon esnasında ileri düzeyde lokal agresif tutulum gözlenmesi üzerine rektum, anal sfinkter, perineal bölge, vajen posterior duvarı rezeke edildi. Oluşan defektin onarılması için plastik cerrahi ekibi tarafından VRAM flep ile onarım ameliyatı planlandı. Sağ rektus kası ve üzerindeki cilt adası inferior epigastrik arter üzerinde eleve edildi. Flep dokusu pubik bölgede cilt altından tünelize edilerek rezeksiyon sahasına getirildi. Flebin kas içeriği ile perine bölgesindeki ölü boşluk dolduruldu. Cilt adasının distal yarısı ile perinal bölgedeki cilt defekti, proksimal yarısı ile vajen arka duvarı onarıldı. Post operatif dönemde flep dokusu etrafında total dehisens gelişti. Hasta yeniden opere edilerek yara dudakları sütüre edildi. Hastanın perineal rekonstrüksiyonu VRAM flep ile etkin bir biçimde gerçekleştirildi.

Sonuç: Perine rekonstrüksiyonu amacıyla inferior epigastrik arter tabanlı VRAM flep başarıyla kullanılabilir ve tüm meslektaşlarımıza tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. David A. Gilbert GHJ. Reconstruction of male genital defects: Congenital and Acquired. In: Stephen J. Mathes VRH, editor. Plastic Surgery. 6th Volume. 2nd ed. 2006. p. 1200.

2. Ducic I, Dayan JH, Attinger CE, Curry P. Complex perineal and groin wound reconstruction using the extended dissection technique of the gracilis flap. Plast Reconstr Surg. 2008 Aug. 122(2):472-8.

3. Bell SW, Dehni N, Chaouat M, et al. Primary rectus abdominis myocutaneous flap for repair of perineal and vaginal defects after extended abdominoperineal resection. Br J Surg. 2005 Apr. 92(4):482-6.

Resim 1



VRAM flep erken postoperatif dönem

Resim 2



VRAM flep ile perine rekonstrüksiyonu

P-178
Orta Yüzde Penetran Yaralanma ile Yabancı Cisim; İngiliz Anahtarı

Sultan Yalçın, Emre Güvercin, Hakan Demirel, Kaan Gideroğlu, Celal Alioğlu, Ali Cem Akpınar, Cem Berkay Sınacı
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,İstanbul

Giriş: Penetran yüz yaralanmaları laserasyonlardan hayatı tehdit edici durumlara kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkan yaralanmalardır. Sıklıkla iş kazaları ve trafik kazaları sonucu oluşurlar. Havayolu açıklığının sağlanması ve abondan kanamaya bağlı kardiyak kollapsların önlenmesi için acil müdehalenin önemi büyüktür. Bu yazıda iş kazası sonucu orta yüzde penetran yaralanma ve yabancı cisimle acil servise başvuran bir vaka sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaşında erkek iş yerinde akü patlaması ve akü üzerinde duran 13-14 numara ingiliz anahtarının yüzüne saplanması sonucu oluşan penetran yaralanma ile acil servisimize başvurdu. Başvuru anında bilinci açık, koopere,oryante olan hastanın fizik muayenesinde sol malar bölgede yerleşimli yabancı isim (İngiliz anahtarı) mevcuttu (Resim 1). Sol göz hareketleri doğal, diplopi yok, bakış kısıtlılığına rastlanmadı. Ağız açıklığı normal olarak saptandı. Yapılan tetkiklerde intrakraniyal patolojiye rastlanmadı. Genel anestezi altında mevcut kesiden yaklaşımla yabancı cisim çıkarıldı, katlar anatomik planda kapatıldı(Resim2). Dren yerleştirildi. Postop 1. Günde dren çekilerek hasta taburcu edildi. Postop kontrolerinde patoloji saptanmadı.

Tartışma: Penetran yüz yaralanmalarında ilk aşama havayolu açıklığının sağlanması olmalıdır. Hava yolu açık olan hastada nörovasküler, sindirim ve solunum sistemleri olası patolojiler açısından değerlendirilir. Künt cisimlerle oluşan penetran yaralanmalar genellikle yüksek enerjili olduklarından etraf dokularda koagülatif değişiklikler oluşur; majör arter/ven yaralanmaları haricinde ciddi kanamalar gözlenmez. Hastada solunum ve dolaşım stabilize edildikten sonra mutlaka genel anestezi altında ameliyathane ortamında gerekli preoperatif tedbirler (kan hazırlığı, fibrin yapıştırıcı,vb.) alınarak yabancı cisim çıkarılmalıdır. Onarımda kemik stabilizasyonuna öncelik verilerek ikincil olarak yumuşak doku onarımları sağlanmalıdır.

Resim1



Preop fotoğrafı

Resim2



postop fotoğrafı

P-179
Jetokain Kullanımına Bağlı, Sünnet Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon: Total Penis Nekrozu

Fatih Ceran[1], Özgür Pilancı[1], Samet Vasfi Kuvat[2], Mehmet Bozkurt[1]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sünnet; dini, kültürel ve medikal nedenlerle çoğunlukla neonatal, infant ve çocuklarda uygulanan cerrahi bir prosedürdür. Sünnet sonucu küçümsenmeyecek oranda komplikasyonlar gelişebilmektedir. Gelişen komplikasyonlar: erken (intraoperatif) ve geç (postoperatif) olmak üzere ikiye ayrılır. Erken komplikasyonlar; ağrı, kanama, kızarıklık ve yetersiz deri eksize etmekten oluşan tedavi edilebilir minör komplikasyonlardır. Bununla birlikte ölüme neden olabilen aşırı kanama ve glans penisin ampütasyonu literatürde belirtilmiştir. Ağrı, enfeksiyon, penil şaft ile glans arasında oluşan cilt köprüsü, üriner retansiyon, glans peniste ödem, meatal ülser ve stenoz, fistüller, penil sensitivite kaybı ve seksüel disfonksiyon geç komplikasyonları oluşturur. Biz de jetokain kullanımına bağlı total penis nekrozu gelişen bir hastayı takdim etmekteyiz.

Olgu: Dış merkezde lokal jetokainle anestezi ile sünnet edilen 2 aylık bebek hastanın işlem sonrası 5. günde peniste nekroz gelişmesi nedeniyle yine bir dış merkeze konsülte edilmiş. Takiplerinde nekrozun önlenemediği ve sonuçta peniste total nekroz geliştiği gözlenmiş. Hastanın yapılan fiziki muayenesinde glans penisin ve şaftın tamamına yakınının olmadığı gözlendi (Şekil). Hastada normal işeme fonksiyonu mevcuttu. Hastanın mons pubis pannusundaki gömülü penil doku genel anestezi altında serbestlendi. Belli bir miktar uzunluk sağlandı.

Sonuç: Lokal anestezi sonrası total penis nekrozu nadir görülmekle birlikte olası komplikasyonlar arasındadır. Tek etken olmamakla birlikte epinefrin içeren lokal anesteziklerin kullanılmaması, bu komplikasyonun olasılığını azaltacaktır.

Kaynaklar: 1. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol. 2010 Feb 16;10:2.

Şekil



Remnant penis dokusu

P-180
Problem Çözücü Olarak Plastik Cerrahi (!)

Dağhan Dağdelen, Işıl Akgün Demir, Selami Serhat Şirvan, Ahmet Faruk Yücel, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Semra Hacıkerim Karşıdağ
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (PREC) konusu gereği bir organ sistemine bağlı değildir. Bu da konumunu diğer tıp dalları arasında daha farklı kılmaktadır. İncelediği konu tanımının net yapılamaması yine bu nedenle geniş bir çalışma alanını zorunlu kılmaktadır. PREC'in multidisipliner çalışmaya çok açık olması bir çok farklı ve kategorizasyonu zor konuda plastik cerrahi görüşünün istenmesini doğurmaktadır. Akademik ve medikolegal yaptırımlar gereği bu görüşler "konsültasyon" kavramı altında yapılmaktadır.

Bu çalışma kapsamında bir eğitim araştırma hastanesi bünyesinde plastik,rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniğinden, belirli bir zaman dilimi içinde istenilen konsültasyonlar incelenmiş, bu bilgiler doğrultusunda istenilen konsultasyonların gereklilikleri, PREC kliniğinin uzman sayısına göre iş yükü dağılımı belirlenmeye çalışılmış, bu verilerle iş gücü raporlarında idealize edilen veriler kıyaslanmıştır.

Metod: 1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında, PREC kliniğimizden istenilen yatan hasta konsultasyon bilgileri hastane digital enformasyon sistemi verileri kullanılarak geriye dönük olarak elde edildi.

Güncel literatür ışığında Türkiye'de ve Istanbul'da nüfusa göre 100.000 kişiye düşen PREC uzman doktor prevelansı, Istanbul'da kamu hastanelerine baş vuran hasta sayısına göre PREC uzmanı prevelansı hesaplandı. Eğitim ve araştırma hastanemizde yatışı verilen hastalar ve bu hastalar için istenilen PREC konsultasyon sayıları ile bu değerlerin hasta populasyona projeksiyonu ile elde edilen değerler kıyaslandı.

Sonuçlar: 1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz PREC kliniğinden istenilen ve cevap verilen yatan hasta konsultasyon sayısı 1124'tür. Konsültasyon istenlen hasta sayısı 438 olup, bu sayı içinde 14 hasta aynı zaman dilimi içinde farklı kliniklerce farklı sebeplerden kliniğimize konsülte edilmiştir.

P-181
Skrotum ve Labial Komissür Defektlerinde Rekonstrüksiyon Tecrubelerimiz

Dağhan Dağdelen[1], Selami Serhat Şirvan[1], Semra Hacıkerim Karşıdağ[1], Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ[1], Arzu Akçal[2], Mecd Atıf Cezairlioğlu[1], Elnara Mammadova Demir[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Akdeniz Univeristesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Erkeklerde skrotum ve kadınlarda posterior labial komissur (PLC) defektleri, rekonstrüksiyonu sorunlu anatomik alanlardır. Bu bölge defektlerinin başlıca sebepleri; lokal enfeksiyon, nekrotizan fasit, yanık ve tümoral kitle eksizyonlarıdır. Onarım gerekliliği sadece kozmetik kaygılar için değil, özellikle fertil erkek hastalarda spermatogenez ve Leydig hücre fonksiyonlarının sürdürlebilirliği açısından önemlidir. Biz bu çalışmamızda 2006-2014 yılları arasında farklı etyolojilerle kliniğimize başvuran 21 hastanın (15 erkek ve 6 kadın) skrotal ve PLC defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan yöntemleri paylaşmayı uygun gördük.

Materyal – Metod: 1 Ocak 2006 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi edilen skrotal ve PLC defekti hastaları hastane bilgi işletim sistemi kullanılarak cinsiyet,yaş, etyoloji, defekt boyutu ve uygulanan tedavi yönünden geriye dönük olarak incelendi.

Sonuçlar: Belirtilen tarihler arasında tedavi edilen hastaların %71,4'ü (n=15) erkek ve %28,6'sı (n=6) kadındır. Ortalama yaş 42,5 olup yaş aralığı 8 ile 76 arasındadır. Etyoloji yönünden incelendiğinde 9 hastada nekrotizan fasiit – Fournier gangreni sonrası gelişen defektler saptanmışken, 7 hastada tümör rezekisyonu, 4 hastada yumuşak doku enfeksiyonu ve 1 hastada travma takip etmektedir (tablo – 1). Defekt botutuna göre uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde 7 hastada greft ve VAC ile takip, 7 hastada medial circumflex arter perforatör flebi (MCAPF) ile onarım, 5 hastada lokal flepler ile onarım, ve 2 hastada sekonder iyileşmeye bırakılmasının tercih edildiği saptandı (tablo – 1).

Tablo 1

Hasta no	Cinsiyet	Yaş	Etiyoloji	Defekt Boyutu	Onarım metodu
1	Kadin	65	Nekrotizan Fasiit	12X8CM	Greft/V.A.C
2	Erkek	54	Nekrotizan Fasiit	10X7CM	Greft/V.A.C
3	Erkek	42	Lokal enfeksiyon	5X6CM	Greft/V.A.C
4	Erkek	25	Travma	4X2CM	Greft/V.A.C
5	Erkek	33	Lokal Enfeksiyon	5X3CM	Greft/V.A.C
6	Erkek	47	Tümör rezeksiyonu	12X7CM	MCAPF
7	Erkek	21	Fournier Gangreni	11X6CM	MCAPF
8	Erkek	45	Fournier Gangreni	11X9CM	Sekonder iyi-leşme
9	Erkek	8	Lokal Enfeksiyon	6X2CM	Greft/V.A.C
10	Kadın	76	Tümör Rezeksiyonu	4X2CM	Lokal Fasyokutan Flep
11	Kadın	54	Nekrotizan Fasiit	20X8CM	Lokal Fasyokutan Flep
12	Erkek	33	Lokal Enfeksiyon	2X3CM	Greft/V.A.C
13	Kadın	18	Tümör Rezeksiyonu	10X10CM	Lokal Fasyokutan Flep
14	Kadın	75	Tümör Rezeksiyonu	2X1CM	Sekonder iyi-leşme
15	Erkek	41	Tümör Rezeksiyonu	10X5CM	Lokal Fasyokutan Flep
16	Kadın	17	Tümör Rezeksiyonu	2X1CM	Lokal Fasyokutan Flep
17	Erkek	45	Fournier Gangreni	9X12CM	MCAPF
18	Erkek	49	Fournier Gangreni	14X18CM	MCAPF
19	Erkek	44	Tümör Rezeksiyonu	10X8CM	MCAPF
20	Erkek	44	Fournier Gangreni	13,5X8CM	MCAPF
21	Erkek	57	Fournier Gangreni	8X12CM	MCAPF

Hasta ve tedavi analizleri

P-182
Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Sternotomi Defekti Rekonstrüksiyonu

Sinem Sıngın, Burak Yaşar, Alper Burak Uslu, Hasan Murat Ergani, Asude Köksal, Mehmet Tapan, Mehmet Onur Öztürk
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Tüm cerrahi işlemlerin komplikasyonu olan yara yeri enfeksiyonu sternotomi sonrası da olabilir. Sternotomi sonrası gelişen yara yeri enfeksiyonları sternum osteomyeliti, sternumda dehisens veya instablite, mediastinit gibi mortal seyredebilecek olan komplikasyonlara yol açabilir. Sternotomi sonrası oluan deefekler çoğunlukla sternumun alt ucunda veya epigastrik bölgede görülmektedir. Hastaların genellikle yaşlı olması, - nitrojen dengesinde olması, sternum osteomyelitinin olması, ek hastalıklarının olması, periferik dolaşımlarının çok iyi olmaması nedeniyle defekt rekonstrüksiyonu oldukça zorlayıcıdır. Hastaların geçirdiği cerrahi işlemlerin çevre kasların pediküllerine zarar vermiş olması nedeniyle rekonstrüksiyon seçeneklerini sınırlandırmaktadır. Enfekte hastalarda ilk tercih edilmesi gereken kas flepleridir. Pektoralis major, latissimus dorsi, rektus abdominis kasları rekonstrüksiyonda kullanılabilir. Diğer seçenekler ise yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması, greft ile rekonstrüksiyon, fasiyokutan deri flepleri ile rekonstrüksyondur. Hastaların komplikasyonlarının mortal seyredebilmesi nedeniyle en kısa zamanda rekonstrüksiyon yapılması önemlidir.

P-183
Dev malign fibröz histiyositom

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

Giriş: Malign fibröz histiyositomlar, bağ dokularından kaynaklanan yumuşak doku sarkomlarıdır. Yumuşak doku sarkomları alt tipleri içerisinde en sık karşılaşılan tiptir. Yeni moleküler çalışmaların ışığında sınıflandırılması ve isimlendirilmesi konusunda karışıklıklar bulunmaktadır. Amacımız, sırtında, cilt altında yerleşik dev bir kitle ile başvuran bir hastayı rapor etmek ve malign fibröz histiyositom olgularına dikkat çekmektir.

Yöntem-Gereçler: Sırtında yaklaşık 5 ay önce büyümeğe başladığını fark ettiği ancak son iki aydır hızlı bir büyüme safhasına giren bir tümör nedeniyle hasta kliniğimize başvurdu. Sol toraks duvarı lateral ve posterior kesiminde cilt altında yerleşik dev kitle görüldü. Yapılan operasyonla lezyon eksize edildi. Operasyon sırasında tümörün latisimus dorsi kası içerisinden kaynaklandığı fark edildi ve latisimus dorsi kası ile birlikte eksize edildi.

Bulgular: Tümörün ağırlığı 2701 gr olarak tartıldı ve boyutları 25x16x14 cm boyutlarında idi. Çoğu alanı solid olsa da yer yer kistik dejenere alanlar bulunmaktaydı. Ortasında nekroz saptandı. Tümörün büyük oranda fibröz bir kapsülle çevrili olduğu görüldü. Tümörde sık mitoz ve apoptoz mevcuttu. Yapılan immünhitokimyasal panel ile kitleye malign fibröz histiyositom tanısı konulmuştur.

Tartışma: Yumuşak dokudan kaynaklanan malign fibröz histiyositom tanısı almış olan hastalarda prognoz tumor boyutuna, yerleşimine, ve ilk cerrahi eksizyonun yeterliliğine bağlıdır(1). Malign fibröz histiyositomu olan hastalarda da diğer sarkom hastalarıyla aynı şekilde radikal bir cerrahi eksizyon yaklaşımı sergilenmelidir. Sonuç: Böyle dev bir malign fibröz histiyositom vakası literatürde az rastlanır bir boyuttur. Bu boyutlarda dev bir malign mezenkimal tumorün cerrahi sınırlarında tumor izlenmemesi elde edilmesi oldukça zorlayıcı bir hedeftir. Ancak latisimus dorsi kasının içinden kaynaklandığını farkettiğimiz bu tümörü lattisimus dorsi kası ile birlikte eksize edildi. Patoloji raporu cerrahi sınırlarda tumor izlenmediği şeklinde rapor edilmiştir.

Referanslar: 1) Rydholm, A. and Syk, I. (1986) Malignant fibrous histiocytoma of soft tissue. Correlation between clinical variables and histologic malignancy grade. Cancer 57; 2323–2324.

P-184
İNOP: Hangi Hasta? Ne Zaman?

Kemalettin Yıldız[1], Osman Kelahmetoğlu[1], Tolga Dündar[2], Onur Akman[1], Kemal Uğurlu[3], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nöroşirürji AD
[3]Medistate Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Amaç: İleri evre tümör olguları ileri tedavi merkezlerinin tümör konseylerinde değerlendirilmekte ve ameliyat edilip edilmeme kararı verilmektedir. Bu çalışmada ise ileri evre tekrarlayan ve onkolojik açıdan tedavilerinin sağlanamayacağı düşünülen hastalar ve klinik tartışma sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: 2014-2015 yılları arasında 'inop sınırlarda ' kabul edilen iki hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Yabancı uyruklu 9 yaşında kız çocuğu kserodermo pigmentozum zemininde tüm yüzü etkileyen boyun bölgesine uzanan yassı hücreli kanser ile başvurdu. Diğer hasta yaklaşık bir yıl önce nüks meningosarkom nedeniyle, maksillektomi, orbita ekzanterasyonu ve rektus kas-deri flebi ile onarım uygulanan 26 yaşında bayan idi. Bu hastada da tümör nüksü agresif klinik seyir göstermişti. Her iki hastanın da genel durumunu bozuk olduğu; konuşmak, beslenmek ve solunum problemleri olduğu gözlendi. Tümör nekrozuna bağlı enfeksiyon geliştiği gözlendi. Her iki hastaya da palyasyon amaçlı rezeksiyon ve onarım planlandı.

Bulgular: İki hasta da onkolojik açıdan küratif tedavi olma durumunda değilken, genel durum bozukluğu yapan etkenler tedavi edildikten sonra ameliyat edildiler. Bu sayede kısa süre de olsa palyasyon sağlandı.

Sonuç: 'İnop' olarak değerlendirilen hastaların hayat kalitelerinin ve bakımlarının daha iyi yapılabilmesi için palyasyon amacıyla ameliyat edilmeleri gerekmekte. Bu durumlarda hasta ameliyat öncesi dönemde beslenme, solunum, enfeksiyon açısından ayrıntılı değerlendilmeli ve hazırlanmalıdır. Klinik deneyim ve uygulama için bu hasta grubunun da ameliyat edilebilirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

P-185
Metal Yabancı Cisimlerin Ucu Mıknatıslı Tornavida Yardımıyla Çıkartılması

Senem Özge Turaçlı Karagüven[1], Tüba Hilal Karadağ[1], Onur Evren Yılmaz[2]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstürüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara
[2]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Karabük

Yabancı cisimlerin küçük çap ve değişken penetrasyon düzeyleri nedeniyle sıklıkla yumuşak dokudan çıkarılmasında güçlük yaşanmaktadır. Radyolojik olarak lokalizasyonu belirlenebilse de çıkarılması problemlidir. Her ne kadar vücutta kalması zararsız gibi görünse de ilerleyen zamanlarda ağrı, nörolojik bulgular, granülom veya enfeksiyon gibi durumlara yol açabilir. Penetran yaralanmalar sonucu ya da önceki yaralanmalarda fark edilmeyip sonrasında bulgu yaratan yabancı cisimler sıklıkla plastik cerrahlara yönlendirilir. İlk yaralanma anında yara yeri dikkatlice debride edilmeli ve mevcut yabancı cisimler çıkartılmalıdır. Metal parçalar rahatlıkla direk grafi ile görüntülenebilir ve lokalizasyonu açısından bilgi edinilebilir.

Yabancı cisimlerin mıknatısla etkili biçimde çıkarılabilmeleri için kobalt, demir, nikel ya da bunların alaşımlarını içermelidir. Bu tarz metal yabancı cisimler ile mıknatıs arasında bir çekim oluşur. Ucu mıknatıslı tornavida yardımıyla insizyon yerinden girilerek yabancı cisimin yeri belirlenebilir. Çekimin olduğu yönde kesi uzatılarak metal cisme ulaşılabilir. Böylece küçük bir insizyon ve minimal cerrahi diseksiyonla işlem tamamlanabilir.

Mıknatıs pahalı olmayan, kullanımı basit, hızlıca metal yabancı cisimleri lokalize etmeyi sağlayan bir yöntemdir. Metal parçalar küçük insizyonlarla çıkarılabilmektedir.

Ucu Mıknatıslı Tornavida



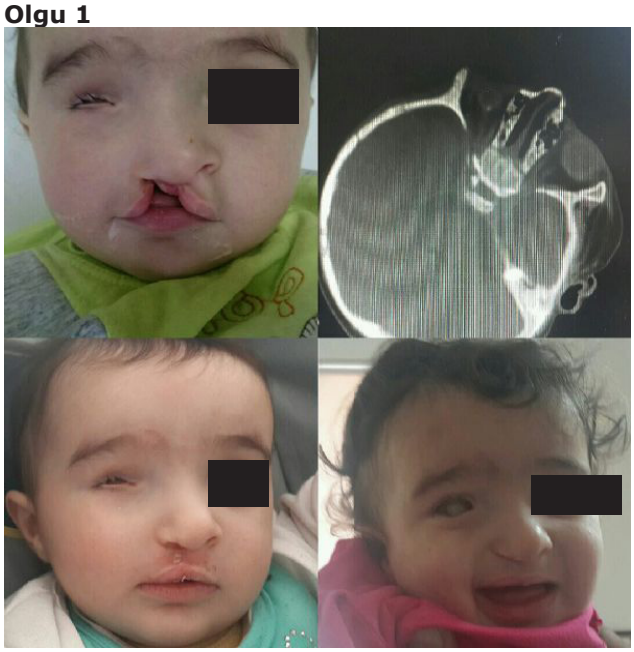
P-186
Nadir Gözlenen Anoftalmi Plus (Fryns) Sendromunda Klinik Yaklaşımımız

Yunus Doğan[1], Fethi Sarper Mete[1], Mehmet Gencer[1], Erol Kozanoğlu[1], Mehmet İsmail Ermiş[1], Sibel Zırtıloğlu[2]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktüf ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Anoftalmi plus sendromu ilk olarak 1995 de FRYNS ve ark. Tarafından otozomal resesif geçen;bilateral anoftalmi; bilateral yarık dudak ve damak,büyük kulak ve nöral tüp defekti olan çocuklarda tanımlanmıştır.Bizim olgularımızda tek taraflı anoftalmi ve yarık dudak-damak görülmüş ve OR geçiş saptanmamıştır.Bu çalışmada dudak yarığı onarımı amaçlı eş zamanlı anoftalmi için yapılan müdahale sonucunda yüz gelişimindeki kusurların minimalize edilmesi amaçlanmıştır. Kliniğimize başvuran 2 hastanın ortak özelliklerinin saptanmasının ardından her 2 hasta aynı günde operasyon hazırlığı başlandı ve her 2 hasta göz hastalıkları ekibi tarafından takibe alındı. Plastik cerrahi kliniği olarak Modifiye Millard Yöntemi ve Fisher yöntemleri ile dudak yarığı onarımları yapıldı.Göz hsatalıkları ekibi tarafından anoftalmik göze aylık soket ile ekspansiyon planlandı ve dudak yarığı onarımı sonrası ilk ayda soket ile ekspansiyona başlandı. 8 aylık kız bebek,akraba olan anne babanın 3. Çocugu idi (amca çocukları).Gebeliği takipli olan;gebelik sırasında 1 kere radyasyon maruziyeti olan; alkol-sigara-ilaç kullanımı olmayan anneden 36 haftada ve 2547 gr doğmuş. Sağ komplet dudak yarığı;sağ anoftalmisi mevcut idi. 14 aylık erkek bebek, 1. kardeşi epilepsi tanılı olan ailenin 3. Çocugu idi.Gebeliği takipli olan; gebeliğinde ilaç-alkol-

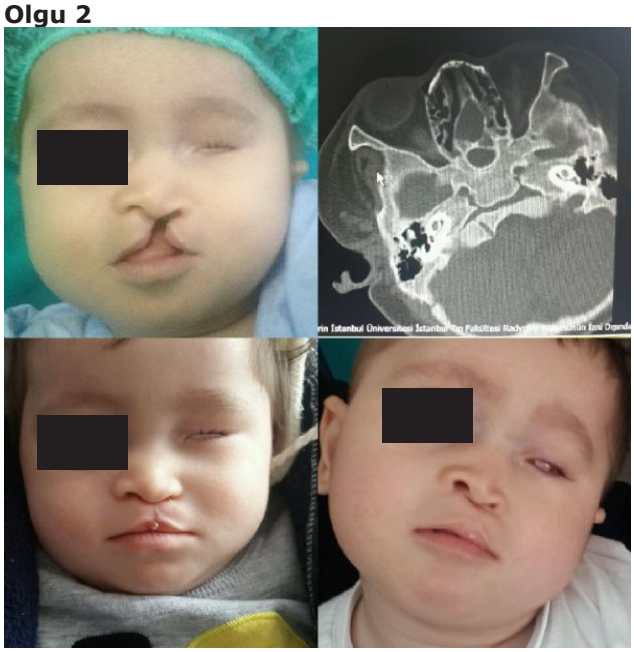
radyasyon maruziyeti olmayan takipli gebelik geçiren anne ve sağlıklı babadan 36.haftda 3550 gr doğmuş. Sol inkomplet dudak yarığı,sol anoftalmi,sol koanal atrezi,vomer yokluğu, saddle nose deformitesi,spontan nistagmusu olan ve takipli epilepsisi mevcut idi. Her 2 hasta dudak yarığı onarımları sonrası birinci haftada dikiişler aklıondıktan sonra İstanbul EAH.göz. hastalıklları kliniğine yönlendirildi. Burada hastalara soket ile ekspansiyon planlandı ve birinci ayın sonunda ilk soket uygulandı. Bu sunumumuzda nadir bir sendrom olan Frys sendromu tanılı iki hastanın aynı anda başvurması ile birlikte kazandığımız tecrübemizi ve Göz hastalıkları ile birlikte çalışmanın önemini de vurgulamak istedik.

Olgu 1



Preop-aksiyel kesit maksillofasyal bt görüntüsü-postop 2. hafta-postop 6.hafta

Olgu 2



Preop-aksiyel kesit maksillofasyal bt görüntüsü-postop 2. hafta-postop 6.hafta

P-187
Nadir Görülen Bir Damak Yarığı Şekli: Konjenital Lateral Damak Yarığı

Metin Temel[1], Ertan Günal[2], Emine Ayla Gökçe[3], Ömer Berberoğlu[4]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]SEV Amerikan Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.
[3]T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Istanbul
[4]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: Damak yarığı terim olarak alveolar arktan uvulaya kadar uzanan değişik derecelerdeki konjenital yarıkları içermektedir. Damak yarıkları genellikle orta hat boyunca yerleşim göstermektedir, lateral damak yarığı literatürde bildiğimiz kadarıyla 3 hastada görüldüğü bildirilmiştir. Lateral damak yarığı nedeniyle opere ettiğimiz bir hastadaki verilerin literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

Olgu: 5 yaşında erkek hasta ailenin 3 çocuğu olarak doğmuş. Gebelik esnasında annenin herhangi bir ilaç kullanım öyküsü, X-ışınlarına maruziyet veya konjanital enfeksiyon hikayesi yoktu. Ailede dudak veya damak yarığı olan birey bulunmamaktadır. Hastanın yapılan muayenesinde sağ tarafta sert damak yumuşak damak bileşkesinden orofarengeal bölgeye uzanan yarığı olduğu tespit edildi. Median palatin çizgide bir anormallik ve uvulada yarık yoktu. Sert damağın mukozası doğal görünmekteydi. Hastanın diğer sistemik muayeneleri, psikomotor gelişimi yaşıtları ile benzer özellikteydi. de bir anormallik tespit edilmedi. Hasta genel anestezi ile opere edildi. Damaktaki doku defektinin giderilmesi için oral mukoza kapatmı için yarığa komşu bölgeden insizyon başlatılarak V-Y ilerletme flebi yapılarak oral mukoza, nazal mukoza ve damak kasları diseke edildi. Hastanın yarık olmayan tarafındaki anormal insersiyon yapmış olan damak kasları diseke edilerek orta hatta anatomik pozisyona alındı. Damak onarımı üç kat halinde olacak şekilde yapıldı.

Tartışma: Damak yarığı, komplet, inkomplet, unilateral, bilateral veya submukozal yarık şeklinde olabilmektedir. Damak yarığı sıklıkla dudak yarığı ile birlikte görülmektedir. Damak yarığı insidansı değişik kaynakalarda farklı sıklık oranlarında bildirilmiştir, ortalama olarak 1000 canlı doğumda 1,3 ile 25,3 arasındadır. Damak yarığı deformitesindeki kasların anormal yerleşimi ve fonksiyon bozuklukları sonucu besinlerin nazal regürjitasyonu, otit gibi sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları ve konuşma bozuklukları görülebilmektedir. Damak yarığı etiyolojisinde bildirilen ilaç kullanımı, X-ışınlarına maruziyet, kojenital enfeksiyon gibi predispozan faktörler bu hastada yoktu. Ayrıca hastada yüksek irtifada yaşamaya bağlı hipoksi veya bilinen bir doğum travmasıda yoktu. Lateral yarıkların etiyolojisinde damak gelişimi esnasında füzyonun gerçekleşmemesi veya lateralde apoptozis gibi bir sürecin birelşme sonrasında tekrar gerçekleştiği yönünde teoriler mevcuttur. Apoptozisin tekrar başladığını öne süre teorilerde literatürde bildirilmiş hastalardaki gibi yarık hattına koşu inklüzyon kisti oluşumu bizim olgumuzda yoktu. Bu nedenle füzyonun hiç gerçekleşmemiş olması ihtimali bu vaka için daha olası görünmektedir.

Kaynaklar

1. Mossey P. Epidemiology underpinning research in the aetiology of orofacial clefts.

Orthod Craniofacial Res 2007;10:114–120
2. Isık D, Bulut O, Bekerecıoglu M. Congenital lateral cleft palate and lateral palatal synechiae. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2008;42:325–327
3. Erdogan B, Atabay K, Akoz T, et al. Congenital lateral cleft palate: a new anomaly? Plast Reconstr Surg 1990;86:766–767.
4. Kahraman A, Yüce S, Koçak ÖF, Canbaz Y, Işik D. Congenital Lateral Cleft Palate of Unknown Etiology. J Craniofac Surg. 2015 Jun;26(4):1332-3.

P-188
Yarık damak ameliyatından sonra postoperatif nazogastrik sonda kullanımı ile fistül oranı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: konjenital anomalilerden olan yarık damak-dudak bölgemizde sık rastlanmaktadır.Damak yarıkları izole ve yarık dudak ile birlikte olabilmektedir.yarık damak operasyonundan sonra fistül gelişebilmekte ve bu yüzden tekrar operasyon gerekebilmektedir.Burada 2008-2015 yılları arasında Gazintep üniversitesi hastanesi plastik cerrahi kliniğine başvuran toplam 293 yarık damaklı vakalardaki deneyimlerimizi paylaşıyoruz.

Yöntem-Gereçler: Gazintep üniversitesi hastanesi plastik cerrahi kliniğine başvuran toplam 293 yarık damaklı hastaların 40 tanesi izole yarık damaklı,geri kalanı dudak yarığı ile birlikteydi.hastalar yarık tipine ve genişliğine göre çeşitli teknikler ile ameliyat edildi.intraop hastaya nazogastrik sonda takılarak beslenmesi 5 gün boyunca buradan sağlandı.ağızdan R1 berrak sıvı alması söylendi.5.gün ng çekilerek ağızdan R2 beslenmeye devam edildi.Hastalar uzun dönem takip edildi.Operasyonlar klinikteki farklı cerrahlar tarafından yapılmasına rağmen yöntemler sabitti.

Bulgular: 293 hastanın 28 inde fistül gelişti 4 hasta 2.kez fistül nedeni ile opere edildi.1 hasta 3.kez fistül nedeni opere edildi.sonuç olarak fistül oranı %9,5 olarak hesaplandı.2.fistül oaranı %14 olarak hesaplandı.3.fistül oranı %25 olarak hesaplandı.

Sonuçlar: Yapılan retrospektif çalışmamızda yarığın tipi ve seçilen ameliyat tekniğinden bağımsız olarak postoperatif nazogastrik sonda kullanımı fistül oranlarına azalltığını gördük

intraop nazogastrik sonda takılması ön görünüm



intraop nazogastrik sonda takılması yan görünüm



yarık damaklı hastada intraop görüntü



P-189
Yarık dudaklı hastalarda primer rinoplastiyi destekleyici yeni bir yaklaşım

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Doğumsal anomilelerden olan yarık dudak yöremizde sıklıkla rastlanmaktadır.Yarık dudak estetik olarak da göze çarpan bir ünite olduğu için cerrahisi önem arz etmektedir.Bu çalışmada yarık dudak cerrahisi sırasında primer rinoplastiye yeni bir yaklaşım anlatılacaktır

Yöntem-Gereçler: Son 2 yıl içerisinde gaziantep üniversitesi hastanesi plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniğine başvuran 51 yarık dudaklı hastaya tek taraflı veya çift taraflı,seçilen operasyon tekniğinden bağımsız olarak intraop çökük olan alar kıkardağa elevasyon amaçlı sutur atıldı ve sutur burun dorsumunda insülin enjektörü tıpasına tespit edildi.Alar kıkırdak şekillendirmesi yapılmadı.15. günde sutur alınarak noserill retainer 1 yıl boyunca kullanıldı.

Bulgular: Hastaların uzun dönemler sonuçları olmamak ile birlikte 2 yıllık takipler sonucunda çökük olan alar kıkırdakların elevasyonu sağlandığı görüldü.

Sonuçlar: Uzun dönem sonuçları olmamak ile birlikte uygulanabilirliği kolay olması,ilerde yapılacak rinoplasti sonuçlarını olumlu etkilediği için primer rinoplastiye alternatif bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz

opere yarık dudak noserill uygulaması



yarık dudak intraop görüntü



yarık dudak preop görüntü



P-190
Sosyal Bir Sorun: Erişkin Yarık Dudak

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Bilge Kağan Aysal[1], Celalettin Sever[1], Cihan Şahin[1], Sinan Öztürk[1], Sinan Öksüz[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

Amaç: Erişkin yarık dudak hastası olarak tedavi edilen bir olgunun sunumu

Olgu: 20 yaşında erkek hasta; herhangi bir şekilde tedavi almadığı yarık dudak şikayeti ile servisimize başvurdu. Hastanın muayenesinde; yumuşak ve sert damak yarığının gözlenmediği, sol unilateral yarık dudağa eşlik eden sol üst insisivler arası alveolar yarıklanma ve dental düzensizlik ile karakterize bulgular saptandı. lahsAL (4,5) olarak değerlendirildi. Hastanın sol alar ve nostril taban genişlemesi, kolumellar sola deviasyon ve nazal tip desteğinde minimal azalma ile karakterize yarık dudak burnu deformitesi mevcuttu. Hastaya 'Mohler Modifikasyon Tekniği' ile yarık dudak onarım operasyonu uygulandı. İntraoperatif oluşan dudak çentiklenmesinin 'whistle' deformitesi oluşturacağı ön görüsü ile anında z-plasti ile onarım uygulandı. Ameliyat sonrası erken veya geç dönem komplikasyon izlenmedi.

Tartışma: Tüm etnik ve sosyoekonomik gruplarda, kişinin estetik çekiciliğinde en önemli fonksiyona sahip olan yüzünü etkileyen en yaygın konjenital malformasyon yarık damak dudaktır.[1, 2] Bu sebeple yarık damak dudak hastalarının rehabilitasyonunun önemli bir kısmını yüz estetiğinin tekrar kazandırılması işlemleri oluşturmaktadır.[2] Dudak onarımının (cheiloplasty) 2000 yıldan fazla bir süredir uygulanmakta olması, insanoğlunun bu konudaki gereksiniminin boyutlarını ortaya koymaktadır.[3] Ancak; durumu sadece estetik görünüm ile sınırlandırarak basitleştirmek yanlış bir yaklaşım olmaktadır. Yarık damak dudak hastaları değerlendirilirken maruz kaldıkları fiziksel ve gelişimsel zorluklarının yanı sıra, aileleri ile birlikte yaşadıkları, psikososyal ve emosyonel travmalarının unutulmaması gerekmektedir.[4] Bu pencereden bakıldığında yarık damak dudak hastaları multidispliner bir yaklaşımla tedaviyi hak eden bir hasta grubudur. Amerikan Yarık Damak Derneği; yarık damak dudak ekibinin üyelerini şu şekilde önermiştir: anesteziyoloji, odyoloji, genetik, nöroşirürji, yarık damak dudak hemşireliği, oftalmoloji, oral maksillofasiyal cerrahi, ortodonti, otolaryngoloji, baş boyun cerrahisi, pediatri, pediatrik diş hekimliği, antropoloji, plastik cerrahi, diş prostodontik, psikiyatri, fizyoloji, sosyal hizmetler uzmanlığı, konuşma terapisti.[4] Tabii ki bu listedeki uzmanların hepsini aynı hastanede bulmak pek mümkün gözükmemektedir. Daha objektif bir yaklaşımla; aslında birçok hastanede listedeki bu uzmanlık dallarının büyük bir kısmının olmadığını söyleyebiliriz. Unilateral yarık dudak onarımında en çok kullanılan yöntem Millard rotasyon-ilerletme flep tekniği olmakla beraber; Noordhoff vermilyon flebi ve Mohler modifikasyonu da bu tekniğin modifikasyonları olarak kullanılmaktadır.[4] Yarık dudak onarımının zamanlaması konusunda neonatal dönemden 6 aylık postnatal perioda kadar olan zaman aralığında çeşitli anları ayrı ayrı öneren görüşler vardır.[4] Her ne kadar anne ve fetüse yönelik riskleri elde edilecek kazanımı karşılamasa da skar oluşmama teorisinden yola çıkarak uygulanmış olan intrauterin onarım deney hayvanları modellerinden literatürde bahsedilmektedir.[4]

Sonuç: Olguda da sunulduğu üzere; erişkin bir hastada onarılmamış yarık dudak ile karşılaşmak günümüz koşullarında halen mümkündür. Yarık damak dudak ekibinin genişliği ile multidisipliner yaklaşımın başarısı artmakla beraber hastaların bu ekibe erişmesindeki sorunun ortaya çıkmaktadır. Erken dönem onarım sadece yüz görünümü ve skar oluşumu açısından değil psikososyal ve emosyonel açıdan da önem arz etmektedir.

Postoperatif 1.ay



Postoperatif 1.ay Oblik Görünüm

Postoperatif 1.ay



Postoperatif 1.ay Anterior Görünüm

Preoperatif



Erişkin Hastada Onarılmamış Yarık Dudak

P-192
Çift taraflı yarık dudak onarımında Mulliken yöntemi sonuçlarımızın değerlendirilmesi

Yasemin İmamoğlu, Murat Livaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Çift taraflı dudak yarıkları, tek taraflı yarıklara göre daha ciddi dudak ve burun deformitesine sahip olduğu için cerrahi tedavisi de daha zordur. Mulliken tekniği, dudak ve burunda elde ettiği başarılı estetik sonuçlan sayesinde günümüzde diğer yöntemler arasında oldukça popüler hale gelmiştir. Bu çalışmada, kliniğimizde bilateral yarık dudak onarımında kullanılan Mulliken yönteminin sonuçlan karşılaştınldı, cerrahi tekniğin burun ve dudakta ortaya çıkardığı sonuçlar ve bu sonuçların normale ne kadar yaklaşabildiği değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği›nde bilateral dudak yangı tanısı alan ve Mulliken yöntemi ile onarılan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: preoperatif ve geç dönem sonuçlar ortaya konuldu.

Sonuç: Mulliken yöntemi, eş zamanlı dudak ve burun onarımı sağlayan, estetik ve fonksiyonel sonuçlan ile yeterli hasta ve hekim memnuniyeti sunan, etkinliği kanıtlanmış iyi bir cerrahi seçenek olmakla birlikte, eksik yönlerinin giderilmesi bakımından yapılacak bazı modifikasyonlarla daha da geliştirilebilir. Bu modifikasyonlar sayesinde Mulliken tekniği ile gelecekte çok daha mükemmel sonuçlar elde edilmesi mümkün olabilecektir.

P-191
Median Yarık Dudak Onarımı

Yasemin İmamoğlu, Murat Livaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Üst dudağın median yarığı nadir görülen bir fasiyal anomalidir. Bu hastalarda cerrahi premaksilla agenezisi, kolumella ve nazal septum yokluğu da eşlik ediyorsa daha zor olmaktadır. Bu sunumda medan dudak yarığına sahip bir yenidoğanın takip ve tedavisinin anlatımı amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereç: Median dudak yarığı ile başvuran yenidoğanın yönetimi

Bulgular: Üst dudak her iki tarafından nazal kolumellayı, nostril ve üst dudak yapısını oluşturmak için flepler planlandı.Takiplerinde nostril açıklığını sağlamak için hasta tekrar opere edildi. Nostril retainer uygulandı. Damak yarığı nedeniyle opere edildi.

Sonuç: Üst dudağın median yarığı nadir görülen bir fasiyal anomalidir. Doğru zamanlama ile yapılacak olan cerrahi prosedürler, var olan fasiyal anomalinin doğal olana en yakın hale getirilmesi amaçlanmaktadır.

P-193
İzole üst dudak orta hat yarığı

Eivaz Latipov[1], Mehmet Dadacı[2], Bilsev İnce[2]
[1]Ahmet Yesevi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Kazakistan
[2]Necmttin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Üst dudağın median yarığı literatürde nadir görülen bir anomalidir. İzole olabildiği gibi diğer kraniomaksillofasiyal anomalilerlede birlikte olabilir. Embriyolojik olarak median nazal prominenslerin orta hatta birleşmemesi nedeni ile oluşmaktadır. Bu anomalide üst dudağın prolabiumu yoktur.1976 da Tessier tarafından yapılan klasifikasyonda basit orta hat dudak yarığından bifid burunve hipertelorizmin eşlik ettiği geniş bir spekrumda görülebilmektedir. Veau tarafından yapılan ortahat yarık sınıflandırmasında 1 derecede dudakta centik, 2. derecede kolimellaya kadar uzanan orta hat dudak yarığı ve 3. derecede tüm yüze uzanan ve yüz yapılarını deforme eden anomali olarak tariflenmiştir. Cerrahi teknikte vertikal insizyon en çok tercih edilmektedir. Ters V insizyon, bu insizyonun Millard modifikasyonu ve Z plasti kullanılacak cerrahi tekniklerdir. Tüm tekniklerdeki esas amaç dudak uzunluğunu artırmak, normal filtrum ve dudak tüberkülünün sağlanması olmalıdır. Bu çalışmada izole üst dudak median yarığının cerrahi tedavisi sunulacaktır.

Olgu sunumu: 2 aylık kazak erkek hasta median üst dudak yarığı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan dudak muayenesinde üst dudak orta hatta dudak yarığı olduğu ve ağız içinde alveol ön yüzünde 1x0,5 cm'lik polibin olduğu görüldü. Damak muayenesi normal olarak değerlendirildi. Yapılan beyin MRI'ında anomalilik saptanmayan hastanın izole orta hat dudak yarığı olduğu düşünüldü. Hastanın üst dudak orta hatta kolumellaya kadar uzanmayan orta hat dudak yarığı nedeni ile 6. ayda opere edildi. Düz hat onarım yapılan hastanın postoperatif takiplerinde sorunu olmadı. Hastanın 2. yaşındaki dudak görünüm ve fonksiyonelliği başarılı olarak değerlendirildi.

Tartışma: Median dudak yarıkları izole olabileceği gibi diğer fasiyal ve kraniyal anomaliler ile birlikte olabileceği düşünülmelidir. Ayrıntılı muayene edilmeli ve yüz ve beyin MRI orta hat defeklerinin öngörülmesi için yapılmalıdır. Median dudak yarığı ile birlikte olan, yüzde ve nazal mukozalarda poliplerle giden Pai sendromu akılda bulundurulmalıdır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-194
Tessier No 7 Yarık Dudaklı Hastaların Z-Plasti Tekniğiyle Onarımı

Özlenen Özkan, Adil Cümşudov, Mehmet Can Ubur, Hasan Tuna Türkmen
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Antalya

Kişinin aktarmak istediği ifadeler yüz aracılığı ile aktarılır. Dudak yarığı olan hastalardan oluşan değişik serilerde açıklanan atipik yarıkların dudak-damak yarıklarına oranı 9.5/1000 ile 34/1000 arasında değişmektedir. Tessier no 7 yarıkların sıklığının ise yaklaşık 3000 ile 5000 doğumda bir olduğu tahmin edilmektedir. Bu deformitede makrositomi ile birlikte lateral fasial defekt, lateral kas ayrışması, maksilla ve zigomada kemik deformiteleri mevcuttur. Erkeklerde daha sık görülür. Tek taraflı olduğunda genelde sol tarafı tutar. Bu gibi nadir olgularda hastanın değerlendirilmesi ve cerrahinin planlanması her zaman kolay değildir. Lateral yüz yarıklarında genişlemiş ağız kenarının onarımı basitçe bir araya getirilip dikilmekten ibaret değildir. Özellikle orbicularis oris kasının düzeltilip halka şeklinde dikilmesi önem taşımaktadır. Burada amaç üç lateral yüz yarığı olgusunun makrostomilerinin düzeltilmesinde yaptığımız değerlendirme ve cerrahi girişimi ile ilgili tecrübelerimizi sunmaktır.

HASTALAR VE YÖNTEM: 2013–2015 yılları arasında üç Tessier no 7 yüz yarığı olgusu değerlendirilerek tedavi edildi. Olgu 1: 11 aylık erkek çocuğu doğuştan itibaren sağ ağız kenarından yanağa doğru uzanan yarık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Başka herhangi bir şikâyeti olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde lateral yüz yarığı tespit edildi. Göz, burun ve dış kulak normaldi. El, ayak gelişimi normaldi; Fizik ve mental aktivitede patoloji saptanamadı. Anne, baba ve kardeşlerinde herhangi bir anomali yoktu Olgu 2: 2 yaşında kız çocuğu ağzın sol tarafa doğru genişlemesi nedeniyle getirildi.(Şekil 1) Tessier no 7 yarık tanısı kondu. Orta derecede bir yüz asimetrisi vardı.. Hastada başka bir sorun yoktu. Ailede benzer bir deformite tarif edilmiyordu. Olgu 3: 15 aylık kız çocuğu idi. Doğuştan itibaren bilateral yüz yarığı vardı. Yapılan fizik muayenede her iki tarafta preauricular aksesuar kıkırdakları mevcuttu. Hafif yüz asimetrisi dışında yüz kemiklerinde, el ve ayak yapılarında herhangi bir anomali yoktu, fizik ve mental aktivite normaldi. Hastaların tamamı miyadında normal vajinal yolla doğmuş, anne gebeliği sırasında radyasyon veya herhangi bir teratojenik ilaç almamıştı. Hastaların anne ve babaları arasında akrabalık bağı yoktu. Tüm hastalarda kemik deformitesi minimaldi

CERRAHİ TEKNİK: Anestezi konsultasyonu yapılan hastalar trakeal entübasyon ile ameliyata alındı. Her hastanın sağlam olan tarafta komissür- filtrum mesafesi ölçüldü. Yarık taraf komissür-filtrum mesafesi sağlam tarafa göre ayarlandı. Bilateral olan vakada ise yarığın başladığı yerde çentik olduğu gözlendi ve bu mesafeden ölçümler alındı, bu vakada yaklaşık olarak komissür-filtrum mesafesi 21 mm olarak ölçüldü. Yarık hatına uyacak şekilde çoklu Z-Plasti planlandı. Mukoza-Cilt-Mukoza ayrı ayrı disseke edildi. Kaslar tamamen etraf dokudan ayrılarak birbirine stüre edildi. Z-Plasti flep inserti takiben hastalar simetri için intraop değerlendirildi. Yeterli miktarda simetri sağlandıktan sonra operasyona son verildi.

TARTIŞMA: Klinik görünüm oldukça değişkendir. Mikroform şeklinde sadece skin tag (deri fazlalığı) izlenebilir. Ağır formunda ise yarık oral komissürde makrostomi ile başlayıp mikrotik kulağa doğru yanak boyunca yarık uzanabilir. Beşinci ve yedinci kraniyal sinirler ve inerve ettikleri kaslar tutulabilir. Tessier no 7 yarığın kemik komponenti zigomatiko-temporal sütürdedir. Yarık ile birlikte mikrognati, mikrotia, maksilla, zygoma ve ramusun tam yokluğuna kadar değişik seviyede mandibula anomalileri izlenebilir Lateral yarık cerrahisinde önemli olan orbikularis oris kas devamlılığının sağlanmasıdır. Ayrıca cildi Z-plasti tekniği ile kapatmak daha sonra oluşabilecek ve ağız köşesini dış yana çekebilecek skar kontraktürünü engeller1. Ölçümlerde asimetriyi engellemek için operasyonun nazal entübasyonla yapılması önerilir

ÖNERİ: Lateral yüz yarıkları konjenital anomaliler içinde nadir görülür. Bizim olgumuzdaki gibi hafif şekilde etkilenenlerden, kemiklerde deformite görülebilen daha komplike olgulara kadar geniş bir yelpazede izlenirler. Makrostominin bebeklik çağında düzeltilmesi önerilir. Bu düzeltmede birbirinden ayrı olan orbikularis oris kas uçlarının diseke edilip birleştirilmesi önemlidir. Böylece, orbikularis oris kasının sfinkter fonksiyonu yeniden sağlanır

şekil 1: olgu 2



2 y kız çocuğu preop, erken postop görüntüleri

P-195
Geniş Alveol Yarıklarının Onarımında Farklı Cerrahi Tedavi Seçenekleri

Selman Hakkı Altuntaş[1], Yavuz Fındık[3], Elçin Esenlik[2], Dudu Dilek Yavuz[1], Fuat Uslusoy[1], Timuçin Baykul[3], Mustafa Asım Aydın[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Ana Bilim Dalı, Isparta
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ: Sekonder alveolar yarık onarımı, alveolar yarıklı hastalarda sıklıkla kabul görmüş bir yaklaşımdır. Fakat cerrahi teknik, cerrahinin zamanlaması ve donör saha ile ilgili durumlar halen tartışmalıdır. Geniş alveolar yarıkların rehabilitasyonu otojen greftin yanında distraksiyon osteogenez yöntemi de sıklıkla tercih edilen seçenekler arasındadır. Amacımız geniş alveolar yarıkların onarımı için farklı cerrahi teknikleri ve üç farklı protokolü değerlendirmektir.

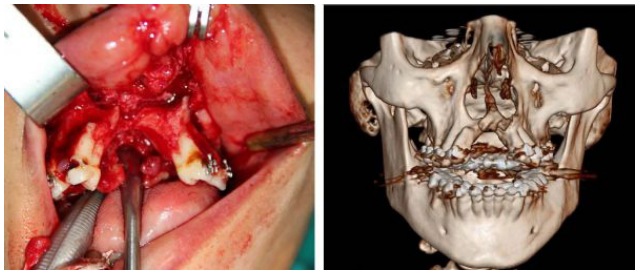
MATERYAL VE METOD: Çalışmaya geniş alveol yarıkları olan yedi hasta dahil edildi. Yarığın genişliği 15-22 mm arasında değişmekteydi. Hastaların 4'ünde distraksiyon osteogenez yöntemi kullanıldı. Segmental osteotomileri genel anestezi altında gerçekleştirildi. Distraksiyona postoperatif 5. günde başlandı. Bütün distraktörler diş ve kemiğe fikse idi, fakat distraksiyona kılavuzluk etmesi için palatal bir

arkla desteklendi. Fakat intraoral distraktörler hareketleri sınırlıdır ve küçük boyutları nedeniyle çok yönlü hareket sağlanamamaktadır. Bu nedenle geniş unilateral yarıklı ve vertikal eksiği bulunan 2 hastada defekt, unilateral Le forte I osteotomi ve dereceli ortodontik traksiyonun uygulandığı distraksiyon tekniğiyle kapatıldı. Yine oldukça geniş bilateral alveol yarığı olan hastada defektin kapatılması için vaskülarize iliak kemik grefti ile rekonstrüksiyon planlandı. Daha öncesinde yapılan nonvaskülarize iliak kemik greftlemesi başarısız olan hastada premaksilla oldukça rudimenter görünümde ve tamamen boşlukta ve alveol arkının epey yukarısında idi. İliak kemik vaskülarize olarak diseke edildikten ve osteotomilerle blok halinde çıkarıldıktan sonra alıcı sahada defekte uygun hale getirmek için testere ile damarların olmadığı taraftan yontuldu. Tespit, serklaj telinin dişlerden ve kemik greftinin içinden geçirilmesi suretiyle ve yanlarda birer vida ile yapıldı. Alıcı damar olarak süperfisiyal temporal arter ve eşlik eden ven kullanılarak flebin pedikülünün tünelize edilerek yanağa geçirilmesi ile burada yapıldı. Dental alçı modeller, segmental kemiğin transportunu dental arka paralel olmasını sağlayan kişiye özel distraktör araçlarının yapımında kullanıldı. Pre ve postoperatif CT ve ortopantomogram görüntüleri alındı.

BULGULAR: Her üç teknikle de alveolar yarıklar başarıyla kapatıldı. Alveol yarıkta istenen yeni kemik oluşumu elde edilmiş oldu. Bu tedavilerle hastada diş restorasyonu için gerekli kemik segmenti oluşturulmuş oldu. Yapılan tedaviler hastanın orta yüz profil görünümüne de katkısı oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Burada geniş alveol yarıklarının tedavisinde farklı metodların tanımlanmıştır. Bu da gelecek tedaviler açısından bir perspektif sunmaktadır. Bu tekniklerle ilgili riskler, yan etkiler ve sonuçlar açısından kapsamlı bir değerlendirme için daha fazla hastaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca bu tekniklerin gelişimi ve rutinde önerilecek bir tedavi seçeneği olması açısından daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Resim 1



Geniş alveoler yarık rudimenter premaksillanın görünümü

Resim 2



Blok şeklinde çıkarılan iliak flep testere ile defekte uygun şekillendirildi.

Resim 3



Vaskülarize iliak flep ile alveol yarık onarımı yapılan hastanın preoperatif ve postoperatif 1. ayda görünümleri.

P-196
Yarık Damak Rekonstrüksiyonu Zamanlaması

Ahmet Kaplan, Hasan Murat Ergani, Mehmet Tapan, Ramazan Erkin Ünlü, Necip Cihan Hasçiçek, Mehmet Onur Öztürk, Sinem Sıngın
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Yarık damak hastalarında yediklerin burundan gelmesi, otitis media, bebeklerde hava kaçması nedeniyle ağızda negatif basınç oluşturamayıp emememe, hipernazal konuşma, malforme dişler ve ciddi maloklüzyon deformiteleri, tüm üst solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığında artış görülür. Hastalarda görülen bu durumlar hayat kalitesini düşüren durumlardır. Konuşmanın düzgün olabilmesi için damak kaslarının erken dönemde (9 ay) onarılması önerilmektedir. Bebeklerde fonasyon başladıktan sonra yapılan onarımların sonrasında konuşma sonuçları zaman geçtikçe dah kötü olmaktadır. Ancak nazal regürgitasyon ve sık geçirilen üst solumun yolu enfeksiyonları da hastaların cerrahi tedavisi için başvurmasına neden olmaktadır.

P-197
Nüks Sindaktili: Olgu sunumu

Arif Aydın
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Afyon Devlet Hastanesi,Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Sindaktili en sık görülen el anomalilerindendir. Yaklaşık 2000-2500 doğumda bir görülür.Çoğunlukla sporadik olmakla birlikte %10-40 oranında otozomal dominant geçiş gösterebilir.Sindaktili,embriyoner dönemde farklılaşmanın yetersizlik derecesine göre, komplet-inkomplet, bağlantı elemanlarına göre basit ve kompleks olarak sınıflandırılmaktadır. Tedavide zig zag insizyonlarla yapışıklık açılır ve defektif alanlara deri grefti konur.Bu çalışmamızda daha önce sindaktili operasyonu geçiren ve greft alanında muhtemel enfeksiyon,yara iyileşmesi gibi problemlere bağlı tekrar yapışıklıkla başvuran bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 21 yaşında bayan hasta,yaklaşık 10 yıl önce sindaktili nedeniyle opere olmuş.Operasyondan sonra parmaklarında tekrar yapışıklık meydana gelmiş.

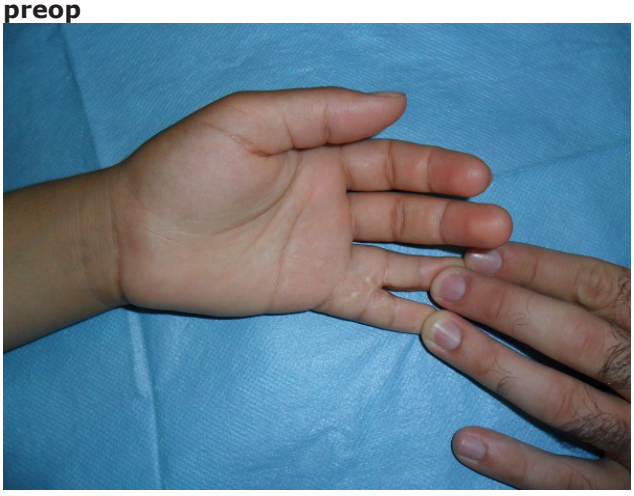
Sol el 4.5. parmaklarda inkomplet basit sindaktili ve eski insizyon skarları mevcuttu.Aksiller blok altında zig zag insizyonlarla yapışıklık açıldı.Sol inguinal bölgeden alınan deri greftiyle defektif alanlar onarıldı.Postop dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Sindaktili onarımında;yara iyileşmesindeki ve greft viabilitesindeki problemler tekrar yapışıklıklara neden olabilmekte,sekonder cerrahi işlemler gerekebilmektedir.

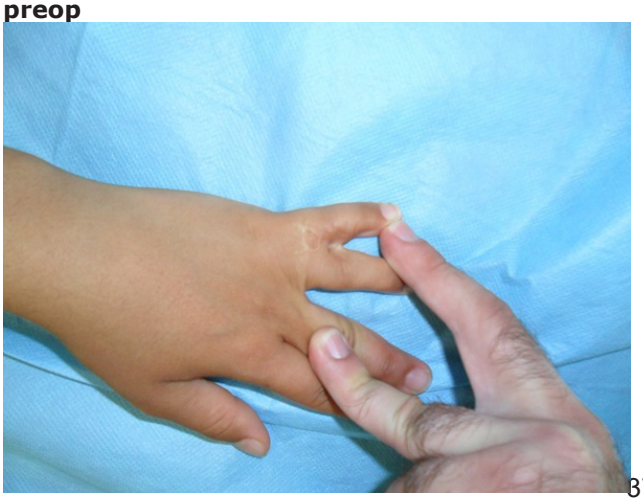
postop



preop



preop



P-198
Hemisoleus flebi ile bacakta travma sonucu oluşmuş defekt onarımı: Olgu Sunumu

Arif Aydın
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyon Devlet Hastanesi, Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Ayak bileği ve distal bacak bölümünde sıklıkla travmaya sekonder oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu;bölgedeki yumuşak dokuların sınırlı olması,tendon,damar,sinir gibi önemli yapıların hasarlanabilmesi veya ekspoze olabilmesi nedeniyle zorlu bir işlemdir.Son yıllarda mikrocerrahinin gelişmesi rekonstrüksiyondaki seçenekleri arttırmıştır fakat bölgede kullanılabilecek lokal flepler her zaman akılda tutulması gereken alternatiflerdir.Soleus flebi,orta ve distal 1/3 bacakta mevcut; zeminde tendon,kemik gibi yapılar bulunan defektlerde,iyi bir seçenektir.Kasın bipennat morfolojisi ve dual nörovasküler desteği,ortadan split edilerek kullanılabilmesine imkan sağlamaktadır.Vasküler desteği popliteal,peroneal ve posterior tibial arterler tarafından sağlanmaktadır.

Olgu: 15 yaşında bayan hasta,tüfeği temizlerken patlaması sonucu oluşan ateşli silah yaralanmasıyla acil servise başvurdu.Sol bacak lateralinde,lateral malleolun yaklaşık 6 cm proksimaline kadar uzanan yaklaşık 11x7cm cilt ve ekstensör grubu kas defekti mevcuttu. Zeminde fibula,ekstensör tendonlar ve peroneal tendonlar ekspozeydi.(Şekil 1)Fibulada non deplase bir fraktür mevcuttu.Ortopedi kliniği tarafından cerrahi düşünülmedi,atelle takip önerildi.Hastanın ayak bileği ve parmaklarında aktif fleksiyon ekstensiyon hareketleri mevcuttu,duyu defisiti yoktu.Hastaya debridman yapıldı ve nekrotik kas dokuları uzaklaştırlıdı,iv antibiyotik başlandı. İkinci seansta proksimal bazlı hemisoleus flebi hazırlandı ve kemik,tendon yapıları örtüldü.(Şekil 2)Aynı seansta sol uyluktan alınan kısmi kalınlıklı deri greftleriyle kasın üzeri kapatıldı.Hastanın takiplerinde flebin en distal kısmındaki 2x3cm lik alanda ve flebin distal-posteriorunda 2x1cm lik nekroze alanlar görüldü.Nekrozlar debride edildi,distaldeki 2x3cm lik alanda tendonların ekspoze olduğu görüldü ve hastaya 10 seans VAC tedavisi uygulandı.Yeterli granulasyon sağlandıktan sonra defektif alanlara tekrar kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarım yapıldı.Deri greftleri başarılı oldu ve rekonstrüksiyon işlemi tamamlandı.(Şekil 3)

Sonuç: Soleus flebi orta ve distal 1/3 bacak defektlerinde kullanılabilecek güvenilir bir fleptir.Proksimal vasküler pedikülde travmaya sekonder hasarlanma,flebin çok distale uzatılması,küçük damarlarda ateroskleroz vs. gibi durumlarda ise flepte kısmi ya da tam nekrozlar görülebilmektedir.

şekil 1



preop

şekil 2



perop

şekil 3



postop

P-199
Wassel Tip VI Radial Polidaktilinin Cerrahi Tedavisinde Pollisizasyon

Serdar Altun, Furkan Kayhan, Mehmet Ekinci, Mehmet Emin Atlı, Mehmet İhsan Okur, Ali Bal
Fırat üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik cerrahi ABD, Elazığ

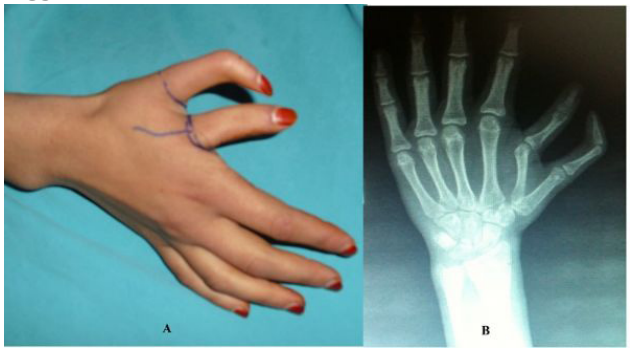
Amaç: Çift parmak anomalisi en yaygın görülen doğumsal el anomalisidir ve yaklaşık 1000 doğumda 5 oranında gözlenir. İlave parmağın yerleşimine göre preaxial (radial), central ve post-axial (ulnar)şeklinde sınıflandırılır. Preaxial tip 3000 doğumda 1 oranında gözlenen en yaygın şeklidir ve sınıflamada Wassel sınıflaması kullanılır. Polidaktilisi olan birçok vakanın tedavisinde dublike parmağın cerrahi ablasyonu ve yumuşak doku rekonstrüksiyonu yeterli olmaktadır. Wassel tip VI en nadir görülen şekli olup cerrahisi farklılık göstermektedir. Biz Wassel tip VI deformitesi nedeniyle Pollisizasyon yaptığımız bir olguyu sunmak istedik. Olgu: 14 yaşında kız hasta sağ el radial polidaktili nedeniyle kliniğimize başvurdu. Ek doğumsal anomalisi ve aile hikâyesi bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde radialde bulunan parmağın çekiç şekinde deforme olduğu ve interfalangeal eklem distalinde kalan kısmın oldukça atrofik olduğu görüldü (Resim 1A). Fleksor pollisis longus (FPL) ve Ekstensor pollisis longus tendon (EPL) fonksiyonlarının olmadığı ancak parmağın karpometakarpal (KMK) eklem seviyesinden opposizyon-repozisyon, abduksiyon-adduksiyon hareketlerinin iyi olduğu tespit edildi. Ulnar tarafta bulunan parmağın metekarpofalangeal (MKF) eklem distalinin, radiladeki parmağa göre gelişiminin daha iyi olduğu, karşı taraf el 1.parmağına boyutça daha yakın olduğu, ancak mevcut konumundan dolayı 1. Web aralığını daralttığı tespit edildi. Posteroanterior (PA) ve oblik röntgen grafilerinin incelemesinde ise radialde bulunan metakarpal kemiğin, ulnarda bulunan metakarpal kemiğe göre gelişiminin daha iyi, karpometakarpal eklem (KMK) ile bağlantısının daha iyi olduğu görüldü. Ulnar tarafta olan parmak metakarp distalinde MKF ekleme 3 mm mesafede radiale doğru 140 derecelik açılanma olduğu tespit edildi (Resim 1B).

Cerrahi teknik: Hasta supin pozisyonda, genel anestezi altında operasyona alındı. Turnike uygulamasını takiben her iki parmağı da içerecek şekilde volar ve dorsal cilt kesileri belirlendi. Ulnar taraftaki parmağa giden tek dijital arter ve sinir tespit edildi, korunarak KMK eklem seviyesine kadar disseke edildi. Dorsal insizyondan girilip bulunan dorsal venler de KMK eklem seviyesine kadar disseke edildikten sonra MKF eklem kollateral ligamanları korunarak parmak serbestleştirildi. Daha sonra radial taraftaki parmağın proksimaline yapışan abduktor pollisis longus (APL) ve ekstensor pollisis brevis (EPB) tendonları, tenar kaslar ve eklem kapsülü periost elevatoruyle serbestleştirilip MKF eklem distalinden parmak ampute edildi. Ulnar taraftaki parmak MKF eklem seviyesinden nörovaskuler pedikülü aracılığıyla radial tarafa taşınarak radial taraf metakarpal kemiğin distalinde bırakılan eklem kapsülü ile taşınan parmakta bırakılan eklem kapsülleri birbirine dikildi. Proksimalde subperiostal olarak kaldırılan tenar kaslar ve APL-EPB tendonları taşınan parmağın periostuna dikildi (Resim 2). Cilt dikişlerini takiben el kısa kol atele alındı.

Tartışma: Çift parmak anomalisi doğumsal el anomalilerinden en sık görülenidir. 1966 yılında Egawa tarafından, 1969 yılında ise Wassel tarafından duplikasyonun anatomik seviyesine göre sınıflanmıştır. Her ne kadar literatürde unbalance (dengesiz) çift parmak anomalisinin her tipinde hipoplastik başparmağın rezeksiyonu önerilmiş olsa da yapılacak cerrahi tedavi sadece fonksiyonel değil, kozmetik amaçlı da olmalıdır. Bu nedenle sadece fazla olan parmağın alınması yeterli olmamakta aynı zamanda

bırakılan parmağın fonksiyonlarının korunması ve/veya rekonstrukte edilmesi gerekmektedir. Cerrahi yöntemin kararında duplikasyon seviyesi, eklemin stabilitesi, kemik aksın deviasyonu, parmağın tümünde veya parmağı oluşturan yapılardan birinde hipoplazi olması ve adduksiyon kontrakturunun varlığı önemlidir. Wassel tip VI'da duplikasyon karpometakarpal ekleme kadar olup, radialde bulunan parmağın daha az geliştiği, unlarda bulunan parmağın nisbeten daha iyi geliştiği bir deformitedir. Avrupa serilerinde polidaktilisi olan hastaların %5-9,3'u oranında gözlenirken, bu oran uzak doğu serilerinde %6,9, Ortadoğu serilerinde ise %13.6 olarak tespit edilmiş. Diğer polidaktili çeşitlerine göre daha az görülen bu tip duplikasyonun cerrahisiyle ilgili literatürde yeterli derecede kaynak bulunmamaktadır. Biz sunduğumuz bu olgu ile Tip VI duplikasyonu ve cerrahi tedavisine dikkat çekmeyi amaçladık. Bu tür olgularda Pollisizasyon başarılı bir şekilde yapılabilir.

Resim 1



A) Radial taraf parmağın deforme olduğu, özellikle pulpanın atrofik olduğu görülmekte. Ulnar taraftaki parmağın anatomik olarak daha iyi olduğu ancak 1.Web'i daralttığı izlenmektedir B) PA grafide radial taraf metakarpal kemiğin, ulnar taraf metakarpal kemiğe göre daha iyi geliştiği ve karpal kemikle bağlantısının daha iyi olduğu görülmektedir.

Resim 2



A) Pollisizasyon sonrası intraoperatif görünümde, parmağın anatomik olarak duruşunun iyi olduğu ve dolaşım problemi yaşanmadığı izlenmekte B-C)Erken postoperatif dönemdeki görünüm

P-200
Çoklu El Parmak Fleksiyon Kontraktürlerinin Medial Plantar Flep Kullanılarak Serbestleştirilmesi

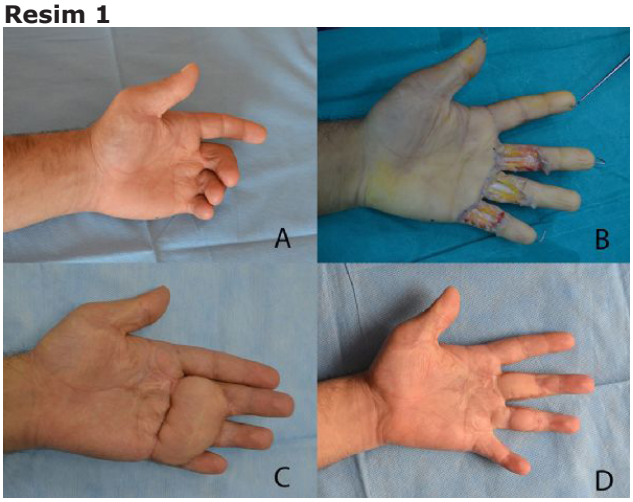
Cihan Şahin, Hüseyin Karagöz, Sinan Öztürk, Celalettin Sever, Fikret Eren, Ceyhun Cesur
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç: El palmar bölge ve parmak kontraktürlerinin en etkili tedavisi, kontraktür bantlarının serbestleştirilmesinden sonra defektin ince bir flep ile onarımıdır. Mümkün olduğu sürece lokal flepler ilk seçenek olarak göz önünde bulundurulsa da, özellikle çoklu parmak kontraktürlerinde genelde yeterli olmazlar. Bu gibi durumlarda uzak flep seçenekleri gözden geçirilmelidir. Elin palmar bölge ve parmakların derisi eşsiz bir yapıya sahiptir. Palmar bölgeye en yakın özellikleri taşıyan deri plantar bölgede bulunmaktadır. Bu çalışmada, çoklu parmak kontraktürlerinin serbestleştirilmesini takiben medial plantar flep ile onarım yaptığımız vakaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem – Gereçler: Çoklu parmak fleksiyon kontraktürü bulunan üç hastada serbestleştirme planlandı (Resim 1A). Serbestleştirme işlemi yapıldıktan sonra 3, 4, ve 5. parmakların palmar yüzlerinde defektler meydana geldi (Resim 1B). Defekt onarımı için plantar bölgeden serbest medial plantar flep kaldırıldı ve her üç parmaktaki defekti aynı anda kapatacak şekilde, parmaklarda sindaktili oluşturarak defekte suture edildi (Resim 1C). Üç haftalık bekleme süresini takiben önce bir veb açıldı ve flep inceltildi. Bir üç hafta daha beklendikten sonra diğer veb açılarak flebin diğer yarısı inceltildi (Resim 1D). Böylece her üç parmaktaki defekt, aslına en yakın şekilde onarılmış oldu. Bulgular: Fleplerin hepsi sorunsuz yaşadı ve ameliyat sonrası dönemde herhangi bir olumsuzlukla karşılaşılmadı. Parmaklarda tam hareket açıklığı elde edildi. Flep donör alanında herhangi bir fonksiyonel defisit ortaya çıkmadı.

Sonuçlar: Medial plantar flep ile palmar bölgede çok iyi renk ve doku uyumu sağlandığı görüldü. Parmaklardaki defektler palmar bölge ile neredeyse aynı özelliklere sahip plantar bölge derisi ile kusursuz bir şekilde onarıldı. Mikrocerrahi ihtiyacı ve çok seanslı ameliyatlar yöntemin en önemli dezavantajları olarak göze çarpmaktadır. Ancak elde edilen sonuçlar dikkate alındığında bahsedilen dezavantajların yöntemin uygulanmasına engel teşkil etmeyeceği düşünülmektedir. Sonuç olarak medial plantar flep, çoklu parmak defektlerinin rekosntrüksiyonu için iyi bir seçenektir.

Resim 1



Sol el 3, 4, ve 5. parmaklarında fleksiyon kontraktürü bulunan hastanın ameliyat öncesi (A), ameliyat esnasında (B), ameliyat sonrası erken (C) ve geç dönem (D) görüntüleri

P-201
Kompleks Sindaktili Serbestleştirilmesinde Dorsal Digital Flep Tekniği

Hüseyin Karagöz, Cihan Şahin, Fikret Eren, Ceyhun Cesur, Cengiz Açıkel
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, İstanbul

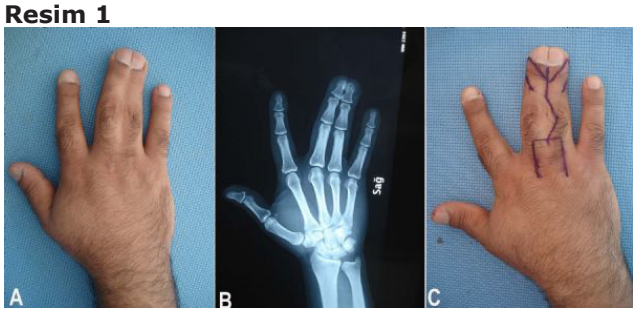
Amaç: Sindaktili serbestleştirilmesini takiben meydaba gelen defektin kapatılması için uyulması gereken üç genel prensip vardır. Parmaklar arasında sineşi ve kontraksiyon meydana gelmemesi için veb boşluğu uygun bir fleple onarılmalı, parmakları besleyen nörovasküler yapılar cilt flebinin altına gizlenmelidir. Bunun dışındaki defektler tam kalınlıkta deri greftleri kullanılarak kapatılabilir. Ancak kompleks sindaktili vakalarında falankslar arasında sinostoz mevcut olduğundan dolayı, serbestleştirme işlemini takiben ekspoze olan kemik yapıların da flep dokusuyla örtülmesi gereklidir. Bu çalışmada kompleks sindaktili serbestleştirilmesini takiben ekspoze olan kemik yapıların örtülebilmesi için dorsal dijital flep kullandığımız vakalarımızı ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Beş veb aralığında kompleks komplet sindaktilisi olan dört erişkin hastaya dorsal digital flep kullanılarak sindaktili serbestleştirmesi ameliyatı uygulandı (Resim 1A,B). Flepler her iki etkilenmiş parmağın dorsal yüzlerinde rektangüler şekilde planlandı (Resim 1C). Kaldırıldıktan sonra ekspoze kemikleri ve tırnak yatağı kenarını kapatacak şekilde defekte transfer edilerek sütüre edildi (Resim 2A, B). Flep donör alanları tam kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.

Bulgular: Hastaların hiçbirinde flep perfüzyon problemi ortaya çıkmadı. Uzun dönem takiplerde kemiklerin başarılı bir şekilde kapandığı gözlendi (Resim 2C).

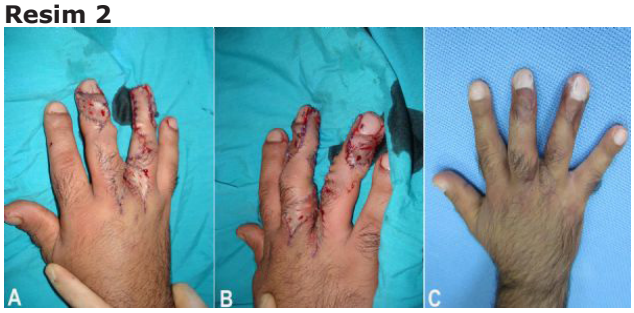
Sonuçlar: Dorsal digital flep, sindaktili serbestleştirilmesini müteakip ekspoze kemik ve tırnak kenarını kapatmak için kullanılabilecek alternatif bir tekniktir. En önemli dezavantajı parmakların geri kalan bölümlerinin kapatılmasında kullanılabilecek flep seçeneklerini azaltarak daha fazla alanın deri grefti ile kapatılmasına neden olmasıdır. Ancak sonuçlar değerlendirildiğinde bunun uzun dönemde herhangi bir soruna yol açmadığı gözlenmiştir.

Resim 1



Sağ el 3. veb te kompleks komplet sindaktili olan hastanın elinin (A) ve el grafisinin (B) görüntüsü. C) Parmakların dorsal bölgesinde ameliyat öncesinde fleplerin planlanması

Resim 2



Erken ameliyat sonrası dönemde her iki parmaklarda yerine yerleştirilmiş fleplerin görüntüleri. A) 4. parmak, B) 3. parmak. C) Ameliyat sonrası 3. ayda parmakların görüntüsü

P-202
Başparmak Ezilme Avülsiyon Yaralanmasının Başarılı Replantasyonu

Altuğ Altınkaya[1], Anıl Demiröz[2], Hakan Arslan[3], Müge Anıl Küçüksucu[3]
[1]Acıbadem Maslak Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü, İstanbul
[2]Mardin Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü, Mardin
[3]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sağ elini silikon kalıp makinesine kaptırmış genç erkek hastada başparmağın ezilme avülsiyon yaralanması ve buna eşlik eden geniş degloving tarzı yaralanmanın mikrocerrahi yöntemlerle tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem Ve Gereçler: 30 yaşında erkek hasta sağ elini silikon kalıp makinasına kaptırma sebebiyle acil polikliniğimize başvurdu.

Bulgular: Yapılan muayenede el dorsumunda cildin birinci karpometakarpal eklem seviyesinden başlayıp üçüncü web seviyesine dek, palmar yüzde ise birinci karpometakarpal eklem seviyesinden ikinci parmak proksimal interfalangeal

eklem seviyesine dek deglove olduğu saptandı. (ŞEKİL 1) Başparmak interfalangeal eklem seviyesinden avulse olmuş konumdaydı, soluk renkte olup dolaşımı yoktu. Ekstansor pollicis longus tendonu interfalangeal eklem seviyesinden avulse olmuş, fleksor pollicis longus tendonunun devamlılığı korunmuştu.Başparmak ulnar ve radyal yan digital sinirleri metakarpofalangeal eklem seviyesinden avulse olmuştu. Beşinci parmak orta falanks shuftında fraktür mevcut idi.

Hasta hemen ameliyata alındı. Başparmak avulse olan kısım axial konumda geçilen iki adet kirschner teli ile tespit edildi. Başparmak ulnar yan digital arteri disseke edildi. Sağlam intima yapısı görülene dek debride edildi. Deglove olan cilt dorsal kısımda bir tanesi başparmağa diğeri birinci web aralığına giden iki adet ven disseke edildi. Ulnar ve radyal yan digital sinirleri disseke edildi, sağlam fasikuler yapı görünüceye dek debride edildi. Önkol volar yüzden alınan ven grefti ile ulnar yan digital arter uc uca olacak şekilde anastomoz edildi. Ven greftinin diğer ucu birinci dorsal metakarpal artere uc uca olacak şekilde anastomoz edildi. Anastomoz sonrası başparmak distal kısma kan akımının sağlandığı gözlendi. Deglove cilt içerisinde hazırlanan iki adet ven el dorsumundaki venlere uc uca anastomoz edildi. Ulnar ve radyal yan digital sinirlere tespit dikişi konuldu ve rekonstrüksiyonları ileri bir tarihe bırakıldı. Deglove cilt, elin palmar kısmında uygun şekilde adapte edildi. El dorsal kısımda ise üçüncü web aralığından birinci karpometakarpal ekleme dek uzanan alan, kısmi kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı. Beşinci parmak orta falanks fraktürü kirschner teli ile tespit edildi. (ŞEKİL 2)

Postop dönemde hasta servisimizde bir hafta kadar yatarak takip edildi. Sonrasında taburcu edilen hasta rutin olarak poliklinik takibine alındı. Şu anda postop ikinci yılını tamamlayan hastanın başparmak interfalangeal ekleminde hareket kısıtlı fakat oppozisyon hareketi için yeterli düzeyde, hasta rutin günlük işlerini sağ elini kullanarak yerine getirebiliyor. (ŞEKİL 3)

Sonuç: Avülsiyon ve ezilme tarzı üst ekstremite yaralanmaları mikrocerrahları en çok zorlayan yaralanmalar olup bu tip yaralanmalarda replantasyon çoğu zaman kontrendike kabul edilir. Başparmak el fonksiyonlarının % 40'ından sorumlu olan, el parmakları içerisinde en önemli yere sahip olan parmaktır. Başparmağın bu özelliği göz önünde bulundurulduğunda başparmak amputasyonları diğer bölge amputasyonlarına kıyasla ayrı bir öneme sahiptir ve yaralanma derecesi ne kadar ağır olursa olsun replantasyon her zaman ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

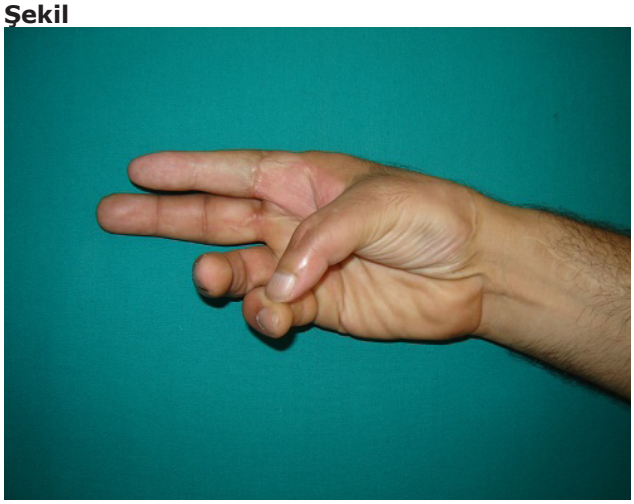
Şekil



Şekil



Şekil



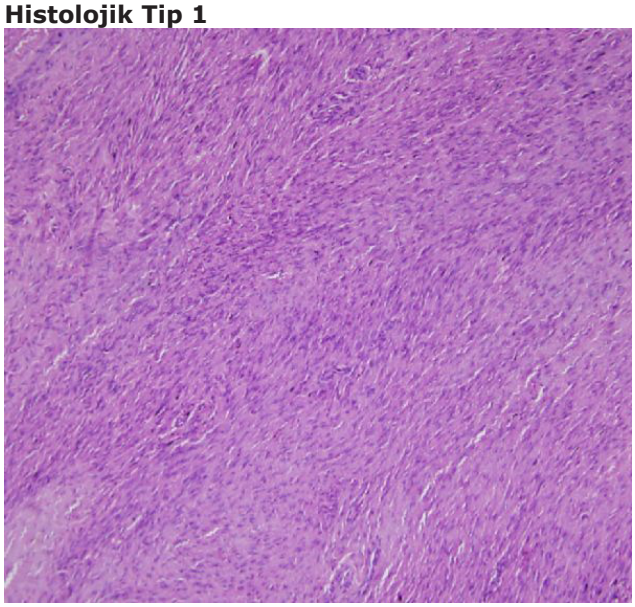
P-203
Dupuytren de Nüks Vakalar Öngörülebilir mi ? 142 hastanın histopatolojik incelenmesi

Mehmet Gencer[1], Evşen Apaydın[2], Atakan Aydın[1], Bilge Bilgiç[2]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktüf ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı
[2]istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Patoloji Anabilim Dalı

Dupuytren hastalığı cerrahi operasyon sonrasında yüksek nüks oranı ile seyreder.Bu klinik bildiride; 2005 -2014 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalı, El cerrahisi bilim dalında opere edilen ve sonrasında takip edilen 142 adet hastanın epidemiyolojik incelemeleri-dupuytren diatezleri ve histolojik evrelemeleri ile nüks eden olguların önceden tahmin edilebilirliği çalışılmıştır. Bu çalışmada ‹›Rombouts›› (1989) histolojik sınıflaması kullanılmıştır.Selülerite ve mitoz oranlarına göre 3 histolojik evrelemeyi içeren bu sınıflama ile histolojik olarak incelenen vakaların nüks etme olasıkları saptanmaya

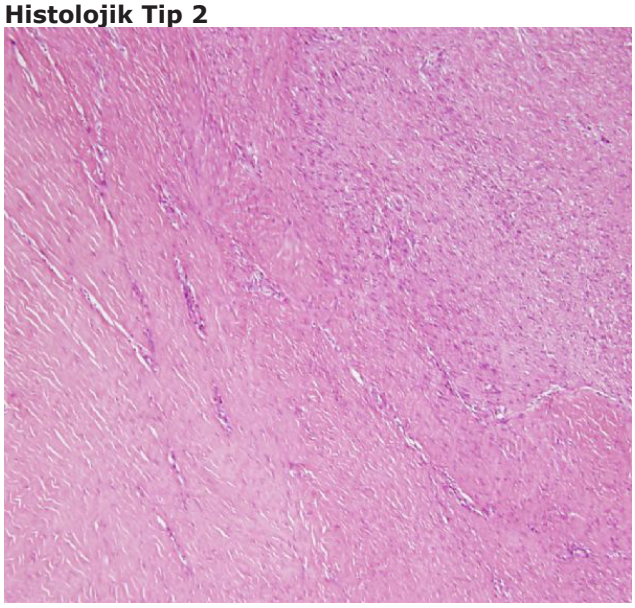
çalışılmıştır.Bu çalışma bize histolojik evreleme ile nüks vakaların tahmin edilebilirliği için kullanılabilir bir method olduğunu göstermiş,operayon da elde edilen piyeslerin klinik tanı yeterli olsa dahi post-op incelenmesinin önemini vurgulamaktadir.Yinede klinik bilgiler ile korele çalışılması ile daha iyi sonuç verebileceği anlaşılmıştır.

Histolojik Tip 1



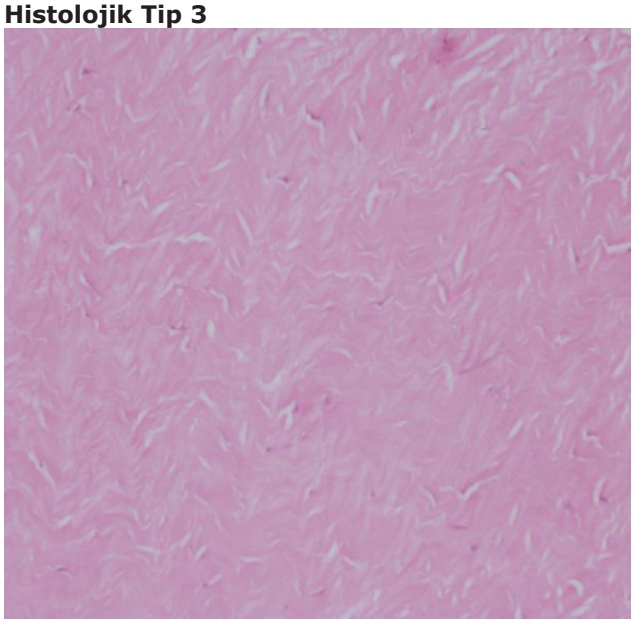
Yüksek Selülerite ve Mitoz

Histolojik Tip 2



Orta derecede selülerite

Histolojik Tip 3



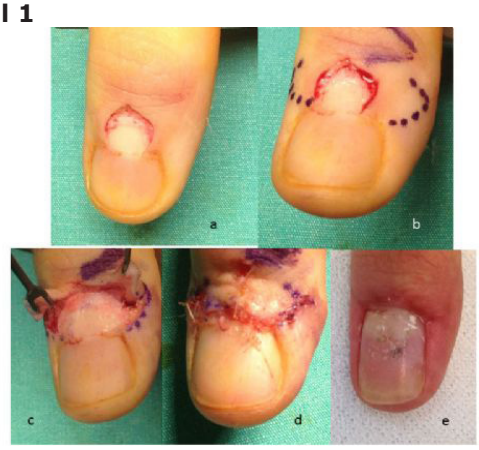
Düşük selülerite ve kollajenli doku

P-204
Biateral V-Y Rotasyon İlerletme Flepleri İle Proksimal Tırnak Yatağı Rekonstrüksiyonu

Oğuz Kayıran[1], Ercan Cihandide[2]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Acıbadem Ataşehir Tıp Merkezi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Eponychium ve proksimal tırnak kıvrımının rekonstrüksiyonu genellikle cerrah için zordur. Bu alanlarda defektler çoğunlukla tümör eksizyonu veya travma sonrası ortaya çıkmaktadır. Mevcut teknikler gibi deformiteleri düzeltmek için oldukça sınırlıdır. Proksimal tırnak yatağı deformitesi olan üç hasta Ocak ve Mayıs 2014 arasında hastanemizde ameliyat edildi. Rekonstrüksiyon için bilateral V-Y rotasyon ilerletme flepleri lokal anestezi altında başarı ile kullanılmıştır. Herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Lokal flep ve/veya deri grefti çoğunlukla bu defektlerin onarımında tercih edilmekte; ancak çok sayıda rekonstrüksiyon seçeneği bulunmamaktadır. Paraksismal tirnak yatağı rekonstrüksiyonunda bilateral V-Y rotasyon ilerletme flepleri iyi bir alternatif uygulama alanıdır.

Şekil 1



P-205
Elin Atipik Seyirli Nekrotizan Fasiiti

Oğuz Kayıran[1], Barış Kadıoğlu[2]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Asya Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Nekrotizan fasiit yıkıcı sonuçlanabilmektedir. Morbiditenin azaltılması için tanı konulduğu anda acil müdahale planlanmalıdır. Yirmi beş yaşında erkek hasta, sol elinin üzerine nekrotizan fasiit ile başvurdu. Hiç öncül travması veya enfeksiyon varlığı olmayan hastanın öyküsünde herhangi bir sebep de bulunmamaktaydı. Seri debridmanlar sonrası kapama kasık flebi ile sağlandı. Rehabilitasyon programı dikişler alındıktan hemen sonra başlatıldı. Minimum ekstansiyon kısıtlığı ile elde tam sağkalım elde edildi. Nekrotizan fasit, çok atipik klinik ile karşımıza çıkabilmektedir ancak tamamen sağlıklı hastalarda da olasılığı akılda tutulmalıdır.

Şekil 1



P-206
Elyaf Makinesi Nedeniyle İş Kazası Geçiren Hastanın Başarılı Tedavisi

Oğuz Kayıran[1], Ercan Cihandide[2]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Acıbadem Ataşehir Tıp Merkezi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

28 yaşında bayan hasta acil servise el yaralanması nedeniyle başvurdu. Muayenede sağ el 1. parmaktan dorsuma uzanan "degloving" tarzında yaralanması mevcut idi. Acil ameliyata alındı; eksplorasyonda cilt flebi eleve edildi ve yüzeyel fasya seviyesinde tüm tendinöz-vasküler ve nöral yapıların intakt olduğu izlendi. Flep yerine gergin olmadan adapte edildi, 1. karpometakarpal loja uyan alana tam kalınlıkta deri grefti konuldu. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif 1. yılında tüm eklemlerinde tam açıklık elde edildi. Elyaf makinesi organik-sentetik tekstil ürünlerini elyafa çeviren, yüksek dönüş hızında çalışan ve dolayısı ile gücü yüksek bir makinedir. İş kazalarına çok sık neden olmamakla beraber el yaralanması meydana geldiğinde sıklıkla travmatik amputasyonlara, avülziyon yaralanmalarına sebep olmaktadır. Elyaf makinesi yaralanmaları iş kazalarında önemli işlev kayıplarına sebep olabilmektedir. Burada, elyaf makinesine elini kaptıran ve iş kazası nedeniyle başvuran bir hasta paylaşılmıştır. Şans eseri elinde hiçbir işlevsel eksiklik kalmayan hasta tam olarak iyileştirilebilmiş ve normal hayatına dönebilmiştir. İş hayatında bu yaralanmaların önüne geçmek için mutlaka gerekli tedbirlerle çalışılmasının önemini bir kez daha hatırlatmayı amaçladık; aksi takdirde, yaralanma, her zaman buradaki örnekte olduğu gibi sonuçlanamayabilir.

Şekil 1



Sol üst: İş kazası sonrası el yaralanması geçiren hastanın sağ el görüntüsü, sol alt: İntraoperatif görüntüsü, orta sütun: Postoperatif 3. hafta görüntüleri, sağ sütun: Postoperatif 1. yıl görüntüleri

P-207
Bacakta leiomyom:olgu sunumu

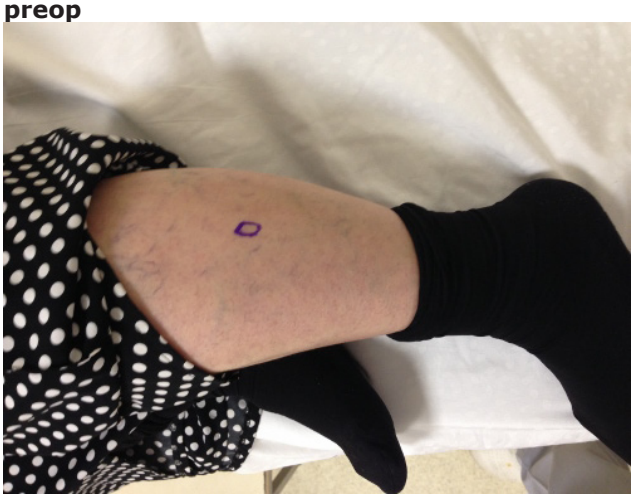
Arif Aydın
Afyon Devlet Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

Giriş: Vasküler leiomyom,arter ya da ven duvarlarındaki düz kaslardan kaynaklanan nadir bir tümördür.Bu tümörler vücudun herhangi bir yerinde dermis,subkutan yağ dokusu ya da derin fasyada bulunabilirler.Klinik olarak küçük,mobil nodüller olarak kendini gösterirler ve hastaların %60›ında ağrıya neden olurlar.Klinik olarak bayanlarda daha sık görülürler ve gebelik ağrı semptomlarını arttırabilir.

Olgu: 58 yaşında bayan hasta sol bacak lateralinde subkutan yerleşimli yaklaşık 1x1,5 cm,mobil,yaklaşık 3 yıldır mevcut olan ve bacakta ağrıya sebep olan kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu.Hasta kitlenin giderek büyüdüğünü söyledi. Hastada ateş,lenfadenopati,kilo kaybı öyküsü yoktu. Bacakta güç kaybı,dizestezi şikayetleri yoktu. Sol bacak lateralde,lateral malleolun yaklaşık 15 cm proksimalinde bulunan kitle,lokal anestezi altında etrafından yapılan insizyonlarla total eksize edildi.Kitlenin subkutan yerleşimli,düzgün sınırlı olduğu,herhangi bir vasküler bağlantısı olmadığı görüldü.Postop problem izlenmedi.Eksizyondan sonra hastanın ağrı semptomları kayboldu.

Sonuç: Vasküler leiomyomlar damar duvarlarındaki düz kaslardan kaynaklanan benign tümörlerdir.Genellikle 30-60 yaş aralığında görülürler ve bayanlarda daha sıktır.Ayırıcı tanıda hemanjiom,anjiolipom,glomus tümörü,ganglion ve travmatik nöromalar vardır. Lezyona spesifik bir görüntüleme tekniği yoktur fakat USG lezyon hakkında fikir verebilir.Eksizyon semptomların kaybolmasına ve histopatolojik tanıya olanak sağlar.

preop



P-208
Digital sinirin lipofibromatöz hamartomu

Emin Sır[1], Melike Güngör[1], Alper Aksoy[2], Demet Kocatepe Çavdar[3], Özgür Esen[4]
[1]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[2]Acıbadem Konur Cerrahi Merkezi, plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[3]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İzmir
[4]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İzmir

Lipofibromatöz hamartom (LFH) nadir görülen, iyi huylu birperiferik sinir tümördür. LFH›yi tanımlamak için kullanılan diğer isimler; yağlı infiltrasyon, lipofibroma ve intranöral lipofibromdur. Yağ ve fibröz doku gibi normal bağ dokusu elemanları içerdiğinden hamartom olarak da adlandırılır. Sinir çevresinde fibroadipoz dokunun yavaşça büyümesi, epinöriyum ve perinöriyumu invaze etmesi ile karakterizedir (1).İnvazyon sonucunda sinir fasikülleri birbirinden ayrılır ve bu nedenle MR görüntüsünde patognomonik olan kablo-benzeri görünüm ortaya çıkar (2). Sıklıkla median sinirde (%80) ve onun distal dallarında ortaya çıkar (3). Yavaş büyümesi sonucunda sinir basısına bağlı duyusal değişiklikler, ağrı ve motor fonksiyon kaybına sebep olabilir. Tümörün etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bazı yazarlar konjenital olabileceğini bildirmiştir.

Olgu Sunumu: 29 yaşında erkek hasta sol el 2. parmak radial tarafta yaklaşık 3 yıl önce ortaya çıkan şişlik, iş yaparken parmağını tam kapatamama ve duyusunda azalma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın geçmişinde travma ve aile öyküsünde herhangi bir anlamlı öykü yoktu.

Fizik muayenede subkutan yerleşimli, yumuşak kıvamlı, parmakta büyümeye yol açmayan yaklaşık 3x1 cm çaplı kitle tespit edildi.Tinel belirtisi negatifti. İki nokta diskriminasyon ölçümü statik olarak 6.5 mm, dinamik olarak 3.4 mm bulundu. MRI incelemesinde 2. parmak radial tarafta, aksiyal planda digital sinir trasesine uyan bölgede boyutları 3x1 cm olarak ölçülen, T1 ağırlıklı seride hiperintens yağ baskılı serilerde hipointens olarak izlenen lezyon tespit edildi (Figüre 1). Koronal planda Kemik, kas ve tendon yapılarda herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı (Figüre 2).

Hasta aksiller blok anestezisi altında operasyona alındı. Cerrahi eksplorasyon sonrası sarı renkli, kapsüllü, kablo şeklinde uzanım gösteren hipertrofik digital sinir görüldü (Figür 3). Kitle proksimalde 1. parmak aralığına kadar uzanım gösteriyordu. Mikroskop altında yapılan disseksiyonla digital sinir fasiküllerine ulaşıldı. Kitle sinir dallarını sardığı için sınırlı eksizyon yapıldı. Cerrahi sonrası spesimenin histopatolojik incelemesi sonucunda lipofibromatoz hamartom tanısı kondu.

Hasta yaklaşık 1 yıl boyunca takip edildi. Takip döneminde herhangi bir nüks ve nörolojik hasar gözlenmedi. Operasyon öncesi gözlenen fleksiyonda kısıtlılık ve uyuşukluğun gerilediği gözlendi.

Tartışma: Sinirlerin lipofibromatoz hamartomu ender görülen ve sinirin dalları çevresinde fibroadipoz dokunun proliferasyonu ile seyreden iyi huylu periferik sinir tümörüdür..Genellikle izole olarak tespit edilirken vakaların 2/3 ‘ünde makrodaktili eşlik edebilir. Ancak periferik sinir çevresindeki yağlı, fibröz dokunun çoğalması ile makrodaktili arasindaki iliski halen bilinmemektedir. Sinir innervasyon alanı ile uyumlu gerçek makrodaktili varsa bu “makrodistrofiya lipomatosa” olarak adlandırılır. Makrodaktili doğumda ya da erken çocukluk döneminde teşhis edilebilir. Makrodaktilide sinirler, falankslar, tendonlar, damarlar, subkutan yağ dokusu, tırnak ve deri de genişlemiş durumdadır.

Tanı yönteminde altın standart MR görüntülemesidir. LFH MRG’de genişlemis sinir kılıfının altında fibromatöz-yağlı doku ile çevrelenmiş dağınık sinir fasikülleri seklindedir. Sinir bütünüyle fuziform biçimde kalınlaşmıştır. Fasiküller arasindaki yağ dağılımı asimetriktir. Koronal T1 imajlarinda serpinjiyöz, düşük sinyal yoğunluğu gösteren yapılar kalınlaşmış sinir fasikülleridir. Bu patognomonik bulgular; aksiyel imajlar için ‘kablo benzeri’, koronal imajlar için ‘spagetti benzeri görünüm’ olarak ifade edilmektedir. MRI, LFH tanısının doğrulanmasında önemli olduğu kadar, cerrahi öncesi sinir tutulumunun yaygınlığını değerlendirmek için de gereklidir. Digital sinirler daha ince olduğu için patognomonik olan görüntü izlenemeyebilir. Bu nedenle LFH digital sinirde ortaya çıktığında MR ile tanı konmada da güçlük çekilebilir.

LFH’nin tedavisi tarışmalıdır. Herhangi bir semptomu olmayan ve sadece MR ile tespit edilen vakaların gözlenmesi, motor ve duyusal kayıplar ortaya çıktıysa cerrahi girişim yapılması gerekir. Büyük bir kısmı median sinirde görüldüğü için lezyonun tam eksizyonu ve sinir grefti ile onarımı sonrası sonuçlar oldukça kötüdür (4). Günümüzde semptomlara sebep olan LFH için birincil cerrahi seçenek öncelikle etkilenen sinirin dekompresyonu, eksplorasyon sonrası mikrocerrahi yöntemlerle sinir fasiküllerinin korunması ve fibroadipoz dokunun eksizyonu ve sinir greftine yol açmayacak şekilde sinirin devamlılığın korunması şeklindedir.

Sonuç: Lipofibromatöz hamartom sinirlerin benign bir tümörüdür ve yıllarca semptom vermeden kalabilir. Bu nedenle tedavisi tartışmalı olup semptom veren sinirin dekompresyonu yapılmalı, total eksizyonu şiddetli nörolojik sorunlara yol açacağı için mikrocerrahi yöntemle disseksiyon sonrası nöral yapının korunması sonucu yapılacak kısmi eksizyonun daha iyi sonuçlar getireceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:
1 – Silverman TA, Enzinger FM. Fibrolipmatous hamartoma of nerve. A clinocopathologic analysis of 26 cases. Am J Surg Pathol 198;9:7-14
2 - Nilsson J, Sandberg K, SøeNielsen N, Dahlin LB: Magnetic resonance imaging of peripheral nerve tumours in the uppe rextremity. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2009, 43(3):153-9.
3 -Warhold LG, Urban MA, Bora FW Jr, Brooks JS,

Peters SB. Lipofibromatous hamartomas of the median nerve. J Hand Surg Am. 1993;18(6):1032-1037
4 – Paletta FX, Senay LC Jr. Lipofibromatous hamartoma of median nerve and ulnar nerve: Surgical treatment. Plast Reconstr Surg 1981; 68:915-921

Axial MR



Koronal MR



Operasyon sırasındaki görünüm



P-209
Başarılı Bir Alt Ekstremite Replantasyonu: Doğru Endikasyon ve Doğru Yönetim

Oğuz Kayıran[1], Ahmet Duran Kara[2],
Ethem Güneren[3]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Reyap Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
[3]Bezmialem Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD

27 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonucu travmatik alt ekstremite amputasyonu ile acil servise başvurdu. Acil ameliyata alınan hastanın turnike altında yapılan eksplorasyonunda düzgün kesili, sağ tibia orta-alt 1/3 seviyesinden total ampute olduğu izlendi. Plak vida ile kemik fiksasyonu sonrası tendonlar onarıldı.
Sonrasında 2 arter (a. tibialis anterior ve a. fibularis), 3 ven (v. tibialis anterior, v. safena parva, v. tibialis posterior) anastomozları ve 2 sinir (n. tibialis ve n. fibularis) koaptasyonları gerçekleştirildi. Kesi hattında yumuşak dokular yaklaştırılarak kısmen kapatıldı. Hasta 1 gün yoğun bakımda kaldıktan sonra servise alındı. Hasta yaralandıktan 1 saat sonra ameliyata alındı. Ameliyat toplam 8,5 saatte gerçekleştirildi. Damar anastomozlarını takiben iv bolus 5000 Ü Heparin verildikten sonra takip süresince ilk 3 gün heparin infüzyonu (15000Ü/gün), sonrasında 7 gün 0,6 cc düşük molekül ağırlıklı heparin (Enoksaparin sc) uygulandı. On gün süre ile ampisilin-sulbaktam 2x1 gr iv ve gentamisin 2x80 mg iv verildi. Asetilsistein 100 mg/kg/gün3 iv, C vitamini 350 mg/kg/gün po ve E vitamini 15 mg/gün im uygulandı. Postoperatif dönem sorunusuz geçti. Amputasyon hattında oluşan lokal yumuşak doku enfeksiyonu kontrol altında tutuldu. Gelişen yumuşak doku defekti yara bakımı ve kısmi kalınlıkta deri grefti uygulaması ile onarıldı. Devamında rehabilitasyon programına alınan hastanın postoperatif 1. yılında, koruyucu duyusu geldi. Halen tibiotalar eklem kısıtlılığına bağlı postür bozukluğuna rağmen desteksiz yürüyebilmektedir.

Ekstremite replantasyonlarında rehabilitasyonu, kalıcılığı ve kullanılabilirliği belirleyen koruyucu duyudur. Koruyucu duyu ve iyi bir yumuşak doku örtümü sağlandığı takdirde replantasyon sonuçları yüz güldürücüdür. Yüksek seviyeli ampütasyonlarda bu durumu yönetmek zor olmakla birlikte; çocuklarda, üst ekstremite ampütasyonlarında ve giyotin tarzı kesilerde replantasyon mutlaka denenmelidir. Çünkü en iyi protez bile hastanın kendi dokularının yerini tutamaz. Olgumuza da doğru endikasyonla yapılmış başarılı bir alt ekstremite replantasyonu sayesinde, hastamızın desteksiz yürüyebilmesi sağlandı.

Şekil 1



a)Amputatın intraoperatif görüntüsü, b)Uzvun intraoperatifgörüntüsü, c)Replantasyonun yan açıdan intraoperatif görüntüsü, d) Replantasyonun ön-arka açıdan intraoperatif görüntüsü, e)Yara bakımı dönemi, postoperatif 20.gün, f)Replantasyonun 1 yıl sonrası, hasta desteksiz yürüyebilmektedir.

P-210
El ve el bileği rekonstrüksiyonunda posterior interosseös arter flebi kullanımı

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Tuğba Sodalı, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: El ve el bileğinin dorsal defektleri ve birinci web rekonstruksiyonu için tanımlanan posterior interosseös arter flebi donör alan morbiditesinin az olması, ana arterlerden birinin feda edilmemesi, flep kalınlığının el dorsalinde kozmetik sorun yaratmayacak şekilde ince olması avantajları nedeniyle tercih edilmektedir.(1) Ancak pedikül varyasyonu nedeniyle diseksiyonunda zorluklar, yetersiz arteryel akım ve venöz yetmezliğe bağlı kısmi veya tam flep kaybı görülebilir.(2)

Bu çalışmada el ve el bileği doku defektleri rekonstrüksiyonunda reverse posterior interosseös arter ada flep kullanılan olgu serisi sunulacaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2013-2015 yılları arasında el ve el bileğinde doku defekti (Resim 1) rekonstrüksiyonu için reverse posterior interosseöz arter ada flebi kullanılan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yara boyutları, etyolojileri, daha önce onarım yapılıp yapılmadığı, hastanede yatış süresi ve komplikasyonlar retrospektif incelendi. Tüm hastalarda sağlam dokulara ulaşıncaya kadar debridman yapıldıktan sonra ön kol dorsalinde flep planlandı. Subfasyal planda diseksiyon yapılarak, posterior interosseös arter korunarak flep ada şeklinde kaldırıldı ve defekt alanı kapatıldı (Resim 2-3). Flep donör alan kısmi kalınlıkta deri greftiyle kapatıldı. Pediküle bası olan durumlarda pedikül üstüne de deri grefti yerleştirildi. Bulgular: 6 hastanın (4E- 2K) ortalama yaşı 53 (22-76) ve ortalama hastanede yatış süresi 18 (12-25) gündü. Hastaların 2'sine başka merkezde daha önce lokal flep ve greftle onarım yapılmış ancak yara yeniden açılmıştı. El ve el bileğindeki açık yaralar, 3 hastada travmaya, 2 hastada tümöre ve 1 hastada diyabetus mellitusa sekonder oluşmuştu. Hastaların birinde parsiyel flep nekrozu görüldü, diğer hastalar komplikasyonsuz iyileşti.

Tartışma: Ters akımlı posterior interosseös arter ada flebi, elin birinci web, el bileği volar yüz,el dorsali ve baş parmak yaralanmalarında uygulanabilir.(1) Elin yumuşak doku defektlerinin rekonstruksiyonunda, tek fazlı, iyi vaskularize, yara yeri kapanmasının sağlanması enfeksiyonu önlemekte, erken mobilizasyon ve fizyoterapiye izin vermekte ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır.(2) Ön kolda, el ve el bileğinin yumuşak doku defektleri için tanımlanan fleplerden radyal ön kol ve ulnar arter flepleri elin ana arterlerini sakrifiye ederler. Dorsoulnar flep ve anterior interosseös ada flepleri ise pediküllerinin kısa olması nedeniyle kısıtlı alanda uygulanabilir. Posterior interosseös arter flebinde pedikül yeterince uzundur ve elin ana arterleri korunur.(2) Flebin arterinin iki ana varyasyonu vardır. Anatomik varyasyon varlığında eğer anterior interosseös arterin dorsal rekürren dalı flebe giriyorsa flep uygulanabilir.(1) Ters akımlı olmasından dolayı flepte konjesyon görülebilmekte ve nekroz gelişebilmektedir. Bu yüzden flebin diseksiyonu sırasında venlerin hasarlanmamasına dikkat etmek gerekir. Geç komplikasyon olarak flebin kalın olması ve el volarında kıllanma sayılabilir.(3) Elin ana arterlerinin hasarında, hatta replante edilen elde bile uygulanabilmesi, verici alan morbiditesinin az olması nedeniyle el ve el bileği yumuşak doku rekonstrüksiyonunda posterior interosseös arter ada flebi uygun bir alternatiftir.

Kaynaklar: 1. Angrigiani C, Grilli D, Dominikow D, Zancolli EA. Posterior interosseous reverse forearm flap: experience with 80 consecutive cases. Plast Reconstr Surg 1993;92:285-93. 2. Costa H, Gracia ML, Vranchx J, Cunha C, Conde A, Soutar D. The posterior interosseous flap: a review of 81 clinical cases and 100 anatomical dissections-assessment of its indications in reconstruction of hand defects. Br J Plast Surg 2001;54:28:33. 3. Costa H, Soutar DS. The distally based island posterior interosseous flap. Br J Plast Surg 1988;41:221-7.

Resim 1



El bileğinde doku defekti preoperatif görünüm

Resim 2



Postoperatif görünüm

Resim 3



Postoperatif dorsal görünüm

P-211
Common Peroneal Sinirde Dev İntranöral Lipom

Gökhan Sert, Dicle Yaşar Aksöyler, Murat Kara, Galip Gencay Üstün, Ozan Bitik
Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Ankara

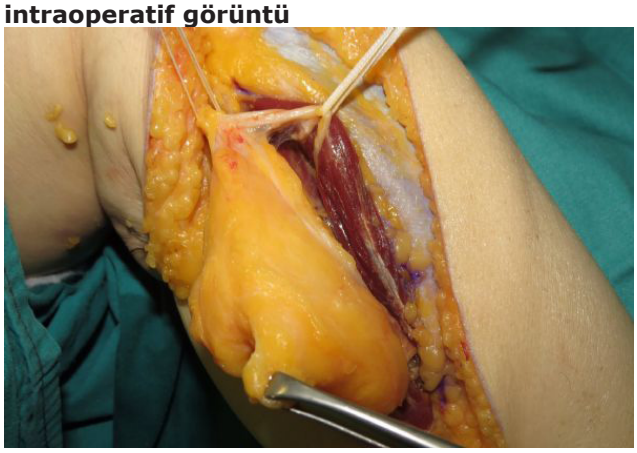
intranöral lipomlar, 30-40 yaş kadınlarda daha sık görülen ve sıklıkla üst ekstremiteye yerleşen nadir nöral kökenli benign tümörlerdir. İngilizce literatürde şimdiye kadar yalnızca birkaç vaka bildirilmiştir. Sıklıkla kompresyon nöropatisine yol açarak tanı alan bu lezyonlar farklı boyutlarda olabilirler. Semptomatik intranöral lipomlar sıklıkla median siniri tutar ancak nadiren ulnar sinir, süperfisyal peroneal sinir, posterior interosseos sinir veya siyatik sinir de tutulabilir. 59 yaşında kadın hasta sağ bacak dorsolateralinde bir sene içerisinde giderek büyüyen kitleden şikayet ederek kliniğimize başvurdu. Merdiven çıkmak ve yürümekle artan 6-7/10 şiddetinde ağrı tarifleyen ve travma öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ bacak lateralinde yumuşak, oval, immobil, palpasyona duyarlı pulsatil olmayan kitle tespit edildi. Hastanın aynı zamanda bacak alt lateralinde ve ayak dorsumunda hipoestezi ve hassasiyet bulguları mevcut idi. Tinel bulgusu pozitif olan hastada ayak ve ayak bileği eklem hareketlerinde kısıtlılık veya motor defisit görülmedi. Preoperatif çekilen EMG de süperfisyal peroneal sinirde demiyelinizasyon bulgularına rastlandı. MR görüntülemede 10.2x 2.3x3.7 cm boyutlarında extensor digitorum longus, peroneus longus/ brevis kasları arasına yerleşmiş common ve süperfisyal peroneal sinir gövdelerini çevreleyen ve talofibular eklem proksimaline doğru büyüyen iyi sınırlı kitle görüldü. Eksplorasyon sırasında 10 cm lik kitlenin sinir fasiküllerini birbirinden ayırdığı görüldü. Lezyon, periferinde fasiküllerden dikkatle disseke edilerek en-blok olarak çıkarıldı. Anterior tibial sinirin bir motor dalı kaçınılmaz olarak sakrifiye edildi ve hastanın tibialis anterior kasında 3 ay içerisinde tamamen iyileşen geçici kas kuvvet kaybı (4/5) gelişti. 6 aylık takibinde hastanın sensorimotor şikayetleri tamamen gerilemişti. Postoperatif 1. ayda çekilen EMG de derin peroneal sinirin anterior tibial dalında parsiyel subakut hasar, süperfisyal peroneal sinirde sebat eden demyelinizasyon görüldü. 6. ayda tekrar çekilen EMG de elektrofizyolojik patolojilerin tamamen gerilediği görüldü. İntranöral lipomların tedavisinde preoperatif MR ve EMG bulguları yol göstericidir. Rezeksiyon kararında semptomların şiddeti ve potansiyel sinir yaralanması riski göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar özellikle intranöral yerleşimli tümörlerdeki bu kalıcı sinir hasarı riski hakkında bilgilendirilmelidir.

intranöral lipom



anterior ve lateral kas kompartmanları arasında yerleşen intranöral kitlenin preoperatif MR görüntülemesi

intraoperatif görüntü



kitlenin common ve süperfisyal peroneal sinir ile ilişkisi

P-212
Bacakta doku Defekti ve Onarımı

Şükrü İşler[1], Necmettin Karasu[2], Arif Aydın[1], Salih Kavuncu[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Travma ve kaza sonucu oluşan alt ekstremite defektlerinin onarımı yaralanma tipi, travmanın büyüklüğü ve eşlik eden yaralanamlara göre farklılık arz etmektedir. Bu olgu sunumunda bacak distal bölgedeki kemik ve yumuşak dokunun eşlik ettiği yaralanma sonucu oluşan defekt onarımı sunulmuştur.

Olgu: 20 yaşında erkek hasta sol bacakta açık yara nedeni ile acil servise başvurmuş. Hastanın motorsiklet kazası sonucu sol bacak bölgesinde açık yarası mevcut idi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde sol bacak orta-distal bölge arasında kemiğin ekspoze olduğu yaklaşık 10 x 8 cm alanda yaralanması mevcut idi. Sol ayak duyusu net değerlendirilemedi. Ayak parmak hareketleri kısıtlı idi. Hastanın alt ekstremite grafi ve tomografilerinde sol tibia distal bölgede parçalı fraktür mevcut idi. Alt ekstremite Doppler USG ‹de arteria tibialis anteriorda akım saptanmadı. Antibioyoterapi ve tetanoz profilaksisi sonrası hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın tibia distal bölgedeki parçalı fragmanları ekstansör fiksatör ile sabitlendi. Hastaya yara debridmanı ve tendon onarımları yapıldı. Yara yeri granülasyonu sağlanması açısından yara debridmanları yapıldı ve kemik üzerinde dril ile delikler açıldı. Seri debridmanlar sonrası VAC tedavileri yapıldı. Ekspoze kemik üzeri granülasyonu ve yumuşak doku granülasyonu tamamlanan hastaya kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanarak defekt kapatıldı. Hastaya kemik ve greft immobilizasyonu için bacak atel uygulaması yapıldı.

Sonuç: Kombine alt ekstremite kazalarında damar yaralanması birlikteliği sonucu oluşan defektler, seri VAC terapi sonrasında kısmı kalınlıkta deri grefti ile onarılmıştır.

Resim 1



Bacakta doku defekti

Resim 2



Bacakta oku defekti

Resim 3



VAC terapi sonrası görünüm

P-213
Topuk Defektlerinin Rekonstruksiyonu

Şükrü İşler[1], Necmettin Karasu[2], Salih Kavuncu[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik Rekontruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Aşil tendon yırtıkları 30-50 yaşlar arasındaki hastalarda sıklıkla gözlenir. Özellikle genç ve aktif yaşantısı olan hastalarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında açık cerrahi, perkütan cerrahi ve yarı açık minimal invaziv cerrahi yer almaktadır.

Olgu: 9 yaşında erkek hasta sağ ayak topuk bölgesinde açık yara nedeni ile acil servise başvurmuş. Hastanın bisiklet kazası sonucu sağ topuk bölgesinde açık yarası mevcut idi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde sağ topuk bölgesinde kemiğin ekspoze olduğu yaklaşık 7 x 5 cm alanda yaralanması mevcut idi. Zeminde aşil tendonu %60 oranında rüptüre idi. Sağ ayak duyu ve dolaşımı mevcut idi. Ayak parmak hareketleri mevcut ama kısıtlı idi. Hastanın alt ekstremite grafi ve tomografilerinde sağ kalkaneus bölgesinde farktür ve aşil tendonunda rüptür mevcut idi. Antibioyoterapi ve tetanoz profilaksisi sonrası hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın kemik fragmaları fikse edildkten sonra aşil tendon onarımları yapıldı. Yara yeri granülasyonu sağlanması açısından yara debridmanları yapıldı debridmanlar sonrası VAC tedavileri yapıldı. Ekspoze tendon üzeri granülasyonu tamamlanan hastaya kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanarak defekt kapatıldı. Hastaya postoperatif dönemde sekiz hafta bacak atel uygulaması yapıldı.

Sonuç: Topuk bölgesi yaralanamlarında kemik,tendon ve cilt defekleri oluşabilmektedir. Özellikle çocuk hastalarda flep operasyonlarını aile sebebi ile yapamadığımız zamanlarda alternatif tedavi olarak aşil onarımını ilaveten, kemik ve tendon granülasyonu sonrası greftler ile defektlerimizi kapatabiliriz.

Resim 1



Topuk yaralanaması

Resim 2



Topuk yaralanması

P-214
Bacakta Nekrotizan Fasiit Vakası

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Nekrotizan fasiit (NF), fasya ve cilt altı dokunun nekrozu ile kendini gösteren, nadir görülen, ilerleyici ve ölümcül seyredebilen bakteriyel bir enfeksiyondur. Dokularda hızla yayılan nekroz sıklıkla sistemik sepsise, toksik şok sendromuna ve multi organ yetmezliğine neden olur.

Olgu: Sağ bacak bölgesinde yara olan hasta kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, DM ve KOAH mevcut idi. Fizik muayenesinde sağ ayak parmak dorsal bölgelerinden bacak proksimal bölgeye kadar uzanan nekroze yara alanı mevcut idi. Yara bölgesi akıntılı ve kötü kokulu idi. Antibioyoterapi ve tetanoz profilaksisi sonrası hasta kliniğimize yatırıldı. Hasta acil operasyona alındı, yara kültürü alındı ve nekroz alanları debride edidli. Hastanın nekroz alanalrının ilerlemesi ile günlük seri yara debridmanı yapıldı. Yara yeri granülasyonu sağlanması açısından VAC tedavileri yapıldı. Yumuşak doku granülasyonu tamamlanan hastaya kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanarak defekt kapatıldı.

Sonuç: Tüm bu gelişmelere rağmen NF, mortalitesi hâlâ çok yüksek olan (%33-92) bir infeksiyon hastalığıdır. Sonuç olarak NF tedavi edilmediği takdirde ölümcül bir hastalık olup erken tanı, yeterli debridman ve uygun antibiyotik tedavisi ile başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir. Ülkemiz şartlarında NF tanısı geç konulan ve halen birçok hekim tarafından yeterince bilinmeyen bir patoloji olmaya devam etmektedir.

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Preoperatif görünüm

P-215

Sık Yapılan Cerrahinin Beklenmedik Komplikasyonu

Hande Akdeniz[1], Kadri Özer[2], Adile Dikmen[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın

Giriş: Tırnak batması popülasyonun %20'sinde görülebilen ve ağrı ve yürüme zorluğu nedeniyle hayat kalitesini düşürebilen bir durumdur. Başparmak en çok etkilenen parmaktır. Cerrahisi günübirlik operasyonlar arasında en sık yapılan işlemlerden biridir. Genellikle herhangi bir tetkik istenmeden hastanın şikayetlerine ve yapılan fizik muayeneye göre operasyon kararı verilmektedir. Bu yazıda basit bir operasyon olarak kabul edilen tırnak batması cerrahisi sonrası olan nadir, beklenmedik ve en istenmeyen komplikasyonla sonuçlanan 2 olgunun sunumu yer almaktadır.

Olgu 1: 36 yaşında aktif sigara içici erkek hasta, tırnak batması operasyonu sonrası 3. haftada dayanılmaz ağrı ile polikliniğimize başvurdu. İnspeksiyonda ameliyat edilmiş olan parmağında nekroz görüldü. Palpasyonda periferik nabızlar alınamadı. Ultrasonografisinde posterior tibial ve dorsalis pedis arterlerinde tıkanıklık görüldü. Hasta Buerger Hastalığı tanısı aldı ve amputasyon uygulandı.

Olgu 2: 35 yaşında aktif sigara içicisi olan bayan hasta 3 aydır olan tırnak batması nedeniyle opere edildi. 2. ay kontrolünde hastanın parmağında şişlik kızarıklık ve parsiyel nekroz gözlemlendi. Vaskülit düşünüldü fakat yapılan testlerde herhangi bir patoloji saptanmadı. Nekroz debride edildi ve yara sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Tartışma: Tırnak batması toplumda çok sık görülen bir hastalıktır. Risk faktörleri arasında dar ayakkabı giymek, uygun olmayan tırnak kesimi, enfeksiyonlar, iskemi, travma, terleme vs. kabul edilmiş olsa da kesin etiyoloji bilinmemektedir. Diyabet, obezite, tiroid hastalıkları, kardiyak ve renal problemler hastalığı tetikleyebilir. Altta yatan risk faktörlerinin farkında olmak önemlidir çünkü bu faktörler tırnak batmasına yol açmasına ek olarak kişinin iyileşme sürecini ve operasyon sonrası komplikasyon oranlarını etkileyecektir. Erken evrelerde ılık su banyosu ve tırnak kenarlarının eleve edilmesi önerilir. Geç evrelerde lateral duvar hipertrofisi ve granülasyon dokusu oluşumu görülür ve cerrahi kaçınılmaz olur. Bu olgular minimal invaziv olsa da anamnez, muayene ve hasta seçiminin ne kadar önemli olduğunun bir kere daha altını çizer. Özellikle aktif sigara içici hastalar en kötü senaryoya hazırlanmalıdır. Operasyon öncesi periferik nabız kontrolünü yapılmalıdır. Hasta sigarayı bırakmadığı sürece operasyon kararını ertelemek gerekebilir.

Fig. 1.



A. 36 yaşında sigara içicisi erkek hasta 3. hafta kontrollerinde opere edilen parmakta total nekroz B. Amputasyon sonrası uzayan yara iyileşmesi

Fig. 2.



A. 10 paketxyıl sigara içme öyküsü olan 35 yaşında kadın hasta postoperatif 2. hafta kontrolünde şişlik kızarıklık ve parmakta parsiyel nekroz B. 5 ay pansumanla takip sonrası kemik açıkta

P-216
Önemsenmemiş Ufak El Kesisinin Altında Yatan Çok Ciddi Yaralanma

Burak Kaya, Bahadır Çelik, Serdar Mehmet Gültan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Ankara

Giriş : Bıçakla yaralanmalar sonucunda zarar gören organlar arasında en sık görülenlerden biri eldir.[1] Genellikle saldırıya uğrayan kişide hasar oluşsa da nadiren saldırgan da kendine zarar verebilmektedir. Saldırıya uğrayan kişilerde oluşan hasarlar sıklıkla saldırganın elindeki bıçağı tutmaya çalışırken bıçağın geri çekilmesi ile fleksör yüzde meydana gelen hasarlardır. Hasarlar basit bir cilt kesisinden kemiği de içeren kompleks yaralanmalara kadar değişebilmektedir.

Bıçak gibi kesici delici alet ile oluşan el yaralanmalarında fizik muayenenin yeri çok önemlidir. Bu aletlerin el ile temas ettiği bölge ve ilerlediği vektörle birlikte aletlerin uzunluğu, düz veya eğri olması, tek veya iki kenarlarının keskin olması gibi özellikleri de yaralanmanın ciddiyetini ve yaralanma tipini etkilemektedir. Ciltte görülen ufak bir kesinin altında aletlerin ilerlediği mesafe ve derinliğe bağlı olarak çok ciddi yaralanmalar oluşabilmektedir.[2] Bası yarasında olduğu gibi buz dağına benzetilebilir. Bu nedenlerle bıçak ile el yaralanması ile başvuran hastadan detaylı anamnez alınmalı ve hastaya iyi bir fizik muayene yapılmalıdır. Parmak hareketleri, dolaşımı, duyusu ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Tespit edilen hasara uygun tedavi planlanmalıdır.

Bu makalede bıçaklı saldırı sonrası ilk müdahalesi tam yapılmayan ve bu nedenle el parmak hareketlerinde kısıtlılık nedeni ile yaralanmadan 1 ay sonra kliniğimize başvuran hastayı sunduk.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta bıçaklı saldırı sonucu sol elinde yaralanma ile merkeze başvurmuş. Hastaneye başvuru esnasında elindeki laserasyon haricinde parmak hareketlerinde kısıtlılık de mevcutmuş. Yapılan değerlendirme sonucunda lasere alan acil serviste primer onarılmış ve hasta aynı merkez plastik cerrahi kliniğinde takip altına alınmış. Kontrollerinde parmaklarına fleksiyon yaptıramadığını ifade ettiğinde, mevcut durumun yaralanma ile uyumsuz olduğu belirtilerek fizik tedavi konsültasyonu istenmiş. Hasta 1 ay süre ile fizik tedavi almış ancak tedaviden fayda sağlanmamış. Sonrasında çekilen USG(Ultrasonografi) sonucunda tendonların intakt olduğu raporlanmış. Fonksiyon kaybının devam etmesi nedeni ile hasta kliniğimize başvurdu.

Hastanın fizik muayenesinde sol el 5. metakarp lateralinde vertikal uzanan 2 cm'lik laserasyon skarı mevcuttu. Yapılan değerlendirme sonucunda hastanın 2,3,4 ve 5 parmaklara hem distal interfalangeal eklem hem de proksimal interflalangeal eklem seviyesinde fleksiyon yaptıramadığı ve 4 ve 5. parmaklarda hipoestezi olduğu saptandı. Hastanın fizik muayenesi 2,3,4 ve 5 parmaklara ait yüzeyel ve derin tendonların hasarı ile uyumlu olmakla birlikte bu yapılar USG raporunda bu yapılar intakt olarak raporlandığı için daha ileri bir görüntüleme yöntemi olan Manyetik Rezonas (MR) inceleme istendi. Çekilen MR sonucunda 2,3,4 ve 5. parmakların yüzeyel ve derin fleksör tendonlarının kesik olduğu gözlendi.(Resim 1) İntraoperatif yapılan değerlendirmede fleksör tendonlara ek olarak 4 ve 5. parmak dijital sinirlerin ve dijital arterlerin de kesik olduğu gözlendi. Tendonlar 3/0 örgülü polyester sütür kullanılarak Modifiye Kessler yöntemi ile, sinirler ise 10/0 polipropilen sütür ile onarıldı. Postoperatif komplikasyon görülmeyen hasta kliniğimizden taburcu edildi.

Tartışma: Günümüzde şiddet olaylarının artması ile kesici delici alet ile yaralanma vakaları artmaktadır. Saldırı esnasında hem saldırgan hem de kurban bu aletler nedeni ile yaralanabilmektedir. Kurbanların yaralanma şekli genellikle kendilerini korumaya çalışırken aldıkları pozisyon ile değişmektedir. Toraks ve abdominal bölge sıklıkla yaralanan bölgelerdir. Korunma esnasında el de zarar görmektedir.[2] Sıklıkla bu aletleri tutmaya çalışmaları sonucunda gerek parmaklarda gerekse elin palmar yüzünde oluşan kesiler ile sonuçlanmaktadır. Bu yaralanmalar basit cilt kesisinden parmak veya el amputasyonuna kadar değişmektedir. Genellikle hastalar basit cilt kesisi ile hastaneye başvururlar, daha nadir olarak tendon, sinir ve arter yaralanmaları gözlenir.[3] Bunun yanında korunma esnasında alınan pozisyon sonucunda elin ulnar yüzünde de yaralanmalar oluşabilmektedir.

Çoğu zaman yaralanma bölgesi değerlendirilirken zarar görebilecek yapılar göz önünde bulundurulur ve muayene buna göre yapılır. Bazen de yaralanma ilk bakışta basit bir cilt kesisi gibi görünürken cilt altında bulunan birçok yapının zarar görebildiği de gözlenmektedir. Kullanılan aletin yapısına göre ufak bir cilt kesisi ile elde çok ciddi yaralanmalar oluşabilmektedir. Bu tarz bir yaralanma ile hastaneye başvuran hasta, gözlenen kesi ile uyuşmadığı sanılan bir klinik verebilmektedir. Adli olaylara karışan insanlara olan ön yargı ile itimatsızlık sonucunda muayene eden hekim altta yatan ciddi yaralanmaları göz ardı edebilmektedir.[4] Sunduğumuz olguda da hastanın elinde 5. metakarpın ulnar lateralinde sadece 2 cm uzunluğunda vertikal bir kesi skarı mevcuttu. Bu kesi fleksör tendonların seyrettiği palmar bölge ile dışarıdan ilişkiz görünmekteydi. Bu nedenle ilk müdahaleyi yapan hekim bir fleksör yaralanmadan süphelenmemiş olabilir. Ancak takiplerde de tanı konulamamış olması vakanın karmaşıklığı yanı sıra el yaralanmalarında esas olan anamnezin, iyi alınmamış olması veya yetersiz bir fizik muayene yapılmış olmasından; yine kesi ve delici aletlerin çok derin yaralanmalara yol açabileceğini öngöremeyen bir tecrübe eksikliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

Yetersiz muayene sonrası tespit edilemeyen hasarların onarımı gecikmektedir. Tendonların gecikme olmadan onarılması ile iyi sonuçlar elde edilmektedir.[5] Gecikme nedeni ile onarım güçleşmekte, daha kapsamlı ameliyatlara gereksinim duyulabilmektedir. Onarım sonrası rehabilitasyonu da güçleşmektedir. En kötüsü ise elde kalıcı fonksiyon kaybı bile oluşabilmektedir.

Hastadan alınan anamnez ile klinik muayene uyuşmuyor veya klinik muayene şüphe uyandırıyor ise ileri tetkiklere başvurmak gerekmektedir. Bunlar arasında en faydalısı yumuşak doku patolojilerinin tanısında en faydalı görüntüleme yöntemi olan MR' dır.[6] MR ile kesin tanısı konulan patolojiler gerekli cerrahi veya konservatif yöntemler ile tedavi edilirler. Sunduğumuz olgu da radyolojik görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmış ve ilk olarak USG yöntemine başvurulmuştur ancak kesik olan yapılan normal olarak raporlanmıştır. Bu uygulayıcı bağımlı bir yöntem olan USG' yi yapan hekim ile görüntüleme yöntemini isteyen hekim arasındaki koordinasyonun iyi sağlanamamış olmasından ve kesi seviyesinden farklı bir seviyede yapıların değerlendirilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu olguda da nihai tanı MR inceleme ile konulmuştur.

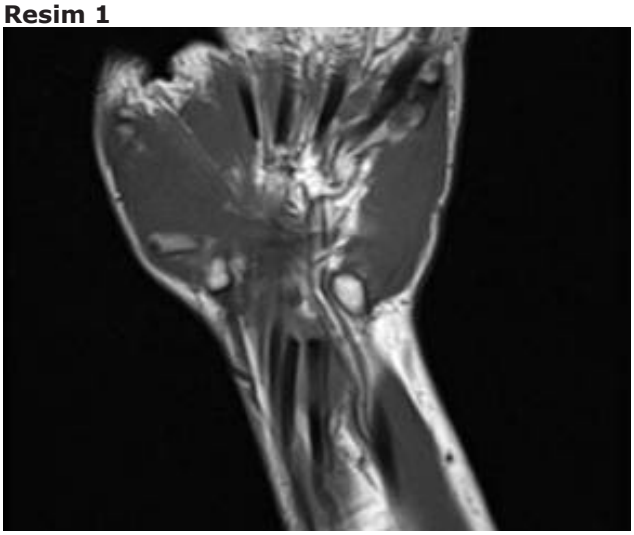
Sonuç: Kesici delici alet yaralanmaları bası yarasında olduğu gibi buz dağını andırabilmektedir. Küçük bir giriş laserasyonunun altında ciddi yaralanmalar oluşabilmektedir. Muayene eden hekimin bu konuda dikkatli olması gerekmekte, inspeksiyon ile muayene uyuşmadığı düşünülüyorsa ileri tetkiklere başvurulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Smith GA. Knife-related injuries treated in

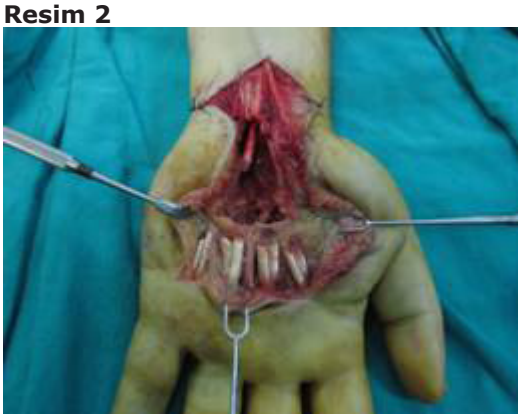
United States emergency departments, 1990-2008. J Emerg Med. 2013;45(3):315-23.
2. Küster HH, Martini AK. Stab injuries of the hand. Aktuelle Traumatol. 1983;13(3):106-10
3. Tuncali D, Yavuz N, Terzioglu A, Aslan G. The rate of upper-extremity deep-structure injuries through small penetrating lacerations. Ann Plast Surg. 2005;55(2):146-8.
4. Sunderamoorthy D, Chaudhury M. An uncommon peripheral nerve injury after penetrating injury of the forearm: the importance of clinical examination. Emerg Med J. 2003;20(6):565-6.
5. Maki Y. Primary flexor tendon repair and early mobilization. Hand Surg. 2014;19(3):327-8
6. Clavero JA, Alomar X, Monill JM, Esplugas M, Golanó P, Mendoza M, Salvador A. MR imaging of ligament and tendon injuries of the fingers. Radiographics. 2002;22(2):237-56.

Resim 1



Kesik tendonların MR görüntüsü

Resim 2



Kesik yüzeyel ve derin tendonlar

P-217
Ven Onarımı Yapılamayan Replante El Parmaklarının Takibi

Necmettin Karasu[1], Şükrü İşler[2], Alpagan Mustafa Yıldırım[1], Salih Kavuncu[1], Fatma Deniz[1]
[1]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar
[2]Afyon Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: Travma nedeniyle ven onarımı yapılamadan replantasyon yapılan el hastalarının venöz drenajı için sülük kullanılması ve kliniğimizce opere edilen üç hastanın takibi sunuldu.

Olgu: Hasta 1, 35 yaşında kadın hasta düşme sonucu acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde sol el 5.parmak proksimal falanks orta seviyeden total ampute olmuştu. Ampute parça ezilme tarzında yaralanmış ve tek taraflı digital arter ve siniri defektifti. Hasta operasyona alınarak kemik,tendon onarımları yapıldı. Digital arter ve sinirlerin mikrocerrahi onarımı yapılarak replantasyon sağlandı. Dorsal bölge çok parçalı olduğu için venöz onarm yapılamadı. Hasta 2, 60 yaşında erkek hasta, kesi nedeni ile acil servisimize başvurdu.Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenede sağ el 3. parmak distal interfalangeal eklem seviyesinden sirküler tarzda kesisi mevcuttu. Digital arterlerin onarımı yapıldı. Dorsal bölgede ven olmaması nedeni ile ven onarımı yapılamadı. Hasta 3, iş kazası sonucu acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde sağ el 3.4. ve 5. parmaklar çoklu seviyeden hasarlanmıştı. Hastanın 3 ve 4 parmak orta falanks bölgesinde kemik fraktürleri mevcut idi. Hastanın 3. parmak digital arter ve sinirleri kesilmişti. Kemik fiksasyonları sonrası hasarlı yapılar mikrocerrahi yöntemiyle onarıldı. Çoklu seviye ven kesisi nedeni ile ven onarımı yapılamadı. Hastaların venm onarımları yapılamadığı için postop venöz dreneaj için sülük tedavisi uygulandı ve 5 gün tedavileri devam etti. 3. olgu sunumunda parmak total nekroze girtti ve güdük onarımı yapıldı. Diğer parmak dolaşımları mevcut idi.

Sonuç: El parmak amputasyonları sonucu hastanın fonksiyonel ve estetik açıdan uzuv kaybını önlemek için replantasyon onarımları yapılmaktadır. Onarıma uygun olmayan durumlarda alternatif tedaviler planlanaktadır. Biz de 3 olgu sunumumuzda ven onarımı yapılamayan hastalara sülük tedavisi vererek venöz drenaj sağlanmasını amaçladık.

Resim 1



Postoperatif venöz drenaj

P-218
Elde nüks malign periferik sinir tümörü ve tedavisi

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

Giriş: Periferik sinir kılıf tümörleri nöral krest kökenli hücreler ile mezenkimal kökenli hücrelerden oluşur. Diferansiasyon gösteren sarkomlar malign periferik sinir kılıf tümörü (MPSKT) olarak adlandırılır.1 MPSKT nadir görülmekte, genellikle periferik sinirlerden veya sinir kılıfı ile ilişkili hücrelerden kaynaklanmaktadır.2 Spordik veya nörofibromatozis tip 1 (NF-1) hastalarda gelişebilir.3 Bu çalışmada elde nüks malign periferik sinir tümörü olgusu takip ve tedavisi sunulacaktır.

Olgu Sunumu : 54 yaşında kadın hasta acil servise el bileği düzeyindeki kitle nedeniyle başvurdu (Resim 1). Anamnezinden yaklaşık 6 aydır büyüyen kitlenin aynı lokalizasyonda 5 yıl önce de bulunduğu ortopedi kliniği tarafından cerrahi olarak eksize edildiği öğrenildi. Operasyon sonrası tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisine gönderilen hasta takibe girmemiş ve rutin kontrollerden çıkmış. Bilinen başka hastalığı bulunmayan hasta servise yatırılarak gerekli tetkikleri yapıldı. USG'de hipoekoik, solid, içinde kistik alanlar içeren, heterojen minimal vaskülarite izlenen lezyon tariflendi. Aksillar bölgede patolojik LAP yoktu. Eski patoloji raporlarında periferik sinir kılıf tümörü olan hasta nüks kitle düşünülerek operasyona alındı. Hastaya lokal agresif cerrahi eksizyon sonrası posterior interosseoz ada flebi ile rekonstrüksyon yapıldı (Resim 2). Postoperatif flepte sekonder iyileşen parsiyel nekroz görüldü (Resim 3). Patoloji raporu malign periferik sinir kılıf tümörü ile uyumlu gelen hasta onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Tartışma: MPSKT sık görülen tümörler değildir, tüm sarkomların %5'ini oluşturur, toplumda insidansı %0.0001 dir. Tümörlerin %50'den fazlası nörofibromatozis tip 1'li hastaların pleksiform nörofibromlarından gelişmektedir. Ayrıca periferik sinirlerden ve eksternal radyasyona maruz kalan vücut kısımlarında ortaya çıkabilir.1,2 Hastalar genellikle o bölgede ağrı ve nörojenik defisit ile veya progresif olarak büyüyen kitle nedeniyle başvurular. Büyük sinirlerin tutulumu küçük sinirlere göre daha fazladır, sık olarak ekstremite ve gövde tutulumu olurken nadiren de baş-boyun tutulumu olabilir. En sık tutulum siyatik sinirde olur. Tümörlerin büyük çoğunluğu 5 cm den daha büyüktür.1,2 Tanıda USG ve MR'dan yararlanılabilir. Homojen olmayan kontrast tutulumu, irregüler kontür yapısı ve infiltratif görüntü verebilir. Kesin tanı histopatalojik olarak konur. Sık mitotik aktivite, fokal nekroze alanlar ve immunohistokimyasal S-100 ile yaygın pozitif boyanma gösterir.3

Tümör lokal agresif olmakla birlikte lenf nodu metastazı ve nadiren hematojenik olarak akciğer ve kemiklere de uzak metastaz yapabilmektedir.1,2 Tedavide tümörün radikal eksizyonu önerilmektedir. %40 lokal nüks, geç dönemde %50'ye varan metastaz oranı olduğundan nüksü kontrol altına almak için, radyoterapi kullanılabilmektedir.

Kemoterapinin etkinliği bildirilmemiştir.1,2 Ekstremite ve gövdede agresif büyüyen yumuşak doku kitlelerinde MPSKT akla getirilmeli, operasyon sonrası lokal nüksü önlemek için onkoloji kliniği ile birlikte hastanın yakın takibi önerilmelidir.

Kaynaklar

1-Dutton JJ, Tawfik HA, Debacker CM, et al. Multiple recurrences in malignant peripheral nevre sheath tumor of the orbit. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2001;17:293-9.

2-. Kleihues P, Cavenee WK. Malignant peripheral nerve sheath tumour (MPNST). In: World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Nervous System. Woodruff JM, Kourea HP, Louis DN, Scheithauer BW (Eds.). Lyon: IARC Press, 2000; p:172-174.

3-Leroy K, Dumas V, Garcia NM, et al. Malignant peripheral nevre sheath tumors associated with neurofibromatosis type 1. Arch Dermatol 2001;137:908-13.

Resim 1



Hastanın preoperatif görünümü

Resim 2



Defektin posterior interosseöz arter flebiyle kapatılması

Resim 3



Postoperatif görünüm

P-219
İzole Beşinci Parmağın Dupuytren Hastalığı

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Palmar fibromatozisin (Dupuytren hastalığı) genel populasyondaki prevalansı %1-2'dir. Yaşlanmayla bu oran daha da artmaktadır. Geriatri polikliniklerinde sık karşılaştığımız fakat ağrısız olduğu için hasta dile getirmedikçe gözden kaçan, uygun tedavi seçimiyle hastanın fonksiyonel kısıtlılıklarında belirgin düzelme sağlanan bir hastalıktır. Olgu: 39 yaşında erkek hasta parmak hareket kısıtlılığı nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol el 5. metakarpal bölge orta hat ile parmak orta falanksa kadar uzanan kontraktür hattı ve parmak fleksiyon kontraktürü mevcut idi. Hastaya turnike eşliğinde eksizyon yapıldı kontraksiyon bantı total olarak eksize edildi.

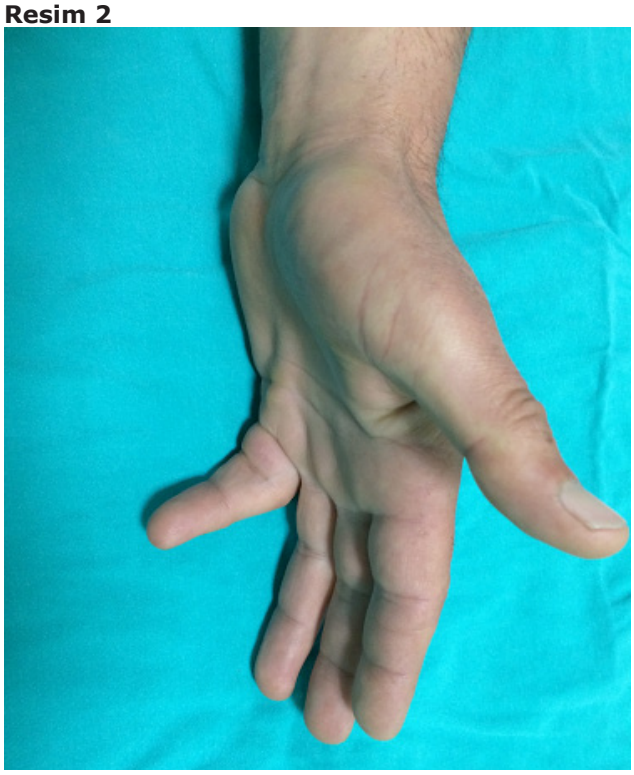
Sonuç: Duputren Hastalığı epilepsi, alkolizm, diabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, HIV ve kompleks bölgesel ağrı sendromuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Sıklıkla 4. parmağı tutmaktadır. Bizim olgumuzda 4. parmak tutulumu olmadan 5. parmak tutulumu mevcut idi. Erken evrelerde fizik tedavi ile semptomlar düzelebilirken ileri evrede tedavi cerrahi olmaktadır.

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Preoperatif görünüm

P-220
Üst Ekstremite Açık Yaralarında Lateral İnterkostal Arter Perforatör Bazlı Pediküllü Abdominal Flep Uygulamaları

Mert Muhittin Sandıkcı[1], Ali Teoman Tellioğlu[2], Bekir Ünal[1], Ergin Seven[1], Emre İnözü[1], Avni Tolga Eryılmaz[1]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Üst ekstremite açık yaralarının onarımında pek çok flep tanımlanmıştır. Bununla birlikte pediküllü uzak flepler, onarımı zor yaralarda plastik cerrahi açısından önemini günümüzde de korumaktadır. Bu klinik çalışmanın amaçı plastik cerrahi açısından lokal fleplerle onarımı zor olan yaralarda lateral interkostal arter perforatör bazlı pediküllü abdominal flep uygulamalarımız konusunda deneyimlerimizi aktarmaktır.

Yöntem: Ocak ve Temmuz 2015 tarihleri arasında el, el bileği ve ön kolda tendon, sinir ve kemik gibi önemli yapıların ekspoze olduğu 4 hasta lateral interkostal arter perforatör bazlı pediküllü abdominal flep ile tedavi edildi. Hastaların hepsinde ameliyat öncesi doppler ile perforatörler bulundu. Yara alanlarına debridmanlar yapıldı ve flebin yeniden kanlanması için sağlıklı dokuya ulaşıldı. Ameliyatlar genel anestezi altında yapıldı.

Bulgular: Lateral interkostal arter perforatör bazlı pediküllü abdominal flep ile 4 erkek hasta tedavi edildi. Hastaların yaş ortalaması 23 (18-26)'tür. Defekt alanlarının boyutu 10x6 ile 16x12 cm arasında değişmektedir. Hastaların açık yaralarının ikisinde kemik ekspoze idi. Diğer iki hastanın bir tanesinde fleksör tendon ve median sinir diğerinde median sinir ekspoze idi. Fleplerin ortalama ayrılma süresi 25 (21-29) gündü. Hastaların birinde operasyon sonrası flep altında hematom olup aynı gün boşaltıldı. Bir tanesinde de gerginliğe bağlı lokal nekroz gelişti, ayırma esnasında debride edildi ve greft ile tedavi edildi. Flep donör alanları bir hastada greftlendi. Diğer üç hastada primer onarıldı.

Sonuçlar: El ve ön kol defektlerinin onarımında pek çok pediküllü karın flebi tanımlanmış olmakla birlikte bu flep kolay planlanması, aksiyel planlı olması ve ince yapısı nedeniyle el ve ön kol defektlerinin onarımında kolaylıkla kullanılabilmektedir. Geniş defektler için de kullanılabilecek olan bu flebin bu gibi durumlarda dezavantajı donör alanın greftle kapatılma ihtiyaçıdır. Bu flep ön kol ve elin her türlü açık yaralarında güvenle ve kolaylıkla uygulanabilir.

Olguların klinik özellikleri

Olgu	Cinsiyeti	Yaşı	Etyoloji	Defekt Boyutu	Ekspoze Yapılar	Ayrılma Süresi	Donör Alan Onarımı	Komplikasyon
1	Erkek	25	Trafik kazası	10x6	Kemik	28	Primer	Yok
2	Erkek	22	Elektirik yanığı	12x8	Tendon ve Median sinir	22	Primer	Yok
3	Erkek	26	Ateşli silah yaralanması	10x6	Median sinir	29	Primer	Hematom
4	Erkek	23	İş kazası sonucu pressle el bileğinden ampüte	16x12	Kemik	21	Greft	Lokal nekroz

P-221
Popliteal Arter Tuzak Sendromu Disiplinlerarası Yaklaşımı Gerektirir

Oğuz Kayıran[1], Tolga Demir[2]
[1]Baltalimanı Metin Sabancı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Kolan International Hospital, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Popliteal arter tuzak sendromu nadir görülen bir klinik tablodur. Alt ekstremite kladikasyon semptomları olan tüm genç hastalarda akıla gelmelidir. Popliteal arter tuzak sendromunun olası uzun dönem komplikasyonları kritik ekstremite iskemisi, arteriyel oklüzyon, anevrizma oluşumu ve distal tromboembolizimdir. 2012 ve 2014 yılları arasında 3 hastanın 4 ekstremitesine popliteal arter tuzak sendromu tanısı koyuldu. Tüm hastalarda popliteal arterin cerrahi dekompresyonu uygulandı. Tip 1 ve 2 popliteal arter tuzak sendromlu hastalarda uygulanan metod safen ven ile ven greft interpozisyonu idi. Tip 3, 4 ve 6 popliteal arter tuzak sendromlu hastalarda ise gastroknemius kası medial başının ve tendonunun rezeksiyonundan sonra ven greft interpozisyonu uygulandı. Ortalama yaş 26.14 yıl idi. Ortalama 1 yıl olan takip süresinde herhangi bir yeni girişim gerektirecek komplikasyon izlenmedi. Greft açıklık oranı birinci yılda %91.3 idi. Hastaların büyük çoğunluğu ilk olarak kalp damar cerrahisi kliniğine başvurmuş; ancak plastik cerrahi polikliniğine de 1 hasta başvurmuştur. Popliteal arter tuzak sendromlu hastalara uygun tedavinin kısa sürede sağlanabilmesi için erken ve doğru tanı konulmalıdır. Bu nedenle, farklı branşlardan bilim dallarının polikliniklerine, alt ekstremite kladikasyonu nedeni ile başvuran hastalarda ilgili hekim, olağandışı klinik seyir başvurularında bile popliteal arter tuzak sendromu açısından dikkatli olmalıdır.

Şekil 1



Nötral pozisyonda popliteal arterin periferik anjiografik görüntüsü.

Şekil 2



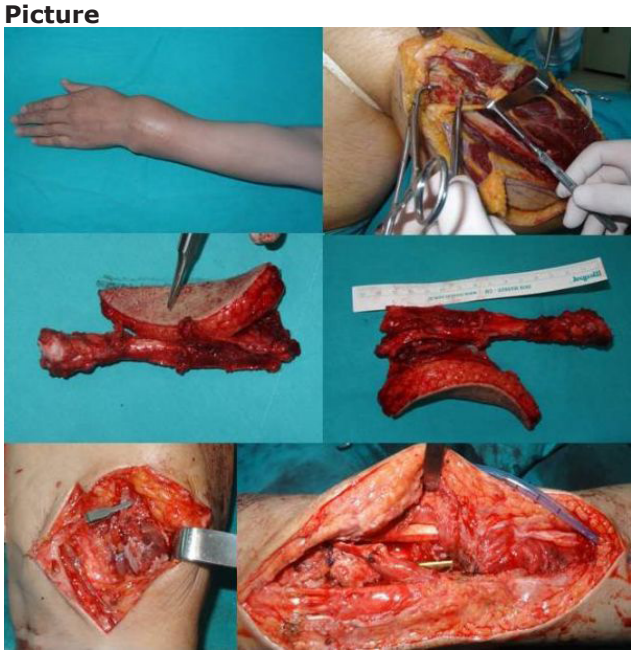
Plantar fleksiyonda popliteal arterin periferik anjiografik görüntüsüne bakıldığında tam tıkalı olarak izlenmektedir.

P-222
Reverse Peroneal Artery Pedicled Free Proximal Fibula For Functional Wrist Reconstruction

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Intercalary reconstruction of free fibula flap is the most preferable reconstruction method for segmental defects. Especially for children the epiphysis transfer of proximal fibula was achieved with anterior tibial artery system anastomosis or two separate anastomosis of the donor vessels of ephysis and diaphysis part of fibula to recipient upper extremity vessels. Reverse fibular vessels anastomosis is the last salvage procedure in most of the mandible reconstruction. In this case we present the anastomosis of proximal peroneal system and geniculate artery for proximal epihyphsis supply. The reverse peroneal artery and vein vessels were anastomosed to radial artery and comitantes. The angiography showed the intact anastomosis. No complication was encountered. Reverse arterial and venous system of peroneal artery can be used for free proximal fibular flap for distal radius reconstruction for functional hand operations.

Picture



P-223
Ampute Koldan Radial Önkol Flow-Through Free Fleple Kolda Revaskülarizasyon: Olgu Sunumu

Ertan Günal[1], Metin Temel[2], Ömer Berberoğlu[3]
[1]SEV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY
[3]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş ve Amaç: Segmental arteryel kayıplarla seyreden kopleks üst ekstremite yaralanmarında hem dolaşımın sağlanması hemde bazen birden fazla dokunun eş zamanlı rekonstrüksiyon ihtiyarcı olmaktadır. Bu çalışmada 2011-2014 yılları arasında radial önkol flow-through free fleple dolaşımı sağlanan 2 hastadaki bulgularımızı paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem: Radial arter flow-through free flep proksimalde brakial artere distalde ise ulnar artere end-to-end anastomoz yapıldı. Hastalardaki yaralanma yüksek enerjili olduğundan diğer ekstremitede bir dolaşım zaafiyeti olmaması için her iki hastadada flep aynı koldan alındı. Postoperatif dönemde anastomozlarla ilgili ve distal ekstremitede bir dolaşım problemi yaşanmadı.

Sonuç ve Tartışma: Radial arter flow-through free flep antekubital bölgeyi içeren doku defektlerinin ve arteriyel ve venöz rekonstrüksiyonun sağlıklı bir doku ile tek seansta rekonstrüksiyonuna olanak sağlar. Ayrıca operasyon bölgesine yakın olması, anatomisinin nispeten sabit olması, diseksiyon süresinin kısa olması ve ven grefti ile yapılacak rekonstrüksiyona üstün olduğu ve akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

Kaynaklar:

1. Costa H, Guimaraes I, Cardoso A, et al. One-staged coverage and revascularization of traumatised limbs by a flow-through radial midforearm free flap.Br J Plast Surg. 1991;44:533.
2. Koshima I, Kawada S, Etoh H, et al. Flow-through anterior thigh flaps for one-stage reconstruction of soft-tissue defects and revascularization of ischemic extremities.Plast Reconstr Surg. 1995;95:252.
3. Kasten SJ, Chung KC, Tong L. Simultaneous revascularization and soft tissue coverage in the traumatized upper extremity with a flow-through radial forearm free flap.J Trauma. 1999;47:416.
4. Yavuz M, Kesiktas E, Dalay AC, et al. Upper extremity salvage procedure with flow-through free flap transfer taken from the amputated part.Microsurgery. 1998;18:163

P-224
Akut Karpal Tünel Sendromunun Sıradışı Nedeni: Gözden Kaçan Yabancı Cisim

Hakan Tekin[1], Şafak Aktar[1], Ömer Faruk Koçak[2]
[1]Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Van

Karpal tünel sendromu (KTS) median sinirin baskıya maruz kaldığı bir tuzak nöropatidir. Etiyolojisinde çeşitli faktörler suçlanmış olup kesin bir sebep ortaya konulamamıştır. Literatürde travma sonrası yabancı cisimlerin çok nadir olarak median sinire bası yaparak akut KTS'na neden oldukları bildirilmiştir. Bu yazıda bir tıbbi malpraktis davasına konu olabilecek akut karpal tünel sendromuna yol açan elde fark edilmeyen bir yabancı cisim olgusu sunulmuştur.

Resim 1:



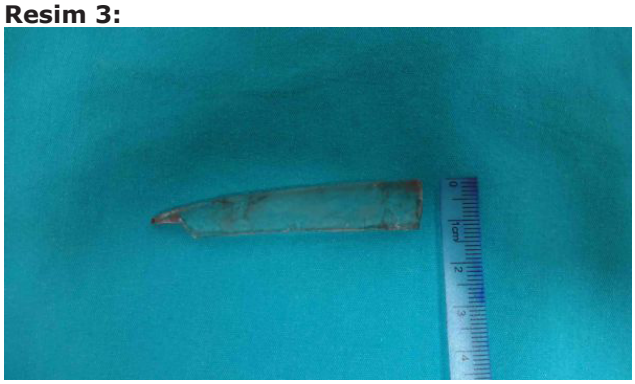
Yabancı cismin x-ray grafideki görünümü

Resim 2:



Yabancı cismin karpal tünelden çıkarılması

Resim 3:



Çıkarılan 6.5 cm x 1.5 cm lik cam parçası

P-225
Exploded Hand(Patlamış El) Sendromu: İzole Tenar Kas Ekstrüsyonu ile Birliktelik Gösteren Nadir Görülen Bir El Yaralanması

Furkan Kurdal, Barış Yiğit, Gamze Özkan
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Düzce

Giriş: El yaralanmasına neden olan iş kazalarında sebep çoğunlukla kesici-delici aletler, pres veya ağır cisimler ya da patlama-alev tarzı yanıklarlardır.(1,2) Presle oluşan ezici tip yaralanmalarda genellikle fraktürler, tendon-damar-sinir yaralanmaları gibi izole yapıların hasarından ziyade komplike yaralanmalar meydana gelmektedir (3). ‘’Patlamış el sendromu’’ yüksek basınçlı ezici travmaya maruz kalma sonucu elin tenar kaslarının patlama tarzında laserasyon ile extrüde olması şeklinde tanımlanan özel bir yaralanma şeklidir ve web aralıklarından tenar kas fışkırması bu tip yaralanmanın olmazsa olmazıdır (4,5). Literatürde oldukça az bahsedilen bir yaralanma şekli olup klinikte de sık rastlanan bir durum değildir.

Vaka: 30 yaşında sanayi işçisi erkek hasta iş kazası sebebiyle Düzce Üniversitesi Acil Servisine başvurdu. Sağ elini sıcak pres makinasına sıkıştıran ve yaklaşık 5 dakika presin içinde eli kalan hastanın yapılan ilk fizik muayenesinde sağ elde 1. web aralığında tenar kasların extrüde olduğu, el dorsumunda 8x7 cm‘lik alanda sıcağa maruziyet sonrası 2. derece yanık, palmar bölge ve el dorsumunda ödem ve hassasiyet izlendi. Tüm parmakların derin ve yüzeyel fleksörleri ile ekstensör tendon muayeneleri doğal olarak izlendi. Baş parmakta abduksiyon ve oppozisyon kısıtlılığı tespit edildi. Tüm parmakların bilateral dijital sinir muayenelerinde hasta tarafından hipoestezi tariflenmedi. Çekilen direk grafilerinde herhangi bi fraktür görülmedi. Genel anestezi altında operasyona alınan hastanın extrüde olan tenar kasları insersiyo bölgerlerine adapte edildi. Volarden istirahat ateli yerleştildi ve postoperatif dönemde el elevasyona alındı.

Tartışma-Sonuç: Mart 2014-Temmuz 2015 arası Düzce Üniversitesi Hastanesi Plastik Cerrahi servisine başvuran 389 el yaralanması içinde 1 adet exploded hand sendromuna rastlanmıştır. El cerrahisi ve mikrocerrahi açısından bölge itibariyle merkez konumunda olan hastanemizde patlamış el sendromunun nadir görülmüş olması literatürde de az bahsedilmesiyle paralellik göstermektdir. Literatür taramalarında patlamış el sendromundaki tenar kas fışkırmasına eşlik eden falanks - karpal kemik - metakarp fraktürü, dijital sinir yaralanması, kompartman sendromu ile birliktelik gösteren dolaşım bozukluğu ve fasyotomi ihtiyacı gibi durumlar da bildirilmiştir. Karşılaştığımız vakada herhangi bir kemik fraktürü görülmemiş olup yapılan eksplorasyonda tüm parmakların nörovasküler yapıları korunmuştur. El dolaşımında herhangi bir sıkıntı olmayan hastada ödem ve hematom gelişmiş olmakla birlikte; fasyotomi ve benzeri ek herhangi bir işleme gerek kalmadan atel ve elevasyon ile gerilemiştir. Literatürdeki vakalarda extrüde olan tenar kaslar eksize edilmiş olmasına karşın bizim vakamızda kasların viabl olduğu görülüp insersiyo bölgerlerine adapte edilmiştir. Postoperatif erken dönem sonuçlarını bildirdiğimiz hastanın uzun dönemde motor fonksiyonu, duyu ve eklem hareket açıklığı değerlendirilerek paylaşılacaktır.

Kaynaklar:
1) Traumatic hand injuries: the emergency clinician›s evidence-based approach. Andrade A1, Hern HG. Emerg Med Pract. 2011 Jun;13(6):1-23; quiz 23-4.
2) Demographic profile of hand injuries in an industrial town of north India: a review of 436 patients. Gupta A1, Gupta AK2, Uppal SK2, Mittal RK2, Garg R2, Aggarwal N3. Indian J Surg. 2013 Dec;75(6):454-61. doi: 10.1007/s12262-012-0536-2. Epub 2012 Jun 10.
3) Epidemiology of occupational hand injury in Hong Kong. Garg R1, Cheung JP, Fung BK, Ip WY. Hong Kong Med J. 2012 Apr;18(2):131-6.
4) The exploded hand syndrome: logical evaluation and comprehensive treatment of the severely crushed hand. Graham Tj J Hand Surg Am. 2006 Jul-Aug;31(6):1012-23.
5) The exploded hand syndrome: a report of five industrial injury cases. Al-Qattan MM1. J Hand Surg Eur Vol. 2013 Oct;38(8):880-7. doi: 10.1177/1753193412468577. Epub 2012 Nov 27.

Exploded hand dorsal



exploded hand volar



Exploded hand perop.



Kasların insersiyo yerine adaptasyou sonrası.(digital sinirlerin bütünlüğü korunmuş)

P-226
Balık Aşısının Yanlışlıkla Ele Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Parmak Kontraksiyonu

Mehmet Altıparmak
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Muğla

Amaç: İnterfalangial (İF) eklem kontraktürleri günlük yaşamı ve hasta psikolojisini olumsuz etkiler. El ve parmak hareketlerinde kısıtlılığa ve hatta ağrıya sebep olabilir. Deri, derialtı doku, tendon kılıfı, ligamanlar gibi birçok anatomik yapıda kısalmayla kendini gösterir. İF eklemlerdeki fleksiyon kontraktürleri idiopatik (Dupuyturen) ve travmatik olarak ayrılır. Travmatik kontraktürlerin en sık sebebi yanıklardır [1]. Bunun yanında parmaklardaki fleksör çizgilere dik gelen kesilerden sonra da fleksiyon kontraktürlerine sık rastalamaktayız. Bu çalışmada İF eklem kontraktürünün literatürde görülmemiş bir travmatik sebebi, bir vaka raporuyla ortaya konmuştur.

Olgu: Kliniğimize 20 yaşında kadın hasta, sol el 3.parmakta kasılma, sertlik ve şekil bozukluğu şikayetiyle geldi (Resim 1). Parmağındaki şekil bozukluğu sebebiyle elini cebine dahi sokmakta güçlük çektiğinden yakınıyordu. Bir balık çiftliğinde çalışan hasta, 8 ay öncesinde balıklara aşı (ALPHA JECT™ 2000-PHARMAQ AS, Norveç) yaparken balığın hareket etmesi sebebiyle yanlışlıkla eline aşı enjekte etmiş. Hastanın ifadesine göre birkaç saat içerisinde parmağında şişlik ve kasılma olmuş ve 1 hafta içerisinde parmağını açamaz hale gelmiş. Hasta kliniğimize başvurduğunda distal İF eklemde yaklaşık 80 derece, proksimal İF eklemde ise 90 derecelik fleksiyon kontraktürü mevcuttu. Dört ay önce başka bir klinikte bu nedenle ameliyat olmuş fakat fayda görememiş. Sol el palmar bölge 3. metakarpa uyan bölgede enjeksiyon yeri belirgindi (Resim 2). Lokal anestezi altında parmak turnikesi sonrası Bruner (zig-zag) insizyonuyla kontraktür bantları ortaya kondu ve serbestleştirildi. Fleksör tendon z-plasti ile uzatıldı. Kirschner teli ile immobilizasyon sağlandı. Proksimal İF bölgede yaklaşık 1 cm'lik yumuşak doku defekti ise antekubital bölgeden alınan tam kat deri grefti ile kapatıldı (Resim 3). Pansumanlarla takip edilen hastanın Kirschner teli 3 hafta sonra çıkarıldı ve fizik tedavi uygulandı. Eklem açıklığı tam olarak sağlandı. Konulan greftte ve pasif fleksiyonda herhangi bir problem olmamakla beraber, hasta aktif

fleksiyon yapamamaktaydı. Hasta, şekil bozukluğunun giderilmesi dolayısıyla sonuçtan memnundu.

Bulgular: Yapılan aşı (ALPHA JECT™ 2000-PHARMAQ AS, Norveç), yağ bazlı bir bileşiktir. İçeriğinde formalin ile inaktive edilmiş bakteri ürünleri yer almaktadır. Listonella anguillarum ve Photobacterium damselae türü bakteriler ile levrek türü balıklar aşılanmaktadır. Böylece balıklarda Vibriyozis ve Pastörellozis'in neden olduğu ölüm ve klinik semptomların önlenmesi amaçlanmaktadır. Aşının prospektusunda da yapılan uyarıda olduğu gibi, balıkların aşılanması esnasında anestezi altında olması ve hareketsiz olması gerekmektedir. Fakat bu duruma dikkat edilmediği anlaşılmaktadır. Bunun yanında hastaya ilk müdahalede yapılması gerekenler arasında enjeksiyon bölgesinin irrigasyonundan bahsedilmiş olmasına rağmen yapılmadığı bilinmektedir. Aşının içeriğinde yer alan formalin ile inaktive edilmiş iki tür bakteri, hastanın 3.metakarp üzerine enjekte edilmesiyle hızlı bir reaksiyona sebep olmuştur. Birkaç saatte şişme ve gerginlik olması vücudun bu bakteri türlerine akut reaksiyon gösterdiğinin belirtisidir. İlk müdahalede yapılabilecek irrigasyon ve hatta steroid enjeksiyonu ile kontraktür gelişimininin önlenebileceği düşünülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda literatürde görülmemiş bir travmatik kontraktür vakası sunulmuştur. Balık çiftliklerinde sıklıkla yapılan aşılama öncesinde balıklara anestezi verilmesi, uygulama esnasında koruyucu eldiven takılması ve kaza anında ilkyardımın bekletilmeden yapılması gerekmektedir. Bu sayede travmatik kontraktür etyolojileri arasında yer alan bu ender durumdan korunmak mümkündür.

KAYNAKLAR:

1) R Köse. El Parmaklarının Yanığa Bağlı Fleksiyon Kontraktürlerinin Lateral Parmak Flebi ile Onarımı. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(1): 15-17

Resim 1



Travmaya bağlı fleksiyon kontraktürü

Resim 2



Aşı enjeksiyon yeri 3. metakarp üzerinde belirgin

Resim 3



Kontraktürün açılmış hali. Antekubital bölgeden konulan deri grefti ile defekt kapatılmış.

P-227
Edinsel Konstrüktif Bant Sendromu

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, İlker Uyar,
Mehmet Emin Cem Yıldırım, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Konstrüktif bant sendromu çoğunlukla el ve bacaklarda yüzeyel veya derin boğumlanmaların görüldüğü konjenital anomalidir. 15.000 canlı doğumda bir görülmektedir. [1,2] Literatürde Streeter displazisi, konjenital konstrüktif ring sendromu, anüler defekt gibi isimlerle de anılan bu konjenital anomalide lezyon çok yüzeyel olabileceği gibi kemiğe kadar ilerleyip parmak veya ekstremite kayıplarına da neden olabilir. Oluş mekanizmasının detayları tam olarak bilinmemekle birlikte, amniyonun erken rüptüre olması ve bu durumun mezodermal fibröz bantların oluşumuna neden olarak ekstremite kayıplarına kadar gidebilen anomalilerin olduğu konjenital bir malformasyondur. Akrosindaktili, çarpık ayak, tortikollis, anüler epidermal kist, kraniyal defektler, perivetriküler nodüler heterotopi, yüz defektleri ve çeşitli el deformiteleri ile beraber olabilir. Genellikle ekstremitelerin distal kısımları tutulmaktadır. Bir ekstremitenin konjenital konstrüktif bant sendromuna bağlı gangrenöz amputasyonu intrauterin veya doğum sonrası oluşan dolaşım bozukluğuna bağlıdır. Sunduğumuz bu olguda konjenital olarak karşılaşılan konstruktif band sendromu edinsel olarak karşımıza gelmiştir.

Olgu Sunumu: 62 yaşında kadın hasta acil servise el parmaklarında ağrı şikayetiyle acil servise başvurması nedeni ile tarafımıza konsülte edildi. Hasta toprakla uğraşırken tırnaklarının kirlendiği gerekçesiyle 7-8 aydır her iki el parmaklarının distallerini çeşitli seviyelerden poşet geçirerek kumaş iplikleriyle bağlamış. Son dönemde parmaklarda şişlik ve ağrının olması nedeni ile başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde her iki elinin tüm parmaklarında hemen hemen distal interfalangial eklem seviyesinde çeşitli derinliklerde oluklar oluştuğu gözlendi. Tüm parmaklarından kapiller dolaşım alınmaktaydı. Ancak sol el 3.parmakta daha geniş ve ciddi olmakla beraber sol el 4.parmakta, sağ el 3. ve 5.parmaklarda açık yaraları mevcuttu. Hasta kliniğimize yatırıldı. Psikiatri konsültasyonu istenip tedavisi başlandı. Sol el 3.parmakta ki açık yara sol el bileğinden alınan tam kalınlıkta ki deri greftiyle onarıldı. Diğer açık yaraları ise günlük kapalı pansuman ile takip edildi. Kliniğimizde 5 gün yatırılan hasta bizim ve psikiatri önerileri ile taburcu edildi.

Tartışma: Konstrüktif bant sendromu, Weinzweig tarafından hafif bir tutulumdan ekstremitenin intrauterin ampütasyonuna kadar giden 4 sınıfa ayrılmıştır.[Bu hastalar değerlendirilirken ringin lokalizasyonu, derinliği, distalde lenfödem varlığı, distaldeki dolaşım sorunu varlığı, ringin distalindeki uzvun fonksiyonelliği değerlendirilmeli, derin olan bantların eksizyonu gerekmektedir. Konstrüktif bant sendromunun tedavisindeki en önemli iki amaç ampütasyonların engellenip fonksiyonun arttırılması ve kozmetik görünümün düzeltilmesidir.
Bu hastalığın tedavisindeki başarı malformasyonun şiddetine bağlıdır.

Psikiyatrik hastalık sonucu gelişen Konstrüktif bant sendromu literatürde görülmeyen bir durumdur. Bu durumda tedavinin ana basamaklarından biride psikiatri bölümü tarafından sağlanmalıdır. Bu nadir görülen konstrüktif bant sendromu olarak akılda bulundurulmalıdır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-228
Bilateral Mutile El Rekonstruksiyonunda; Her İki Anterolateral Uyluk Flebinin Kullanılması ve Fonksiyonel Sonucu

Reşit Burak Kayan, Onur Akman, İsmail Melih Kuzu, Osman Kelahmetoğlu, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Amaç; Üst ekstremite ve el travmaları, ülkemizin bulunduğu coğrafik konum, artan sanayileşme ve azalan iş güvenliği önlemleri nedeniyle biz plastik cerrahların daha sık karşılaştığı sorunlar haline gelmişlerdir.Bu travmalar; her türlü ampütasyonları, tendon,damar,sinir kesilerini,kemik fraktürlerini,doku defektlerini ve hatta bunların birkaçının bir arada bulunduğu mutile el yaralanmalarını içermektedir. Bu travmaların rekonstruksiyonunda fonksiyonel kazanımların temini çok önemlidir.Bundan dolayı el ve üst ekstremite travmalarına yaklaşım,multidisipliner hale gelmiş olup, kliniklerin artan tecrübesi ile birlikte artan oranda yüz güldürücü fonksiyonel sonuçların alınması mümkün olmaktadır.Biz de kliniğimiz aciline başvuran her iki mutile eli olan vakamızın rekonstruksiyonundan elde ettiğimiz tecrübeleri sizlerle paylaşmak istedik. Olgu; 36 yaşındaki sağ el dominant erkek hasta kliniğimiz aciline her iki elini prese kaptırmasıyla oluşan bilateral mutile el ile başvurdu.(resim.1) Kirli bir yaralanması olan hastamız acil ameliyata alınarak yumuşak doku debridmanı yapıldı.Hastamızın sağ el 2. parmak midfalanks seviyesinden 3.4.5.parmakları distal interfalengeal eklemden ampüte ve 2.3.4.5.parmaklarında midmetakarpa kadar sirküler doku defekti mevcut idi.Sol el 2.3.4.5.parmakları ise metakarp başından total ampüte ve sol el 2.3.4.5.metakarplar üzerinde doku defekti mevcut idi.Ertesi gün hastanın sağ eline, sağ taraflı duyulu olarak hazırlanan anterolateral uyluk flebi serbest olarak aktarıldı ve parmaklar sindaktilik hale getirilerek sirküler olarak flep dokusu ile kaplandı. Bu aşamada tensor fasyalata ile 3.4.5. parmak yüzeyel fleksör tendonları rekonstrukte edildi. Bu ameliyattan 3 gün sonrada sol el,bu sefer sol anterolateral uyluk flebinin serbest olarak sol el dorsumuna aktarılması ile rekonstrukte edildi. Her iki elde de alıcı damarlar olarak radial arter ve sefalik ven kullanıldı.Sağ ele yapılan duyulu flebin sinir alıcısı olarak radial kutanöz sinir kullanıldı.(resim.2) 3 hafta sonra sağ elde sindaktili yapılan parmaklar ayrıldı ve hasta 1 hafta sonra fizik tedavi ünitemize sevk edildi.2 ay süre ile hastaya el rehabilitasyonu yapıldı.Hasta sağ elini normale yakın düzeyde kullanılabilir hale geldi.(resim.3)

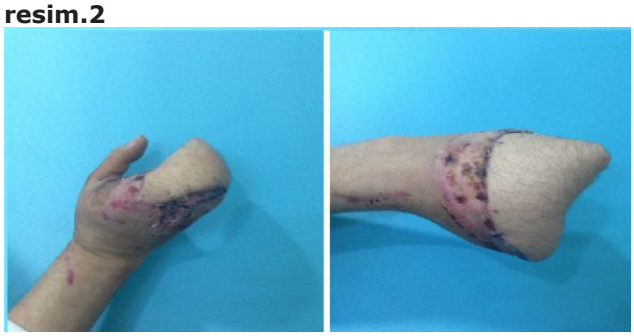
Tartışma; Üst ekstremite ve el rekonstruksiyonunda asıl hedef; fonksiyonel geri kazanımı tam olarak sağlayabilmektir. Bu amaçla tedavinin sadece cerrahiden ibaret olmadığı, üst ekstremite rekonstruksiyonunun multidisipliner sürdürülmesi gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır.Plastik cerrahi literatüründe bu travmaların rekonstruksiyonunda yapılabilecek minör cerrahilerden majör cerrahilere kadar bir çok yöntem tanımlanmıştır.Mikrocerrahi yöntemlerle doku aktarımı özellikle doku defekti olan veya mutile el olarak tanımlanan yaralanmalarda kurtarıcı bir işlev görse de, uzun ameliyat süreleri, ekipman ve tecrübe gerekliliği halen mikrocerrahi yöntemlerin kısıtlayıcı nedenleri olmuşlardır.Ancak hasta konforunu arttırması,defekte uygun tasarlanabilir olması, ihtiyaca göre kas-fasya-tendon-damar-sinir hatta kemik yapılarının dahil edilebilmesi ve günümüzde mikrocerrahiye artan merak ve bu merakın getirdiği tecrübe, ekipmanlara ulaşımın kolaylığı mikrocerrahi yöntemlerin kullanımını arttırmıştır.

Sonuç; Vakamızda olduğu gibi mutile el yaralanmalarının rekonstruksiyonu, çok sayıda mikrocerrahi işlem gerektirebilen,uzun süren fizik tedaviler ve revizyon cerrahileri gerektiren hasta ve cerrah için zorlu bir süreçtir. Böyle bir yaralanmayla karşı karşıya kalan cerrahın asıl odaklanması gereken elin fonksiyonel geri dönüşünü sağlamak olmalıdır.Bir yandan da hasta ile bu işlemlerin uzun ve meşakkatli bir süreç olduğu konusunda mutabakata varmalıdır.

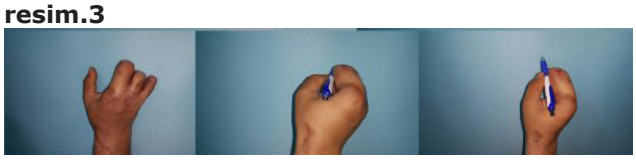
resim.1



resim.2



resim.3



P-229
Plastik Cerrahi Gözüyle Alt Ekstremite Yumuşak Doku Sarkomları ve Cerrahisi

Alp Ercan, Tuğba Feryal Yıldız, Uğur Şahin, Semih Bağhaki, Oğuz Çetinkale
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Kliniği,İstanbul

Amaç: Kliniğimizde son 8 senede opere edilen, tarafımızca hem onkolojik cerrahisi hem rekonstruktif cerrahisi yapılan alt ekstremite yumuşak doku sarkomu hastalarıyla, ortopedi kliniği tarafından onkolojik cerrahisi yapılan kliniğimizce rekonstruksiyonu gerçekleştirilen alt ekstremite yumuşak doku sarkomu hastalarının değerlendirilmesi.Komplikasyon, lokal kontrol, rekurrens yönlerinden karşılaştırılması ve buna yol açan faktörlerin tartışılması

Gereç Ve Yöntemler: 2006-2015 tarihleri arasında alt ekstremite yumuşak doku sarkomu nedeniyle tarafımızca

opere edilen ve aynı nedenle ortopedi kliniğinde rekonstruksiyonu gerçekleştirilen hastalar değerlendirildi. Ortalama takip süresi 3,2 sene(11 ay-54 ay) olan hastalar komplikasyon, lokal kontrol,rekurrens açısından karşılaştırıldı. Çalışmaya belirleyici ilk cerrahisinin tarafımızca veya ortopedi kliniğince yapılan hastalar dahil edildi. Dış merkezde operasyon sonrası nüks nedeniyle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi›ne refere edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Kliniğimizde son 8 yılda 16 alt ekstremite yumuşak doku sarkomu hastasının belirleyici ilk onkolojik cerrahisi ve rekonstruksiyonu gerçekleştirildi. Hasta başvuru yaşları ortalama 47(4-82 yaş) idi, medyan yaşsa 44›tü. Hastaların 11'i erkek 5'i kadındı. En sık malign fibröz histiyositom (4) ve dermatofibrosarkom(3) izlendi. Tüm hastaların ameliyat öncesi insizyonel biyopsi ile patolojik tanıları koyulmuştu, 2 hastanın nihai tanısı preop tanısı ile farklılık gösterdi. 16 hastanın tamamında en az 3 cm sağlam sınırla rezeksiyon, klinik bulguları olan veya yüksek klinik şüphe olan hastalarda ilioinguinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. 2 hastada rezeksiyon sonrası primer kapama yapılabilirken, 2 hastaya serbest muskulokutan flep, 2 hastaya serbest fasyokutan flep, 7 hastaya pediküllü fasyokutan flep, 3 hastaya ise pediküllü muskulokutan fleple rekonstruksiyon uygulandı. Hastaların post-op yatış süreleri ortalama 9,2 gündü. Komplikasyonlar erken ve geç dönem olarak ikiye ayrıldı. Erken komplikasyonlar ilk 3 ay, geç komplikasyonlar ise daha sonraki dönem olarak sınıflandırıldı. Bir hastada kanama kontrolü gerektiren hematom, bir hastada revizyon ihtiyacı gerektiren parsiyel flep kaybı, bir hastada lokal yara bakımı ile tedavi edilen parsiyel flep kaybı, iki hastada yatışın uzamasına sebep olan cerrahi alan enfeksiyonu, bir hastada ise donor alan dehisansı izlendi. Geç dönem komplikasyonlarında bir hastada çoklu z-plastilerle müdahele edilen kontraktür, iki hastada ise azalmış uzuv işlevi izlendi. Tarafımızca onkolojik cerrahisi yapılan tüm hastalarda en az 1 cm sağlam cerrahi sınır ile lokal kontrol sağlanabildi. Takipte 3 hastada lokal rekürrens, 1 hastada ise uzak organ metastazı izlendi. Uzak organ metastazı gelişen hasta ilk cerrahisinin 26. ayında yaşamını yitirdi. Lokal rekürrens izlenen 3 hasta tekrar opere edildi. 2 hastada lokal kontrol sağlanırken 1 hastada tekrar lokal rekürrens nedeniyle kemoterapi ile izlem önerildi. Ortopedi kliniğinde aynı dönemde yukarıdaki koşulları sağlayan 8 yumuşak doku sarkomu hastasının operasyonuna rekonstruksiyon amacıyla müdahil olundu. Hasta başvuru yaşları ortalama 42(36-62 yaş) idi. Hastaların 5'i erkek 3'ü kadındı. En sık liposarkom (2) izlendi. Tüm hastaların ameliyat öncesi insizyonel biyopsi ile patolojik tanıları koyulmuştu, 3 hastanın nihai tanısı preop tanısı ile farklılık gösterdi 3 hastaya serbest muskulokutan flep, 3 hastaya pediküllü muskulokutan flep, 2 hastaya pediküllü fasyokutan flep uygulandı. Hastaların post-op yatış süreleri ortalama 16 gündü. Erken dönem komplikasyon olarak 1 hastada yatışını uzatan yara yeri enfeksiyonu izlendi. 2 hasta cerrahi sınır pozitif, 1 hasta ise yakın cerrahi sınır(0,2 mm) olarak raporlandı. Yakın ve pozitif cerrahi sınır izlenen hastalarda lokal kontrol için radyoterapi uygulandı, reeksizyon yapılmadı. Geç dönem komplikasyon olarak 1 hastada uzuv işlev güçlüğü izlendi. Yakın ve pozitif cerrahi sınır izlenen 3 hastada rekurrens izlendi (ilk 3 yıl içerisinde), hastalar kemoterapi ile izleme alındı. Mortalite izlenmedi.

Sonuç: Yumuşak doku sarkomları nadir görülen, tüm kanserlerin %1›ini oluşturan, biyolojik davranışları, histolojik tipleri çok çeşitlilik gösterebilen tümörlerdir.(1) Tümör evresi, ebatı, histolojik çeşidi, derinliği ve ilk cerrahide sağlanan lokal kontrol en önemli prognostik faktörlendendir.(2,3) Modern rekonstruktif cerrahi mikrocerrahinin devreye girmesi ve lokal dokuların kullanımı konusunda seçeneklerimizi genişleterek daha ekstensif rezeksiyonlara izin vermiştir.(4) Bu lokal kontrol üzerinde anlamlı değişiklik yapsa da beklenen ortalama ömrün uzaması ile birlikte geç dönem uzak organ metastazı sayısında artış nedeniyle sarkomdan kaynaklı mortalite belirgin değişmemiştir.(5) Genel geçer kuram ekstremite yumuşak doku sarkomlarında onkolojik kontrolün ortopedik cerrah tarafından yapılması, basit rekonstruksiyonun yeterli gelmediği durumlarda plastik cerrahın devreye girmesidir. Ancak bazı Güney Amerika ve Türkiye'nin dahil olduğu bazı Avrupa ülkelerinde onkolojik cerrahinin de plastik cerrahlar tarafından yapılması söz konusudur. Çalışmamızda tarafımızca yapılan rekonstruksiyonlardaki komplikasyon oranının fazlalığı yapılan rezeksiyonun daha ekstensif olması nedeniyle daha geniş defektler oluşması ve kapamanın zorlaşması, ekip üzerinde hem rezeksiyon hem rekonstruksiyonun üstlenilmesi sonucu artan yük ve cerrahisi yapılan ileri yaştaki komorbiditeleri artan hastalar gibi faktörlere bağlanabilir. Gene lokal kontrolün prognozdaki önemi lokal kontrol sağlanamayan hastalardaki yüksek rekürrens oranından anlaşılabilir.

KAYNAKLAR:

1-Wibmer C, Leithner A, Zielonke N, Sperl M, Windhager R. Increasing incidence rates of soft tissue sarcomas? A population-based epidemiologic study and literature review. Ann Oncol. 2010; 21(5):1106-1111.
2-Stojadinovic A, Leung DH, Hoos A, et al. Analysis of prognostic significance of microscopic margins in 2084 localized primary adult soft-tissue sarcomas. Ann Surg. 2002;235:424–434
3-Heslin MJ, Woodruff J, Brennan MF. Prognostic significance of a positive microscopic margin in high-risk extremity soft-tissue sarcoma: implications of management. J Clin Oncol. 1996;14:473–478.
4-Scoggins CR, Pollock RE. Extremity soft tissue sarcoma: evidence-based multidisciplinary management. J Surg Oncol. 2005; 90(1):10-13
5-Zahm SH, Fraumeni JF Jr. The epidemiology of soft-tissue sarcoma. Semin Oncol. 1997;24:504–514.

Kruris distalindeki kitle rezeksiyonu sonrası oluşan defektin peroneal arter pervane perforatör flebi ile onarım



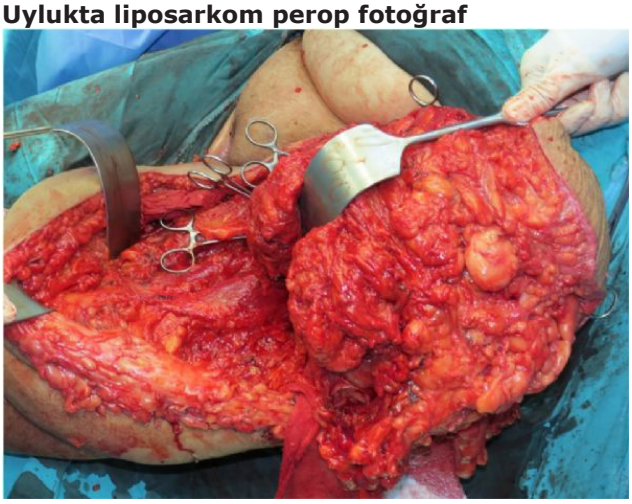
Ortopedi kliniğince yapılan rezeksiyon sonrası eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastanın erken post-op fotoğrafı

Kruris proksimalinde yumuşak doku sarkomu



Dış merkezde insizyonel biyopsi sonrası tanı almasına rağmen, kitle ciddi oranda büyüyene kadar sağlık kuruluşana başvurmayan hastaya kliniğimizde geniş rezeksiyon ve serbest latissimus dorsi flebi ile onarım uygulandı.

Uylukta liposarkom perop fotoğraf



Uylukta liposarkom hastasına kompartman cerrahisi uygulandı, rezeksiyon materyali cerrahi alandan ayrılmadan önceki perop görüntü

P-230
Kurşun Nedeni İle Oluşan Parmak Fraktürü

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

Giriş: Ateşli silah yaralanmaları orta yaş grubunda sık rastlanan yaralanma tiplerinden biridir. Erken dönemde operasyonun tamamlanamaması, enfeksiyon ve nekroz önemli komplikasyonlarıdır ve bunlara bağlı olarak kalıcı hasarlar ve ekstremitelerde amputasyonlara neden olmaktadır.

Olgu: 59 yaşında erkek sol el 2. parmakta ateşli silah yaralanmasına bağlı yaralanma nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır DM mevcut idi. Fizik muayenesinde sol el 2. parmak orta falanks bölge dorsalinden volare uzanan tam kat yaralanma mevcut idi. Hastanın parmak dolaşımı net bakılamadı. Hastaya grafi i istendi ve orta falanksta çok parçalı ve deplase fraktür mevcut idi. Hasta acil olarak operasyona alındı. Hastanın yapılan eksplorasyonunda 2. parmak ulnar tarafta digital arter ve sinirin intakt olduğu, radial tarafta parçalı ve defektif olduğu görüldü. Orta falanks bölge orta hatta 1x1 cm alanda kemik defekti ve çok parçalı kemik fragmanları saptandı.Hastaya K telleri takılarak kemik fiksasyonu sağlandı. Fleksör ve ekstansör tendon onarımları yapıldı. Hastanın dorsal bölgesinde dren koyularak operasyon tamamlandı. Hastanın yara yeri günlük olarak dren bölgesinden yıkama yapılarak enfeksiyon önlendi ve 5 gün sonra dren çıkarıldı.

Sonuç: Ateşli silah yaralanması nedeni ile olan yaralanmalarda uzuv kayıplarına kadar giden hasarlar oluşmaktadır. Kiniğimizde 2. parmak orta falanks parçalı fraktürü olan hastaya stabilizasyon yapılarak ve günlük yıkama sistemi oluşturularak parmak amputasyonunun önüne geçmiş olduk.

Resim 1



Preop görünüm

Resim 2



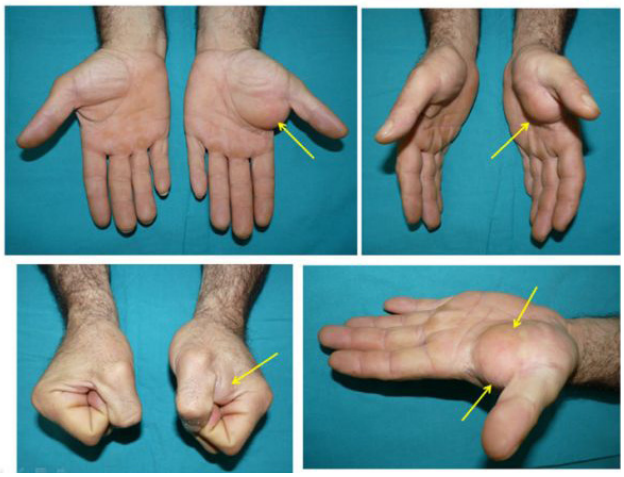
Preop görünüm

P-231
Elde Dev Fibromatozis: Olgu Sunumu

Tekin Şimşek[1], Engin Yosma[1], Murat Sinan Engin[1], Alper Kurt[2]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun.
[2]Samsun Gazi Devlet Hastanesi. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği.

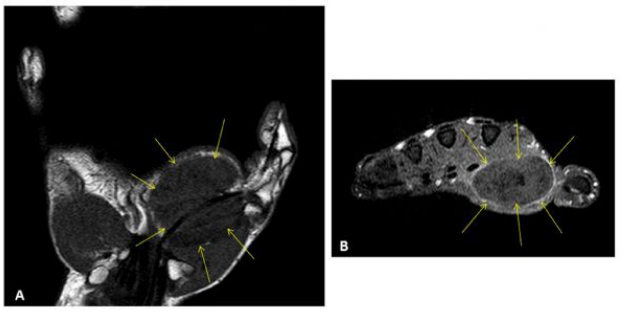
Tendon kılıfının dev fibromu elin nadir rastlanan benign yumuşak doku tümörlerinden olup multiple gelişimle karakterize fibromatozis formu daha da nadirdir. Elde hareket kısıtlılığına neden olabilecek, yavaş büyüyen, ağrısız bir kitle ile karakterizedir. Fizik muayene bulguları başta tendon kılıfından kaynaklanan dev hücreli tümörler olmak üzere eldeki benign ve malign karakterli her türlü yer tutan nodüler lezyonla karışabilir. Ayırıcı tanısından radyolojik testlerden USG, BT ve MRG yol göstericidir. 50 yaşında erkek hasta dominant olmayan sol el tenar bölgesinde şişlikle başvurdu. Profesyonel bağlama çalan hasta sol el başparmağının palmar fleksiyon, addüksiyon ve oppozisyon hareketlerini yapmada zorlanmasından şikâyetçi idi. Muayenesinde sol elde tenar bölge üzerine uyan ciltte, ~4x5 cm'lik bir alanda ekspansiyona yol açan, ağrısız, parmak hareketi ile net mobilize olmayan sert fikse kitle mevcuttu (Resim 1). Yumuşak doku USG'de sol Fleksör Pollisis Longus (FPL) ve Abduktör Pollisis Brevis (APB) kas tendonlarını saran, 50x34 mm boyutlarında, kas dokusu ile izoekoik görünümde, sınırları net ayırt edilebilen lezyonun rabdomyosarkom şüpheli olduğu rapor edildi. MRG incelemesinde FPL ve APB kasları ile yakın komşulukta, FPL tendonunun saran 4.5x5.5x1.5 cm boyutlarında, T1 A ve T2 A serilerinde kas dokusu ile izointens, kontrast madde ile yer yer heterojen kontrastlanan keskin sınırlı lezyon olarak değerlendirildi (Resim 2). Bunun üzerine operasyona alınan hastanın sol el tenar kriz hattı boyunca yapılan insizyonla girildi. Lobüle vasıftaki lezyonun FPB ile APB kaslarının derininde yer aldığı, FPL tendonunu alt yüzeyi boyunca sardığı görüldü. İntratendinöz tutulum göstermeyen kitle iyi sınırlandığı etraf kas ve tendonlardan disseke edilerek eksize edildi (Resim 3). Patolojik incelemesinde fibröz kapsül ile çevrili, hiposellüler kollojen liflerden zengin fibroblastik proliferasyon ile karakterize tümöral oluşum ‹Fibromatozis› olarak yorumlandı. Postoperatif süreçte sorun yaşanmayan hastanın takiplerinde herhangi bir fonksiyonel sorunla karşılaşılmadı. Tendon kılıfından kaynaklanan fibromlar ağrısız olduklarından ve ancak ileri derecede büyüyüp fonksiyonel kısıtlılığa yol açtıklarında şikâyet nedeni olurlar. Nadir de olsa ihmal edilip olgumuzda olduğu gibi ileri derecede büyük formlarda karşımıza çıkabilirler. Ayırıcı tanıda başvurulan radyolojik testler tanı koymada yardımcı olsa da nadiren elin malign karakterli lezyonları ile karışması bu tür lezyonlara yaklaşımda farkındalığında artırılması gerektiğini göstermektedir.

Resim 1



Fibromatozisin tenar bölgeden 1. web aralığına doğru uzanan ekspansiyon etkisi farklı açılardan sarı oklarla işaretlenmiş olarak görülmekte. Lezyon yer tutucu etkisi ile hastanın el hareketlerinde zorlanmasına neden olmaktaydı.

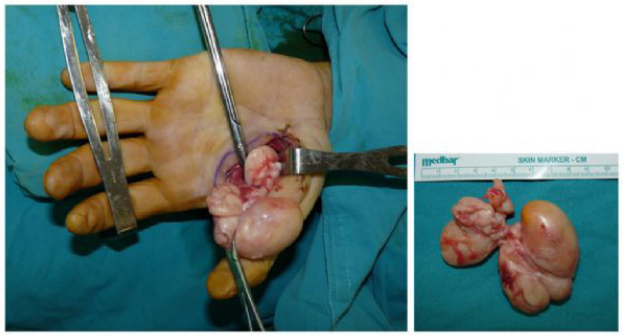
Resim 2



MRG kesitlerinde, A. FPL tendonunu saran ve tenar kas dokuları ile izointens görünümdeki yer tutan nodüler lezyonun görünümü, B. Kitle kontrast madde enjeksiyonu sonrası yer yer heterojen

kontrastlanıp keskin sınırlı olarak ayırt edilebilmektedir. Lezyonun sınırları sarı oklarla işaretlenmiştir.

Resim 3



FPL tendonu boyunca multiple nodüler tarzda gelişim göstermiş fibromatozis lezyonunun intraoperatif görünümü.

P-232
Diyabetik Ayak ve Tedavisi

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerahi Kliniği

Giriş: Diyabet, birtakım sorun ve sorumlulukları beraberinde getiren ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Diyabetik ayak, diyabetin en ciddi ve en ağır komplikasyonlarından biridir. Diyabetli kişilerin yaklaşık %50'si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişme riski altındadır. Bu nedenle hem tıbbi, hem sosyal, hem de ekonomik açıdan diyabette yaşanan ayak sorunları oldukça önemlidir. Diyabetik ayak ülserlerinin uygun şekilde değerlendirilmesi ile enfeksiyona bağlı morbidite, hastaneye yatış, hastanede kalış süresi ve major ekstremite ampütasyonu oranları azaltılabilmektedir.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta sol ayakta akıntılı yara nedeni ile acil servise geldi. Hasta 10 gündür ayağında akıntının olduğunu ve yarada koku olduğunu belirtti. Özgeçmişinde 10 yıldır diyabetes mellitus olduğu ve 1 yıl önce 2. parmağında yara olduğu belirtildi. Fizik muayenede TA:130/80, Nabız 106, Ateş 38,5, pulse oksimetre 97 idi. Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Hastanın sol ayak metatarsafalangial eklemden 2. parmak pulpa seviyesine kadar nekroze ve akıntılı yarasının olduğu, kemik ve tendonlarının ekspoze görüldü. Laboratuar tetkiklerinde lökosit:16.200 mm3, glukoz 220, sedimantasyon 40mm/saat, CRP 55,3 idi. Diğer laboratuar bulguları normal idi. Doppler USG de sol ayakta monofazik akımının olduğu tespit edildi. Yara kültürü alındı, profilaktik antibiyoterapi başlandı. Hastanın acil debridmanları yapıldı. Hastanın defekt alanı VAC tedavisi ile küçültüldü. Yara yeri 10. Günde yapılan lokal flepler ile kapatıldı.

Sonuç: Diyabetik hastaların yaşam süre ve kalitesini belirleyen faktörlerden biri olan diyabetik ayak ülserleri, diyabetik hastaların en sık hastaneye yatış ve cerrahi müdahale sebeplerindendir. Geliştirilen modern tedavi yöntemleri, eğitim programları ve ayaklara yönelik bakım ürünlerine rağmen Diyabetik ayak komplikasyonları, gelişmiş toplumlarda travma dışı alt extremite amputasyon nedenleri arasında yaygın olanıdır.

Resim 1



Ayakta Nekroze Yara

Resim 2



Yara Yeri Debridmanı

Resim 3



Yara Yerinin Kapatılması

P-233
El Dorsalinde Tümör Eksizyonu Sonrası Oluşan Defekt Alanın Radial Arter Tabanlı Perforatör Flep ile Onarımı: Olgu Sunumu

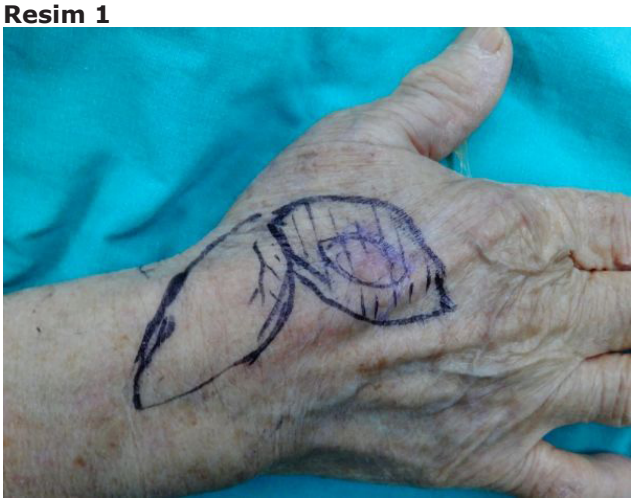
Dağhan Işık, Soysal Baş, Mustafa Durğun, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: El dorsalinde en sık gelişen cilt tümörlerinden biri skuamöz hücreli karsinomdur. Tümör eksizyonları sonrası oluşan defektlerin onarımında genellikle greft ile onarımlar yeterli olsa da paratenonun alınması gerektiği durumlarda flep ile onarım gerekmektedir. Bu çalışmadaki amacımız el dorsalinde skuamöz hücreli karsinom nedeniyle ameliyat edilen hastada gelişen defekt alanın radial arter tabanlı perforatör flep onarımının sunulmasıdır.

Olgu sunumu: 81 yaşında bayan hasta sağ el dorsalinde şişlik nedeniyle başka bir merkezde ameliyat edilmiş. Patoloji sonucu skuamoz hücreli karsinom olarak raporlanmış ve cerrahi sınırlar pozitif olarak raporlanmış. Hasta kliniğimizde yatırılarak ameliyat edildi. Yapılan operasyonda lezyon alanı sağlam cerrahi sınır ile çıkarıldı. Oluşan defekt alanı lokal anestesi altında el bilek dorsalinde radial arter tabanlı perforatör flep ile onarıldı ve venöz dönüşü arttırmak amacı ile loop büyütme altında venöz süperşarj uygulandı. Donör alan primer onarılarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

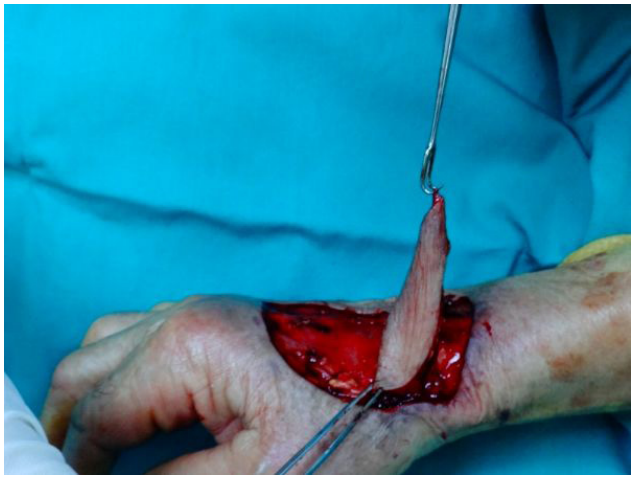
Sonuç: El dorsalinde paratenonun alınması gereken durumlarda oluşan defekt alanın radial arter tabanlı perforatör flep ile onarımının iyi bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Resim 1



Operasyon öncesi planlama

Resim 2



Perforatör flebin peroperatif görüntüsü

Resim 3



Donor alanın primer kapatıldığı postoperatif görüntü

P-234
Baş Parmak Dorsal Doku Defekt Kapatımında Olgu Sunumu

Mustafa Nihat Koç, Harun Yılmaz, Serdar Kara, Berat Çiğdem
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Baş parmak doku defektleri çevre dokuların bölgeye ulaşım zorluğu nedeniyle onarımı zor olan defektlerdir. Bu defektler bazı lokal fleplerle onarılabilir.Bunlardan biri de 1.dorsal metakarpal arter bazlı ada flebidir. Metod: Travmatik yaralanma sonucu sol el 1.parmak distal falanks dorsalinde doke defekti oluşan hastanın defekti 1.dorsal metakarpal arter bazlı ada flebi ile kapatıldı.

Bulgu: Post op flep komplikasyonsuz iyileştidönor alan hipotenar bölgeden alınan ftsg ile kapatıldı.dönor alanda komplikasyonsuz iyileşti

Sonuç: 1.dorsal metakarpal arter bazlı ada flebi

estetik,elastikiyet,doku uyumu ve deri rengi benzerliği açısından baş parmak doku defektlerinde kullanıbilir

ıntra op



ıntra op

ıntra op



ıntra op

post op kontrol



post op kontrol

P-235
Amniotik Band Sendromu Kilinik Deneyimlerimiz

Alper Geyik, Mustafa Yılmaz, Hasan Şahin, Cenk Demirdöver
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: • Amniotik band sendromu (ABS), amniyondan yoksun,plasenta, amniotik zar kalıntılarının fetusa yapışması ya da dolanması ile oluşan fetal deformasyon, malformasyon veya amputasyon üçlüsü ile karakterize bir tablodur.Swanson konjenital el anomalileri sınıflandırılmasında konstrüktif band sendromu olarak yer almaktadır.Etyolojisine bakıldığında intriinsik ve ekstriinsik model olmak üzere iki süreç üzerinde durulmaktadır. İntrauterin travmanında kanıtlanamamış olsada etkili olabileceği düşünülmektedir.1930 yılında Streeter tarafından öne sürülen germ hücre gelişiminde defekt nedeniyle ortaya çıkan fokal mezenkimal hipoplazi ve doku gelişinde defekt ve skar dokusu intriinsik modelin temelini oluşturmaktadır.Ekstriinsik model ise amniotik zarın iç ve dış kısmında meydana gelen hasar sonucu ortaya çıkan laminin,koolajen,fibronektin gibi materyallerin fetal komponentlerde sıkışmaya ve hasara sebep vermesi sonucu meydana geldiği düşünlmktedir. Epidemiyolojik olarak 1/1200 oranında kız ve erkeklerde eşit olarak gözlenmktedir. En çok eşlik eden anomali club foot olarak saptanmıştır. Sınıflandırmada Patterson sınıflandırılması kullanılmaktadır. En çok etkilenen yerler el ve ayaklar olmaktadır. • Bizde kliniğimizde 1 sene içerisinde opere ettiğimiz 2 vakayı sunmak istedik.

Vakalar• İlk vaka Prenatal öyküsünde özellik olmayan 32 yaşındaki annenin 3. Gebeliğinden 2. Yaşayan ikiz eşi olarak 33 haftalık prematüre C/S yol ile 2300 gr olarak dünyaya gelmiş.Anne ve baba arasında ikinci derece akrabalık bulunan erkek hasta tarafımıza başvurduğunda 3 aylık ve 4800 gr ağırlığındaydı.Aile öyküsünde yarık damak-dudak,gastroşizis, ekstremite anomalileri,SSS veya KVS hastalıkları bulunmayan hastada ek anomali saptanmadı. Yapılan fizik muayenede her dört ekstremiteninde etkilendiği görüldü. Sağ elde akrosindaktili, sağ el 1. parmak proksimal falanks seviyesinde sirküler yerleşim gösteren ve lenfödemin eşlik ettiği konstruktif bant izlendi. Sol elde yalnızca 2. parmak proksimal falanks seviyesinde sirküler yerleşim gösteren ve lenfödemin eşlik ettiği konstruktif bant izlendi, diğer parmaklar olağan izlendi.. Sağ bacak üst 1/3 te sirküler şekilde yerleşim gösteren konstriktif band ve bandın distalinde bacakta lenfödem izlendi. Sol ayak parmaklarında akrosindaktili ile birlikte tırnak izlenmedi. Her iki ayakta da club foot deformitesi gözlendi.Operasyona alınan hastanın sağ bacaktaki konstrüktif bandının yalnızca medial kısmı eksize edilerek multipl z plastiler ile açılması sağlandı. Sol el 2. Parmak ve sağ el 1. Parmakta konstrüktif bandlar eksize edilip parmaklar serbestlenerek z-plastiler ile düzeltildi. Akrosindaktili bulunan diğer parmakların açılma işlemi bir sonraki seansa bırakıldı.Eş zamanlı olarak ortopedi ekibi tarafından da club foot deformitesi düzeltilmesine yönelik plantar faysa ve aşil tendon serbestlenmesi ardından uzun bacak sirküler alçı yapılarak işleme son verildi. Post op takiplerinde yalnızca sol el 2. Parmakta dolaşım bozukluğu gelişen hastaya günde 2 defa sütur hattından ppd enjetör iğnesi ile kanatılarak venöz drenaj arttırılması,heparin uygulaması ve el elevasyonu yapıldı. 3 gün sonunda parmak dolaşımının düzeldiği izlendi. • İkinci vaka prenatal öyküsünde özellik olmayan 23 yaşındaki annenin 1. Gebeliğinden 1. Yaşayan olarak 32 haftalık prematüre C/S yol ile 2630 gr olarak dünyaya gelmiş.Anne ve baba arasında akrabalık bulunmayn erkek hasta tarafımıza başvurduğunda 10 aylık ve 8000 gr ağırlığındaydı.Aile öyküsünde yarık damak-dudak,gastroşizis, ekstremite anomalileri,SSS veya KVS hastalıkları bulunmayan hastada ek anomali saptanmadı. Yapılan fizik muayenede sol elde 2-3-4-5. parmakları kapsayan komplike sindaktilinin eşlik ettiği konstriktif band sendromu mevcut. Başparmak hareketleri olağan. Sağ elde 2-3 ve 4. parmaklar proksimal falanks proksimalinden itibaren izlenmemiş olup akrosindaktilinin eşlik ettiği konstriktif band sendromu mevcut. 1 ve 5. parmaklar normal görünümde ve fonksiyoneldi. Sol ayak bileği proksimalinde amniyotik band izlendi. Ayak dorsumunda lenfödem izlendi. 2-3-4-5. parmaklar ödemli ve MKF eklem seviyesinden itibaren mediale deviye izlendi. Sağ ayak 1. ve 2. parmakta komplet komplike sindaktili izlendi. Diğer parmaklar normal görünümde kapiller dolumları olağan olarak saptandı. Yapılan operasyonda sol ayak bileğinde sirkülere yakın olan kontraktür bandı multipl z plastilerle açıldı.Sol elde bulunan 2.-3. Ve 4. webde bulunan

sindaktiliye yönelik uygun flepler planlandı ve z-plastiler yapılarak sindaktili düzeltildi. Post op erken veya geç komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Kliniğimizde opere edilen 2 tane amniotik band sendromu bulunan hastanın post op takipleri devam etmekle birlikte şu ana kadarki takiplerinde herhangi bir geç komplikasyon gözlenmemiştir. Sirküler olan amniotik banların açılması sırasında mevcut anatomi sağlıklı bireylerle bire bir örtüşmediğinden bandların tek seferde açılması muhtemel dolaşım bozukluğuna sebebiyet verebilir. İlk vakamızda sunduğumuz üzere erken dönemde dolaşım bozukluğu gelişmiş, yakın takip ve erken tedavi ile bu durum gerilemiştir. Yapılacak operasyonda uygulanacak tedavi modalitesinin belirlenmesi hastanın yaşı,ek anomalileri, etkilenmiş ekstremite sayısı ve şekline göre olmalıdır ve en azından görüntüleme yöntemi olarak düz grafinin kullanılması kemik yapının görülmesi açısından önerilir. Özellikle Patterson sınıflamasında tip 2 ve 3 içerisine giren anomalilerde bandların eksizyonu ardından multipl z plastiler yapılabilir. Günümüzde ilerleme kaydedilmesine karşın amniotik band sendromunun diğer el anomalilerine oranla daha az gözlenmesi ve patogenezinin net anlaşılamaması nedeniyle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Mevcut durumda sirküler bantların dolaşımın bozulmayacağı öngörülebiliyorsa tek seansta, ön görülemezse ek seanslarla eksizyon ve z plastilerle açılması yöntemi kullanılmaktadır. İşlem sonrası hastaların yakın takibi ve gözlemi önerilmektedir.

Amniotik Band Sendromu



olgu postop

Amniotik Band Sendromu



olgu preop

P-236
Bir meslek hastalığı interdigital plonidal sinüs

Fatih Alp Öztürk, Hasan Şahin, Ali Barutcu, Cenk Demirdöver
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Pilonidal sinüs klinik pratikte sıkça karşılaştığımız bir hastalıktır. Ancak interdijital bölge gibi kıl foliküllerinin olmadığı bir lokalizasyonda ortaya çıkması beklenen bir durum değildir. Bildirimizde bu lokalizasyonda ortaya çıkan bir pilonidal sinüs vakasının bir meslek hastalığı olarak sunulması ve etiyolojisinin konuyla ilgili mevcut literatür ile birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Giriş: Pilonidal kelimesi latince kıl anlamına gelen "pilos" ve yuva anlamına gelen "nidus" kelimelerinin birleşmesi ile oluşmuştur. Pilonidal sinüs klinik olarak en sık sakrokoksigeal bölgede intergluteal sulkus süperiorunda kırılan veya kesilen saçların deriyi penetre etmesi sonucu oluşur.4 Cildi penetre eden kıl veya saç zamanla bulunduğu bölgede bir yabancı cisim doku reaksiyonu ve inflamasyon sürecini tetikleyerek etrafında kist oluşumuna yol açar.5 Zamanla fistül ağzı oluşumu ve hastalarda enfeksiyon kliniğinin belirginleşmesi ile sistemik bulgular ortaya çıkabilir. Pilonidal sinüs genellikle sakrokoksigeal, interpektoral ve aksiller bölgeler ve skalp gibi kıl yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde ortaya çıkarken3 nadir olarak interdijital bölgeler ve postaurikular sulkus gibi normalde kıl foliküllerinin olmadığı bölgelerde ortaya çıkabilmektedir. Sık görülen lokalizasyonlarda ortaya çıktığında hastanın kendi kıl veya saçları etiyolojide yer alırken özellikle interdijital bölge gibi kıl foliküllerinin olmadığı atipik lokalizasyonlarda genellikle mesleki etiyoloji altında farklı kıl yapılarının neden olduğu düşünülmektedir.5

Olgu Sunumu: 38 yaşında erkek hasta tarafımıza sol el 3. web aralığında başvuru anından akıntı ve enfeksiyon bulguları olmayan fistül ağzı ile uyumlu görünüme sahip lezyonla başvurdu. Yaklaşık 20 yıldır berber olarak çalışan hastanın bu bölgede yaklaşık son 1 yıldır mevcut şikayetinin olduğu öğrenildi. Geçen zamanında başka tedavi almayan hastaya eksizyon planlandı. Operasyon öncesi fistülografi planlanmadı ancak operasyon sırasında metilen mavisi kullanılarak kist sınırları belirlendi ve dijital arter ve sinirlere dikkat edilerek fistül traktı eksize edildi. Fistül traktı içerisinde farklı renk ve karakterde saçlar görüldü. Oluşan defekt primer sütüre edilerek onarıldı. Hastaya 2 hafta boyunca hiperabduksiyondan kaçınması anlatıldı. Post-operatif 2 aylık taipte komplikasyon veya rekürrens izlenmedi. Hastanın patoloji sonucu "Pilonidal kist ve kıl şaftlarına karşı gelişmiş yabancı cisim doku reaksiyonu" olarak raporlandı.

Sonuç: İnterdijital bölgede ortaya çıkan pilonidal sinüs genellikle berberlerin meslek hastalığı olarak karşımıza çıkar.1 Daha kısa ve sert yapılı saçlarla uğraştıklarından genellikle erkek berberlerde görülmekle birlikte bayan kuaförlerde, koyun postu yüzenlerde, hayvan sağan çiftçilerde, kesimhane çalışanlarında ve köpek bakıcılarında da görülebilmektedir.5 Özellikle enfektif süreçlerle komplike olduğunda çok kısıtlayıcı bir hastalık olduğundan ve konservatif yöntemler enfeksiyona yönelik antibiyoterapi ile sınırlı olduğundan tedavide cerrahi eksizyon esastır. Ancak her hastalıkta olduğu gibi burada da en efektif yöntem önleyici yöntemlerdir. Bu durumun genellikle mesleki maruziyete sekonder oluştuğu göz önünde bulundurulursa rekürrens ve ilk ortaya çıkışın bazı mekanik önlemlerle sağlanabilmesi mümkündür. Parmaksız eldivenler, web aralıklarına uygulanabilecek çeşitli topikal ajanlar veya sargılar interdijital bölgedeki ince deri yapısını koruyarak sinüs oluşumunu önlemede yeterli olabilir.2

Kaynakça: 1- Uysal AC, Orbay H, Uraloglu M, Sensoz O, et al. Rare occupational disease of hair dressers: interdigital pilonidal sinus. J Nippon Med Sch 2007;74:364–6

2- Adams CI, Petrie PWR, Hooper G. Interdigital pilonidal sinus in the hand. J Hand Surg.

2001;26:53-5

3- Uysal AC, Alagoz MS, Unlu RE, Sensöz O. Hair dresser's syndrome: a case report of an interdigital pilonidal sinus and review of the literature. Dermatol Surg 2003;29:288–90.
4- Ivance DW, Lubahn JD, Interdigital Pilonidal Cyst, Hospital Physician September 1999
5- Vaiude P, Dhital M, Hancock K. A true pilonidal sinus in the hand of a sheep shearer. JSCR 2011 12:6
6- Eryilmaz R, Okan I, Ozkan OV, Somay A, Ensari CÖ, Sahin M. Interdigital pilonidal sinus: a case report and literature review. Dermatol Surg. 2012 Aug;38(8):1400-3. doi: 10.1111/j.1524-4725.2012.02412.x. Epub 2012 Jun 8. Review. PubMed PMID: 22681710.

İnterdijital Pilonidal Sinüs



olgu

İnterdijital Pilonidal Sinüs



olgu

P-237
Elektrik yanığı sonrası gelişen alt ekstremite defeklerinde bilateral sural flep kullanımı, olgu sunumu

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Tuba Sodalı, Serhat Yarar, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda kullanılan distal pediküllü sural nörokutanoz flep, uzun pediküllüyle bacak, ayak bileği, topuk, tibia ön yüzü ve hatta ayak bölgesinin rekonstrüksiyonuna izin veren geniş akslı bir fleptir. Alt ekstremitenin ana arteryel akımını bozmadan, kolay ve hızlı şekilde kaldırılabilir. Sural flep tek seansta yapılabileceği gibi geciktirme yapılarak iki seanstada yapılabilir. İskemik ekstremitelerde güvenli bir şekilde kullanılabilir. Ortalama boyut olarak 15x12 cm kaldırılabilir. Geçiktirme ve flep ekspansiyonu ile boyut artırılabilir. Flebin kaldırılması sonrası görülebilen problemlerden biri de venöz dolaşımda bozulmadır. sural sinir duyusunun yitirilmesidir

Elektrik yanığı sonrasında gelişen bilateral malleol yanığı mevcut olan hastada distal pediküllü sural nörokutanoz flepler ile rekonstrüksiyon sunulacaktır.

Olgu sunumu: 25 yaşındaki hasta elektrik yanığı nedeni ile ilk tedavisi yanık servisinde tamamlandıktan sonra her iki ayağında ve ayak bileğinde olan açık yaraları için sevketildi. Hastanın yapılan muayenesinde sağ ayak lateral malleol merkezli 10x10 cm lik kemiğinde açık olduğu açık yara ve sol ayak medial malleol merkezli 10x12 cm lik açık yara mevcuttu. Hastanın el ve ayaklarındaki diğer yanık alanları yarı kat deri grefti ile örtülmüş ve başarılı olmuştu. Hastanın iki taraflı lezyonu olması, elektrik yanığı olması nedeni le pediküllü flep ile rekonstrüksiyonu düşünüldü. Aynı seansta iki taraflı sural flep geçiktirilmesi yapıldı. Sol bacak arka yüzde yanık alanı olan alan flebe dahil edilmedi. Tüm flep tabandan kaldırılmasına ragmen ¼ deri adası sağlam bırakılıp 1 hafta sonra serviste local anastezi altında kesildi. 3. Hafta sonunda flep kaldırılıp defek alanlarına transfer edidi. Donör alana deri yarı kat deri grefti konuldu. Postoperatif venöz proplem ile karşılaşılmadı. Hasta 10 günde taburcu edildi.

Tartışma: Distal pediküllü sural nörokutanoz flepler, geniş rotasyon arkı ve uzun pedikülü ile özellikle ayaktaki ana damarsal yapıların etkilendiği elektrik yanıklı vakalarda alt ekstremite rekonstrüksiyonu için oldukça yararlı bir fleptir. Geçiktirme bu fleplerde özellikle venöz yetmezliğin önlenmesinde oldukçca önemlidir. Erken dönemde venöz sorunun olmaması için 1 haftalık peryotta ¼ deri adasının sağlam bırakılması hem arteriyel hem venöz sorunun engellenmesi için önemli olduğunu düşünüyoruz.

resim 1



resim 2



resim 3



P-238
Başparmakta atipik subtotal amputasyon

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Serhat Yarar, İlker Uyar, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Endrüstriyel sanayi gelişimi ile iş güvenliğinin eş zamanlı gelişmesi toplum için önemli bir konudur. İş güvenliği konusundaki yetersizlikler ve işçinin dikkatsizlikleri nedeni ile her yıl uzuv kaybı ve ölümle ile sonuçlanan yaralanmalar olmaktadır.Replantasyon için ideal hastalar, keskin giotin yaralanan minimal kontaminasyonlu hastalardır. Başparmak, çoklu parmak, el, bilek, ön kol ampütasyonu ve çocukta tek parmak ampütasyonları mutlak replantasyon yapılması gereken ampütasyonlardır. Ezilme ve avülziyon tarzında olan total amputasyonlarda amputatların tümünün getirilmesi ve subtotal amputasyonlarda ise güdüğe bağlı olan kısımların hastadan ayırılmadan makineden çıkarılıp parmağa yada ele atellenerek mikrocerrahi yapılan bölgeye getirilmesi en uygun olanıdır. Bu işlem subtotal amputasyonlarda sıcak iskemi süresini artırsa da kalan dokulardaki yapıların ne olduğunu bilmeyen kişilerce ayrılması uygun olmamaktadır. Kopan parçaların mikrocerrah tarafından değerlendirilip gerekirse total amputasyona cevirilebilir. Bu çalışmada helezon makinasına bağlı dönme etkisi ile subtotal ampute olan hastada parmak ile amputat arasındaki bağlantı tartışılacaktır.

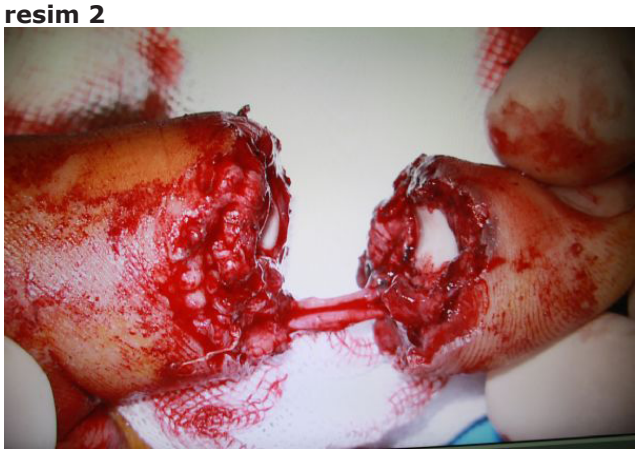
Olgu sunumu: 25 yaşındaki erkek hasta elini helezona kaptırması nedeni ile acil serviste görüldü. Sol eL başpamağın PIP eklem seviyesinden subtotal ampute olduğu ve dolaşımının olmadığı görüldü. Hastanın başparmağı atele alınıp ameliyathaneye gönderildi. Aksiller blok sonrası hastanın pansumanı açıldığında parmağın dolaşımın olduğu ve renginin düzeldiği görüldü. Mikroskop altındaki eksplorasyonunda amputat ile güdük arasındaki bağlantının ulnar taraf dominant arteriyel pedikül ve digital sinir olduğu görüldü. Digital arter akımının olduğu görülüp avülze olan dallar bağlandıktan sonra K teli ile kemik tespiti, fleksör ve ekstansör tendon onarımları yapıldı. Radial taraf digital sinir koapite edilip dorsalde 2 adet ven yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif antibiotik ve analjezik tedavisine ilaveten asetil salisitik asit 1x100 mgr 1 ay boyunca, dextran 40 (500 ml, 8 saat infüzyon) 5 gün boyunca kullanıldı. 1 ayda kişner teli çekilip fizik tedavi başlandı.

Tartışma: Subtotal amputasyonlarda amputate ile güdük arasındaki kalan dokuların korunması cerrahi açıdan oldukca önemlidir. Dorsalde sağlam olan küçük bir seğmente sağlam bir venöz yapının olması hastanın parmak yaşayabilirliğine oldukca katkı sağlar. Hastamızda transferi sırasında arada kalan küçük damar sinir seğmenti koparılmayıp korunmuş, acilde tarafımızdan atelleme sağlandıktan sonrada pamak dolaşımı yerine gelmiştir. Subtotal amputasyon transferlerinde amputatların atellenerek iletiminin sağlanması oldukça önem taşır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-239
Çoklu parmakucu replantasyonu, olgu sunumu

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, İlker Uyar,
Mehmet Emin Cem Yıldırım, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Parmak ucu ampütasyonları elin sık görülen yaralanmalarındandır. Distal interfalangial eklem seviyesi distalinde replantasyon damar çap küçüklüğü nedeni ile zor olsada, en iyi sonuçlar replantasyon ile alınmaktadır Tamai klasifikasyonu, distal falanks ampütasyonunu 2 seviyeye ayırır. Tamai zone 1; tırnak kökü ile parmak ucu arasındaki bölge, Tamai zone 2; tırnak kökü ile DIP eklem arası bölge olarak sınıflandırılmıştır. Yamano klasifikasyonuda ampütasyonun oluş mekanizmasına göre üç gruba ayırır. YamanoTip1; giotin tipi keskin ampütasyonlar Yamano Tip 2; orta derece crush yaralanmalar (testere), Yamano Tip 3; crush avülziyon yaralanması (pres ya da kapıya sıkışma) Bu çalışmada 14 yaşındaki çocuğun 3 parmağını pres makinasına kaptırması nedeni ile yapılan parmakucu replantasyonları ve takibi tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 14 yaşında erkek hasta yaz tatilinde babasının işinde çalışırken prese elini kaptırması nedeni ile dış merkezden kabul edildi. Hastanın muayenesinde sağ el 2. Parmağın tırnak kökü seviyesinden (Tamai bölge 1), 3. 4. parmağın ise DIP eklem seviyesinden (Tamai bölge 2) olduğu görüldü. 2. Parmak amputatında pres yaralanma nedeni ile morarma ve ekimoz mevcut olmasına ragmen hastanın çocuk olması nedeni ile replantasyonuna karar verildi. Amputate ve pedikül diseksiyonları sonrası kemik tespiti ve tendon onarımları ve yapıldı. 7 saatlik ameliyat sonrası 3. ve 4. Parmaklara 2 arter 2 ven ve digital sinirler yapıldı. 2. Parmağa tek arter ve sinir onarımı yapılıp ameliyat sonlandırıldı. Ven grefti önkoldan alındı. Postoperatif antibiotik ve analjezik tedavisine ilaveten heparin (3*2500 Ü), asetil salisitik asit 1x100 mgr 1 ay boyunca, dextran 40 (500 ml, 8 saat infüzyon) 5 gün boyunca kullanıldı. 2 parmağın venöz onarımı olmadığı için kanatma ve sülük uygulaması yapıldı. Post operatif 7. Günde 2 parmak arteriyel yetmezliğe girerek kaybedildi. Diğer parmakuclarının 1. ayda kişner teli çekilip fizik tedavi yönlendirildi.

Tartışma: Parmakucu replantasyonlarında yaralanma şekli ve seviyesi cerrahi başarıda önem arzeder. Proksimal parmakucu replantasyonlarında ve crush olmayan yaralanmalarda başarı sansı artar. Hastamızda Tamai bölge 1 seviyesinde ve presin etkisinin en belirgin olduğu amputatın (yamano tip 3) kaybedilmesi literatürle benzerlik gösterir. Küçük seğmentte ven onarımının yapılamamış olmasıda basarısızlıkta önemli bir etken olduğunu düşünmekteyiz. Distal parmakucu ampütasyonlarda replantasyon teknik olarak zor olsa da uygun hastalarda mutlaka denenmelidir

resim 1



resim 2



resim 3



P-240
Kemik fiksasyon tekniğinin çocukluk çağı parmak replantasyonlarında başarı üzerine etkisi, olgu sunumu

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Tuğba Sodalı, Serhat Yarar, İlker Uyar, Mehmet Emin Cem Yıldırım
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Çocuklarda parmak replantasyonlarının başarısı, deneyimlerin birikimine ve replantasyon tekniklerinin gelişmesine olarak artmıştır. Çocuk replantasyonlarında ki en önemli mesele ise parmağın fonksiyonel olup olmayacağıdır. Bir çok cerrah daha kolay ve çabuk uygulanan Kişner teli ile kemik fiksasyon metodunu tercih etmektedir ve kemik fiksasyonunun fonksiyonel sonuçları etkileyen majör faktor olmadığını düşünmektedir. Halbuki kemik fiksasyonunda anatomik reduksiyon ve stabilite damar onarımında ve sonraki eklem hareketlerinde oldukça önem taşır. İyi tespit sayesinde damar uçları kolaylıkla uç uca gelir ve kemik stabilitesi sayesinde anastomoz hattındaki gerginlik ve hareket minimale iner. Plak vida ile kırık tespiti replantasyon süresini uzatmasına rağmen kişner telinden farklı olarak eklemlerde geçmemesi nedeni ile eklem hareketlerinde daha az soruna yol açar. Bu nedenle özellikle iskemi süresi geçmeyen parmaklarda önerilmektedir. 3 parmağı plak vida ile 2 parmağı k teli ile tespit edilen 12 yaşındaki çocukta tespit ve replantasyon başarısı ve alınan dersler tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 12 Yaşında sol elini kadayıf kesme makinesine kaptıran hasta 5 parmağının kopması nedeni ile 4,5 saatte 112 iletişimi kabul edilip helikopter transferi ile 7 saatte acil serviste görülüp ameliyata alındı. Amputasyonlar, sol el 1. PIP eklem, 5. Parmak PIP eklem seviyesinden, 2-3-4. parmaklar proksimal falanks orta seviyedendi. 2 ekip halinde çalışılıp diseksiyonlar ile amputat ve güdükler hazırlandı. Tespitler 1.ve 5. parmaklarda eklemden ampute olması nedeniyle K teli ile, 2-3-4. parmaklara fonksiyon kaybını azaltmak amacıyla mini L plak ile tespit yapıldı. Tüm parmakların fleksör ve ekstansör tendonları onarıldı. 1-2-5. Parmaklara tek arter 3-4. Parmaklara ikişer arter onarımı yapıldı. 1. Parmak dışında tüm parmaklara iki adet ven onarımı yapıldı. 1. Parmağa 1 adet ven grefti ile ven onarımı yapıldı. Replantasyonda sona 5. ve 1. parmak bırakıldı. Tüm parmakların arteriyel dolaşımı sağlandıktan sonra ven onarımına geçildi. Operasyon toplam 16 saat sürdü. Hastaya intraoperatif heparin 2500 ünite 8 saat ara ile verildi. Erken postoperatif 8. saatlik dönemde parmak dolaşımları normaldi. Postoperatif 8. saatte revizyona alınp 2,3,4' ün arter anastomozları 4 saatlik süreçte tekrarlandı. İkinci ameliyattan 1 gün sonra 2.,2 gün sonrada 3-4. parmak dolaşımları tekrar bozuldu. Hastanın çoçuk olması ve toplamda 18 saatlik ameliyat süresi olması nedeniyle tekrar revizyona alınmadı. Postoperatif 5. günde hastanın 2-3-4. Parmağını ampute edeceğimizi hasta ve ailesi ile konuşurken hastanın ''Parmakların sağlam, ben hep hareket ettirdim şimdide hareket ediyor'' diyerek parmaklarını yumup açtığını gözlemledik. 5 günde ameliyat alıp parmak boylarını küçültmemek amacı ile pediküllü kasık flebi ile rekonstrükte Edip 3 hafta sonra ayırdık. Postoperatif dönemde infüzyon heparin tedavisi (3x2500 Ü) ve aspirin (1x100 mgr) tedavisi uyguladık. 1 ve 5 parmakta sorun yaşanmadı.

Tartışma: Çocuklarda parmak amputasyonu replantasyon için mutlak endikasyondur. Coçuklardaki damar boyutlarının küçüklüğü ve spazma yatkın olması coçuk replantasyonlarını zor kılar ve başarı şansını düşürür. Ayrıca replantasyon çocuğun fizyolojik ve psikolojik gelişimi için faydalıdır. Ayrıca hasta ve aile memnunyeti yüksektir. Erişkinlere kıyasla pediatrik grup replantasyonlarının teknik ve takiplerinde kendine has faklılıklar bulunmaktadır. Kemik tespiti sırasında epifiz plaklarının korunması önemlidir. Kemik tespiti için bir çok yöntem vardır. Cerrahlar tarafından kolay ve çabuk uygulanması nedeniyle en çok tercih edilen k telleri uygunsuz kemik tespiti nedeniyle epifizyal büyümeye engel olabilir. Plak vida ile kemik fiksasyonu en güvenilir ve en stabil kemik fiksasyonu sağlayan yöntemdir. Stabil kemik fiksasyonu devamlı tendon ve eklem hareketine izin verir, damar onarımını ve kan geçişini korur, eklem kontraktürü ve tendon yapışıklıklarını önler, hastanın rehabilitasyona daha erken başlamasına ve el fonksiyonlarını daha çabuk kazanmasına neden olur. Dezavantajları uygulanmasında ek doku diseksiyonu gerektirmesi ve fazladan zamana ihtiyaç duyulmasıdır. Uzamış iskemi zamanı nedeniyle

çabuk ve kolay uygulanan kemik fiksasyonunu seçmek, ikincil cerrahilerin,uzun süren rehabilitasyon ihtimalini artırır. Aslında stabil kemik fiksasyou için harcanan zaman az efektif fiksasyon için harcanan zamandan çok fazla değildir. Zaten kabul edilebilir sıcak iskemi zamanı parmaklarda ekstremitelerden daha uzundur. Replantasyon postoperatif bakımında atel yerine yumuşak kaba sargı en çok tercih edilen yöntemdir. Bizde vakamızda yumuşak sargıyı tercih ettik. Fakat eğer plak vida ile çocuk replantasyonu yapılacak ise kesinlikle hastaya alçı ile atel yapılmasını gerekli olduğu kanatindeyiz. İskemi süresi en fazla olan K teli ile tespit yapılan 1 ve 5 parmakta sorun yaşanmaz iken plak ile tespit edilenlerde sorun olmuştur. Tabiki tek nedenin bu olduğunu düşünmüyoruz. Replantasyon başarı ve başarısızlığında çoklu faktörler rol oynar.

resim 1



resim 2



resim 3



P-241
Avülse Olmuş Üç Parmağın Radial Önkol Serbest Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Barış Yiğit, Gamze Özkan, Furkan Kurdal
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD Düzce

Giriş: Avülsiyon yaralanmaları ekstremite cildinin yüzük şeklinde yaralanarak sıyrılması sonucu oluşan, farklı kliniklere sahip yaralanmalardır. Urbaniak klasifikasyonuna göre klas 3 yaralanma olarak kabul edilen parmakların total degloving tarzı yaralanması (1), ekspoze olmuş tendon, pulley sistemi, falangeal kemikler ve eklem kapsülü gibi yapıların örtümü için kullanılacak fazla lokal doku olmadığı için cerrahı zorlayabilen bir durumdur. Bu tip yaralanmalarda dokudaki hasar göründüğünden daha ciddi olduğundan replantasyon başarısı düşüktür(1-3). Küçük defektlerin onarımı için basit teknikler (sekonder iyileşme, greft ile onarım, lokal flepler) kullanılabilirken (4,5), özellikle dolaşımın problemli olduğu büyük defektlerde pediküllü veya serbest flepler tercih edilmektedir(6-8). Bu yazıda 3 parmağı travmatik avülsiyon yaralanması sonucu ampute olan ve tüp haline getirilmiş radial ön kol serbest flebi ile rekonstrüksiyon yapılan bir olgu sunulmuştur.

Vaka: İş kazası sonucu sağ elini merdaneye kaptıran 19 yaşında erkek hasta sağ el D2-3-4 avülsiyon tarzı amputasyon ile acil servisimize başvurdu. Yapılan muayene sonucunda 2., 3. ve 4. dijitlerin proksimal falanks seviyesinden yumuşak dokuların avülse olduğu, ayrıca D2 distal falanksın DIP eklem seviyesinden ampute olduğu görüldü. Nörovasküler yapıların ampütasyon seviyesinin proksimalinden avülse olduğu tespit edildi. Fleksör tendonların fonksiyonel oldukları gözlendi. Rekonstrüksiyon alanının genişliği göz önüne alınarak radial ön kol serbest flebi ile rekonstrüksiyon planlanarak hasta acil şartlarda operasyona alındı. Sağ ön kolda 19x10 cm boyutunda planlanan radial artere baze serbest flep eleve edildi. Flep parmakların çevresine sarılarak sütüre edildi. Alıcı arter olarak palmar arkus, alıcı ven olarak el dorsumunda bulunan 2 adet ven kullanıldı. Ven anastomozunda gap oluştuğundan ven greftleri kullanıldı. Flep donör sahası STSG ile kapatıldı. El ulnar yüzden kısa kol ateline alındı. İleri bir tarihte de-sindaktilizasyon planlanan hasta postoperatif 10. günde eksterne edildi.

Sonuç: Avülsiyon tarzı parmak ampütasyonlarında yumuşak doku rekonstrüksiyonu için çeşitli tedavi seçenekleri olmakla birlikte, birden fazla parmağın avülse olması durumunda bu seçeneklerin kullanımı sınırlanmaktadır. Kasık flebi veya abdominal flepler bu hastalarda kullanılabilecek yöntemler olup, ekstremitenin immobilizasyonuna bağlı gelişecek eklem komplikasyonları, hastanın konforu ve flebin hacimli olması nedeniyle gerekli olacak de-bulking prosedürleri düşünülerek uygun görülmemiştir. Serbest temporoparietal fasya flebi pedikülün kısa oluşu, varyatif venöz anatomi, alopesi riski nedeniyle seçilmemiştir. Sunulan vakada 3 parmağın yumuşak doku rekonstrüksiyonuna ihtiyaç duyması nedeni ile yukarıda belirtilen sebepler göz önüne alınarak radial önkol serbest flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır.

Referanslar:
1.CrosbyN,HoodJ,BakerG,LubahnJ.Ringinjuriesofthefinger: long-term follow-up. Hand (N Y). 2014 Sep;9(3):274-81 2. Lefe`vre Y, Mallet C, Ilharreborde B, Jehanno P, Frajmann JM, Pennec GFO, Mazda K, Fitoussi F. Digital Avulsion With Compromised Vascularization: Study of 23 Cases in Children. J Pediatr Orthop. 2011 Apr-May;31(3):259-65. 3. Moosa A. Double Cross-Finger Flaps. A Novel Technique for Management of Ring Avulsion Injuries. Ann Plast Surg. 2010 Apr;64(4):409-11.

4. Sica A, Dubert T. Skin graft and cross finger flap for salvage reconstruction of ring finger avulsion. Chir Main 2005;24:246–250.
5. Demiri EC, Dionyssiou DD, Biskiniotis I, Papadimitriou D. Reconstruction of a degloved finger with a heterodigital reverse dorsal digitometacarpal flap. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2007;41:42–44.
6. Chen HC, el-Gammal TA. The lateral arm fascial free flap for resurfacing of the hand and fingers. Plast Reconstr Surg. 1997 Feb;99(2):454-9.
7. Rogachefsky RA, Mendietta CG, Galpin P, Ouellette EA. Reverse radial forearm fascial flap for soft tissue coverage of hand and forearm wounds. J Hand Surg (Br) 2000;25:385–389.
8. Hirase Y, Kojima T, Bang HH. Secondary reconstruction by temporoparietal free fascial flap for ring avulsion injury. Ann Plast Surg 1990;25:312–316

dorsal görünüm



Postop volar görünüm



volar görünüm



P-242
Başparmakta Eklem Hareket Kısıtlayan Tendon Kılıfının Dev Hücreli Tümörü: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Muzaffer Durmuş[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Sedat Avşar[1], Nuri Yiğit[2], Yalçın Bayram[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD

Amaç: Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri (TKDHT) sıklıkla elde yerleşim gösteren, yavaş büyüyen, her yaşta görülebilen, ağrısız, benign karakterde ancak nüks olasılığı olan lezyonlardır. Tedavisi cerrahi olan tümörlerin bir bütün olarak çıkarılması genellikle yeterlidir. Hastaların ameliyat sonrası evrede nüks olasılığını göz önünde bulundurarak takiplerini aksatmaması önem arzetmektedir. Bu çalışmada başparmakta yerleşim gösteren interfalangeal eklemde hareket kısıtlılığına yol açan multifokal dev hücreli tümör olgusu güncel literatür verileri eşliğinde sunuldu.

Olgu sunumu: 20 yaşında erkek hasta sağ el birinci parmak dorsumunda şişlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta bu kitlenin 6 yaşından beri var olduğunu, ağrı oluşturmadığını, özellikle son bir yılda giderek büyüdüğünü ifade etmekteydi. Fizik muayenesinde hastanın sağ el baş parmağının sola göre daha büyük olduğu, kitle üzerinde satellit görünümlü nodüler kitle olduğu gözlendi. Kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasına karar verildi. Hasta aksiller anestezi altında ameliyata alındı. Sağ el başparmak dorsumunda interfalangeal eklem çizgilerinin üzerinde olacak şekilde insizyon planlandı (Resim1). Komşu anatomik yapılar korunarak ana tümör dokusu bir bütün halinde çıkarıldı (Resim2). Cerrahi eksizyon materyalleri rutin patolojik incelemeye gönderildi (Resim 3). Postoperatif evrede hastada herhangi bir cerrahi komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik inceleme sonucunda multifokal tenosinoviyal dev hücreli tümör olarak rapor edildi. Olgu nüks olasılığı açısından 18 ay süresince yakından takip edildi.

Tartışma ve Sonuç: TKDHT, elin subkutanöz tümörler arasında ganglion kistinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. El dışında el bileği, omuz, kalça, diz, ayakta görülebilmektedir. Güncel literatürde TKDHT nüks olasılığı değişik hasta serilerinde %7-44 olarak rapor edilmiştir. Nüks olasılığı nedeniyle tümör eksizyon kurallarına uyulması gerekmektedir.

Sonuç olarak TKDHT, sıklıkla elde görülen, çoğu kez ağrısız asemptomatik seyreden cerrahi olarak bir bütün olarak çıkarıldığında bile nüks olasılığı olan benign bir tümördür. Nüksü engellemek için geniş bir ekspojurun sağlanması, loop altında çalışılması, nörovasküler yapıların korunması gerekir. Nüks olasılığı açısından ve takipleri aksatmaması yönünde hastaların uyarılması önem arzetmektedir.

Kaynaklar:
1. Kotwal PP, Gupta V, Malhotra R, Giant cell tumour of the tendon sheath, J Bone Joint Surg 2000; 82B:571-3
2. Al-Qattan MM, Giant cell tumours of tendon sheath: classificationandrecurrencerate.JHandSurg2001;26B:72-5
3. Glowacki KA, Weiss AP. Giant cell tumors of tendon sheath.Hand Clin 1995;11:245-53
4. Gibbons CL, Khwaja HA, Cole AS, Cooke PH, Athanasou NA. Giant-cell tumour of the tendon sheath in the foot and ankle. J Bone Joint Surg Br. 2002;84(7):1000-3.

Resim1



İnsizyon planı görülmektedir.

Resim2



Eklem hareketini kısıtlayan ana tümöral doku

Resim3



Rutin patolojik değerlendirmeye gönderilen multifokal yerleşimli kitlelerin tümü görülmektedir.

P-243
İntramusküler Dev Lipom: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş, Ahmet Demirhan Dal,
Abdül Kerim Yapıcı, Sedat Avşar, Yalçın Bayram
GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Lipomlar, yüzeyel ya da derin yerleşimli olabilen ve genellikle iyi bir kapsüler kılıf ile çevrelenmiş olan mezenşimal kaynaklı kitlelerdir. Sıklıkla baş boyun, sırt ve omuzda cilt altında yerleşim gösterirler. Ancak bazı olgularda intramusküler, intermusküler ya da intraosseöz yerleşimli olabilmektedir. Lipomlara bağlı olarak kozmetik veya bası semptomları gelişmesi nedeniyle literatürde zaman zaman dikkatleri üzerine çekmektedir. Dev lipom terimi literatürde 5 cm çapı aşan olgular için kullanılmaktadır. Bu tür olgular ileri inceleme tetkikleri gerektirmektedir. Hastaların preoperatif evrede yeterli oranda değerlendirilmesi sonrası cerrahi işlem uygulanabilir. Bu çalışmada intramusküler yerleşimli dev lipom olgusunun klinik özellikleri literatür bilgileri ışığında ele alındı.

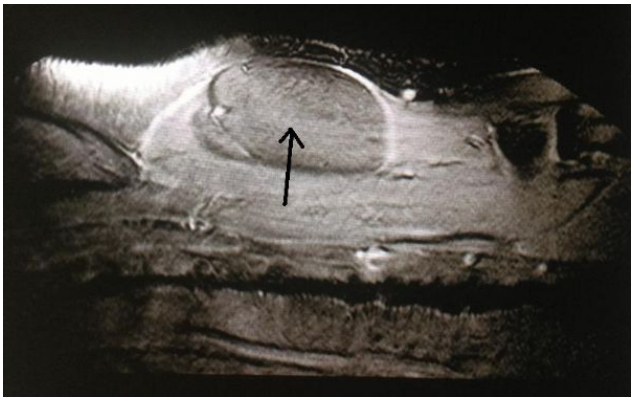
Olgu Sunumu: Elli dört yaşında bayan hasta sol kolda kitle ve uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hasta kitlenin yaklaşık 10 yıldır mevcut olduğunu ve ancak son zamanlarda giderek büyüdüğünü ifade etmekteydi. Fizik muayenede kitlenin mobil olduğu genellikle ağrısız olduğu, hafif derecede hipoesteziye rağmen motor defisit saptanmadı. Ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntülemede 105x62 mm boyutlarında kitle olduğu görüldü (Resim1). Kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasına karar verildi. Dormikum destekli lokal anestezi altında kitle bir bütün olarak çıkarıldı. Kitlenin radyal siniri çepeçevre sardığı izlendi (Resim2). Diseksiyon esnasında sinirin bütünlüğü korunmaya çalışıldı. Histopatolojik incelemede kitle dev lipom olarak rapor edildi (Resim3). Hastanın 18 aylık takip periyodunda nükse dair bulgu saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç
Lipomlar genellikle soliter yapıda olup nadiren multipl olabilmektedir. Literatür verilerine bakıldığında bazı sendromlara eşlik edebilmektedir. Gardner sendromu, adipozis dolorosa, herediter multipl lipomatozis ve madelung sendromunun bir komponenti olabilmektedir. Sıklıkla kadın fenotipte baskın olarak görülmektedir. Lipomlar genellikle yavaş büyüme paternine sahipken dev lipomlarda hızlı büyüme fazının olması dikkatleri üzerine çekmektedir. Bir diğer özelliği ise malign potansiyel taşıma ihtimalidir. Bu nedenle eksizyon esnasında rezidü kitle bırakılmamasına dikkat edilmelidir. Özellikle histopatolojik incelemede lipoblast varlığı malignite olasılığını arttırabilmektedir. Sonuç olarak dev lipom olgularında tümör cerrahisi kurallarına uyularak kitle rezidü tümör bırakılmadan alınmalıdır. Hastalar nüks olasılığı açısından uyarılmalı, kontrollerin aksamamasına dikkat edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: A series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. Dermatol Surg 2004;30:463-7
2. Celik C, Karakousis CP, Moore R, Holyoke ED. Liposarcomas: Prognosis and management. J Surg Oncol 1980;14:245-9.
3. Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG, Oztan Y, Gorgu M. Whatshould be the treatment modality in giant cutaneous lipomas?Review of the literature and report of 4 cases. Br J Plast Surg 2005;58:394-8.
4. B Allen, C Rader, A Babigian. Giant lipomas of the upper extremity. Can J Plast Surg 2007;15(3):141-144.

Resim1



Kitlenin MR görüntüleri izlenmektedir.

Resim2



İntraoperatif görüntülerde dev lipom ve sinir ilişkisi görülmektedir. Kitlenin aksiller fossaya doğru uzanım gösterdiği izlenmektedir. Diseksiyon esnasında sinirin bütünlüğü korunmaya çalışıldı.

Resim3



Patolojik incelemeye gönderilen kitlenin makroskopik görünümü izlenmektedir.

P-244
İkinci Parmak Yerleşimli Anjiolipoma: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş[1], Nuri Yiğit[2], Abdül Kerim Yapıcı[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD

Amaç: Lipomlar sıklıkla sırt, boyun ve omuzda görülmekte, nadir olarak el, yüz ve ayakta görülebilmektedir. Elde yerleşimli lipomlar genellikle tenar yada hipotenar yörede yerleşim göstermektedir. Sık görülmelerine rağmen parmak yerleşimli kitleler arasında lipomlar nadir görülmektedir. El parmaklarında daha sık olarak müköz kistler, inklüzyon kistleri ve tendon kılıf kaynaklı dev tümör görülmektedir. Elde yerleşimli lipomlar yüzeyel yada derin yerleşimli olabilmektedir. Genellikle ağrısız kitle şeklinde görülmekte ve komşu anatomik yapılara bası (Örneğin; damar, sinir) oluştuğunda ağrılı olabilmektedir. Bu çalışmada nadir görülen parmak yerleşimli anjiolipom olgusunun klinik özellikleri literatür verileri eşliğinde sunulmaktadır.

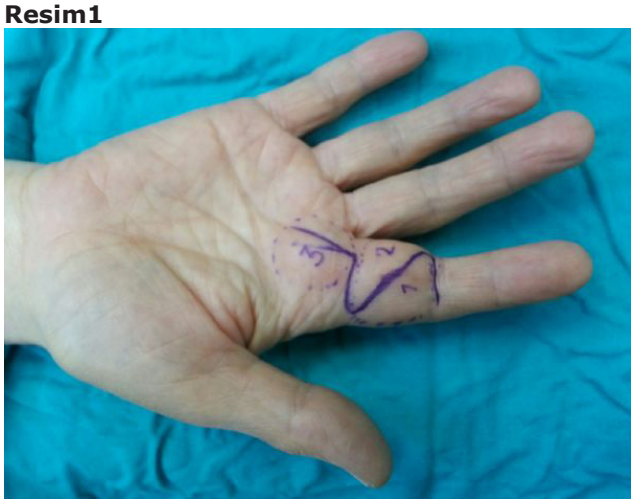
Olgu Sunumu: Elli beş yaşında bayan hasta sağ el 2.parmakta kitle şikayeti ile başvurdu. Hasta son birkaç aydır giderek büyüdüğünü zaman zaman ağrı ve uyuşmaya neden olduğunu ifade etmekte idi. Ultrasonografik ve manyetik rezonans incelemede lipom ile uyumlu görünüm olduğu rapor edildi. Bunun üzerine cerrahi eksizyona karar verildi. Brunerin zig-zag insizyonu ile kitle bir bütün olarak çıkarıldı (Resim1). Diseksiyon esnasında kitlenin kılıfının nörovasküler yapılara oldukça yapışık olduğu izlendi. Digital arter ve sinirler korundu. Histopatolojik incelemede anjiolipoma olarak rapor edildi. Hastanın takip periyodunda nüks saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Lipomlar genellikle 5 ve 6.dekatta görülmektedir. Yüzeyel yada derin yerleşimli olan lipomlar bazen subfasyal planda yerleşim gösterebilmektedir. Ekstremitelerde guyon kanalı, karpal tünel ya da derin palmar yörede görülebilmektedir. Buna bağlı olarak sinir bası bulguları oluşturabilmektedir. Bizim olgumuzda anjiolipomatöz kitle zaman zaman parmaklarda ağrı, uyuşma belirtileri oluşturmakta idi. Cerrahi takip periyodunda kitle etkisi ile oluşan bulguların kaybolduğu görüldü. Histopatolojik inceleme tanıyı netleştirip klinisyene rehber olmaktadır. Bizim olgumuzda klasik lipomlardan farklı olarak nörovasküler yapıların daha yoğun olduğu görüldü. Bu durum özellikle lezyonun büyüme fazında

ağrı ve uyuşma şeklinde bir klinik tablo oluşturmakta idi. Sonuç olarak anjiolipoma elde nadir görülmektedir. Cerrahi esnasında benzer olgularda nörovasküler yapıların korunması önem arz etmektedir. Hastalara cerrahi sonrası takip periyodunda kontrollerini aksatmaması ve nüks olasılığı açısından uyarıların yapılması yerinde olacaktır.

Kaynaklar:
1. Chronopoulos E, Ptohis N, Karanikas C et al. Patient presenting with lipoma of the index finger: a case report. Cases J 2010;3:20
2. Ersozlu S, Ozgur AF, Tandogan RH. Lipoma of the index finger. Dermatol Surg 2007, 33:382-384.
4. Stuffer M, Thurner JE. Lipoma of the index digit a very rare location. Arch Orthop Trauma Surg. 1995;114(4):239-40.
5. Howard WR, Helwig EB, Angiolipoma, Arch Dermatol. 1960 Dec;82:924-31.

Resim1



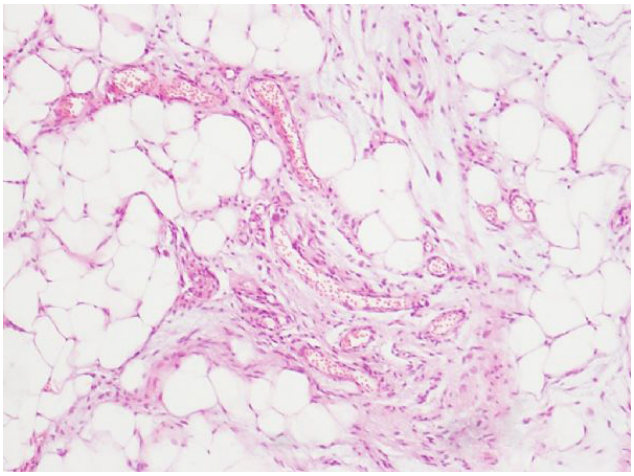
Olgunun insizyon planı görülmektedir.

Resim2



Diseksiyon esnasında digital sinirlerin korunmasına dikkat edildi.

Resim3



Histomorfolojik değerlendirmede bazı damarların içinde fibrin trombüsleri görülmektedir. Kapiller damarlarda proliferasyon bir diğer göze çarpan bulgu olarak görülmektedir.

P-245
Bası Yarası Onarımında Kalça Eklem Kontraktürü ve Spazmlar Nedenli İkinci Flep Gereksinimi

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Sinan Öksüz[2], Cihan Şahin[1], Sinan Öztürk[1], Celalettin Sever[1], Bilge Kağan Aysal[1], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

AMAÇ: Özellikle spinal yaralanma nedenli paraplejik veya tetraplejik hastalarda gözlenen kas kontraktürleri ve spazmlarının sekonder operasyonlar gerektiren komplikasyonlara neden olabileceğini vurgulamak.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta; dört yıl önce üzerine ağır cisim düşmesi sonucu oluşan C6-C7 servikal vertebra dislokasyonu nedeniyle acil nöroşirürjikal operasyonlar geçirmiş ancak medulla spinalis yaralanması tespit edilen hastada alt ekstremitelerde paraplejisi geri dönüşsüz olarak yerleşmiş. 13 gün yoğun bakım takibi sonrası taburcu edilen hastanın bir haftadan kısa bir süre içerisinde genel durum kötüleşmesi nedeniyle başvurduğu dış merkezde akciğer enfeksiyonu tanısı ile 26 gün yatırılarak tedavisi yapılmış. Tedavileri sonrasında tekrar evine taburcu edilen hastanın 15 günlük ev bakımı sırasında kalça bölgesinde 15cmx15cmx4,5cm ebatlarında yatak yarası oluşması nedeniyle tekrar hastane yatışı yapılmış. Hastanın bir aylık hastane yatışı esnasında yapılan pansuman tedavileri ile yarası küçülmeye başlamış. Evde bakım ve pansuman önerileri ile taburcu edilen hastanın yarası bir yıl içerisinde alanda iz bırakarak tamamen iyileşmiş. Servisimizce muayenesinden yaklaşık 2,5 ay önce sol kalça üzerinde benzer bir yarası oluşan hasta daha önce uyguladığı pansuman tedavilerini uygulamasına rağmen yarasının iyileşmemesi şikayeti ile operasyon planlanarak yatırıldı. Muayenesinde sakral bölgede 13cm çapında organize skartis şeklinde iyileşmiş eski yara alanına; sol iskial alanda 7,5cm çapında tam sirküler, zemini temiz

granülasyon dokusu ile kaplı, iskial tuberkülün kemik prominensinin ekspoze olmadığı, seröz sekretuar akıntının gözlendiği, grade IV bası yarası alanı eşlik etmekteydi. Alanda enfektif, enflamatuar değişiklikler gözlenmedi. Periferik lenfadenopati saptanmadı. Tüm alt ekstremitede ileri derecede musküler atrofi ve kas kontraktürleri izlendi. Hastanın muayenesi esnasında alt ekstremite spastisitesi ve maniplasyon ile ani tetiklenen kas spazmları mevcuttu. Hastaya iskial bası yarası onarımına yönelik ipsilateral pediküllü superiorgluteal arter flebi ile onarım uygulandı. Flep aksı inferolateralden superomediale oblik, pedikülün bulunduğu pivot nokta flep superomedialine yakın, flebin inferolateralde olan distal kısmı medialize edilerek iskial defekti onaracak şekilde flep planlaması yapıldı. Operasyonda granüle dokular ile debrisler debride edildi ve defekt planlandığı şekilde komplikasyonsuz bir ameliyat ile onarıldı. Tespit edilen dren 4.gününde günde 10cc kapasitansa düşmesi ile çekildi. Hastanın postoperatif kas spazmlarının artması nedeniyle alınan nöroloji konsültasyonu ile mevcut oral kas gevşetici tedavisi doz arttırılarak revize edildi. Ancak hastanın asetabular eklemde oturmuş kısmi fleksiyon kontraktürünün oluşturduğu gluteal gerginlik ve kas spazmlarının etkisi ile postoperatif 15.günde trokanterik bölgeye uzanan ve flebin donör sahasında inferolateraline uyan ve primer onarılmış bölgesinde dehissens meydana geldi. Pansuman ile takip edilen alanda postoperatif 24.günde oluşan enfeksiyöz değişikler doku kültürü ile tetkik edildi. Alanda çoklu ilaç rezistan escherichia coli üremesi ile antibiyoterapi ve gümüşlü pasta ile yara pansumanına geçildi. Postoperatif 29.günde enfeksiyon kontrolü ve defekt kapatılmasına yönelik pediküllü anterolateral uyluk flebi ile onarım ameliyatı yapıldı. İlk ameliyatının postoperatif 55.gününde hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Klinisyenlerin, hastaların ve hasta yakınlarının yoğun çaba ve dikkatlerine rağmen bası yaraları, uzun hastane yatış süreleri ve rekürrens oranları ile halen büyük bir sorun teşkil etmektedir[1, 2]. Kronik rekürren dekübit ülserleri paraplejik ve geriatrik hastaların en önemli morbidite kaynaklarından biridir[1]. Bası yaraları; hastanede yatan hastalarda kısa dönemde %10-18, uzun yatış süreli hastalarda %2,3-28, hasta bakım merkezlerinde %25-33 prevalans ile görülmektedir[1, 2]. Ortalama insan ömrünün artması ile genişleyen yaşlı popülasyonun da etkisi ile yeni hasta görülme insidans oranları ise; kısa dönem hastane yatışlarda %0,4-38, uzun yatış süreli hastalar arasında %2,3-23, evde bakım hastaları arasında ise %0-17 olarak bildirilmektedir[2, 3]. Trokanterik bölgenin, göreceli olarak hareketli tabiatı nedeniyle, rekonstrüksiyonu sonrasında %80'e varan rekürrenslerden bahsedilmektedir[1]. Ek olarak; çoğu trokanterik rekürren bası yaraları, osteomiyelit ve bursit ile birlikteliği olan kirli yaralar olarak kabul edilmektedir[1]. Bası yaralarının flep ile onarım metodları kullanılarak rekonstürksiyonunun; geniş debridmana olanak sağlaması, yumuşak doku örtüsü sağlaması, anatomik ölü boşluğu doldurabilmesi, vasküleriteyi ve sistemik antibiyotik etkisini arttırması, sürtünme, sıyrılma ve basıya daha dayanıklı bir doku sağlaması gibi avantajları ile öne çıktığını görmekteyiz[2]. Örneğin; trokanterik bölge için tensor fasiya lata flebi her ne kadar standart bir yöntem olarak önerilse de plastik cerrahların olası bir rekürrenste kullanmayı planladığı ikinci bir alanı olmalıdır[1]. Flep tercihinde muskulokutan, fasiyokutan ve perforatör tabanlı planlamaların komplikasyon ya da rekürrens oranları açısından bir üstünlük taşımadıkları belirtilmektedir[4]. Bası yaralarında enfeksiyonun kontrolü cerrahların adeta saplantı yaptıkları bir konu iken; yara dehissensi, flep sıyrılması, seroma ya da bursa formasyonunu tetiklemesi ile iyileşmeyi en erken safhalarında tehlikeye atabilen, özellikle spinal kord hasarlı paraplejik, kuadriplejik hastaların bir problemi olan kas spazmları çoğunlukla göz ardı edilen ancak ciddi sorunlara neden olabilen kliniklerden biridir[2]. Örnek olgumuzda da sunduğumuz üzere; temiz granüle bir bası yarası alnının oanrımı sonrasında, mevcut eklem kontraktürü nedenli gerginlik ve kas spazmlarının da tetiklemesi ile oluşabilecek bir dehissense oturacak hastane enfeksiyonu; pansuman süresinde ve hastane yatışta uzama ve ek operasyon gereksinimi ile çok daha can sıkıcı olabilir.

SONUÇ: Bası yaralarının menanjmanı; sadece yaranın ve enfeksiyonun tedavi edilmesi penceresinden bakıldığında mümkün olmayabilir. Basının uygun yatış pozisyonu değiştirme stratejisi ve uygun yatak kullanımı ile dağıtılması, protein katabolizmasını kıracak diyet programı, elektrik sitümilasyon tedavisinden negatif basınçlı yara pansumanına kadar uzanan lokal yara kontrolü tedavileri, oral kas gevşeticilerden rizotomiye kadar genişleyen spekturumda spazm ve kas kontraktürlerinin kontrolü dahil tüm komponentler bütün halinde değerlendirilerek istenilen sonuca ulaşılabileceğini düşünmekteyiz.

Pediküllü ALT-1



Pediküllü ALT flebi ile onarım postoperatif 15.gün

Pediküllü ALT-2



Pediküllü ALT flebi ile onarım postoperatif 15.gün

Pediküllü ALT-3



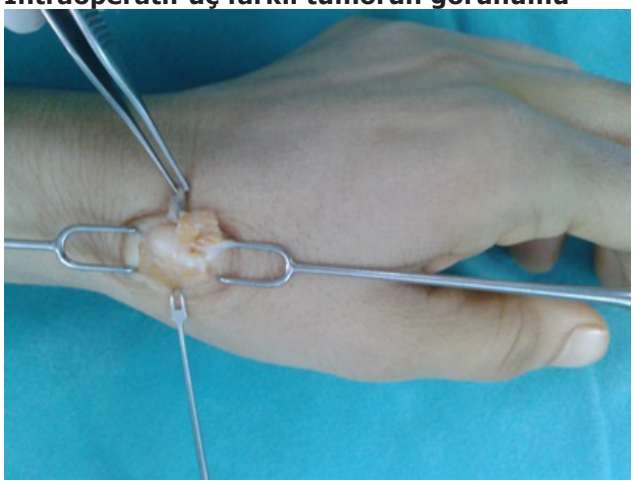
Pediküllü ALT flebi ile onarım postoperatif 22.gün

P-246
Üçü Bir Arada Tümör

Adile Dikmen[1], Kadri Özer[2], Yüksel Kankaya[1], Fethiye Berna Göktaş Demircan[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın

Elde çeşitli tümörler ve tümör benzeri oluşumlar meydana gelebilir, ama bunlar genellikle benignder. El ve el bileğinin en sık görülen yumuşak doku tümör ve tümör benzeri oluşumları ganglion kisti, tendon kılıfı dev hücreli tümörü, nöroma, yabancı cisim granüloma, higroma ve diğer inflamatuar ve dejeneratif lezyonlardır. En sık görüleni ganglion kistidir; her türlü eklem ve tendom kılıfını tutabilse de en sık %60-70 el dorsalinde ve skafolunat eklemden kaynaklanırlar. Bu yazıda tekrarlayan ganglion kisti için opere edilen olguda nöroma, tendon kılıfı dev hücreli tümörü ve yabancı cisim granülomu birlikteliğini sunduk. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu elde üç yumuşak tümörün eşlik ettiği ilk vakadır. Bu olguda; iki yıl önce el dorsmunda kitle nedeniyle opere edilmiş ve histopatolojik incelemede ganglion kisti olarak rapor edilmiş, orta yaş kadın hasta sunulmuştur. İki yıllık hastalıksız döneminden sonra, hasta aynı yerde yine bir ağrılı kitle şikayetiyle ve tekrarlayan ganglion kisti ön tanısı ile yeniden opere edilmiştir. Operasyonda dorsal radial sinirde nöroma, ekstansör tendonla ilişkili solid kitle ve fibrotik kitleye dahil ipek sütür materyali çıkartılmıştır. Bu alışılmadık durum elde görülen tümör ve tümör benzeri lezyonların ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekliliğini vurgulamaktadır.

İntraoperatif üç farklı tümörün görünümü



P-247
Tendon Kılıf Dev Hücreli Tümörüne Sekonder Guyon Kanalı Sendromu

Alper Aksoy[1], Emin Sır[2], Meliha Kasapoglu Aksoy[3]
[1]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[2]İzmir Egitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[3]Acıbadem Bursa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilatsyon Bölümü, Bursa

Ulnar nöropati karpal tünel sendromundan sonra en yaygın tuzak nöropatisidir. Vakaların çogu dirsege lokalize olup, bilekte olması nadir rastlanılan bir durumdur. Guyon kanalından Ulnar sinir ve ulnar arter ele girerler ve kanalın ortalarında ulnar sinir yüzeyel ve derin dallarına ayrılır.Bu Çalışmamızda; 5. parmak fleksor tendon kılıfından kaynaklanan guyon kanal sendromu sunulmaktadır. 38 yasında kadın hasta sag elinde agrı, uyusma, güçsüzlük yakınmasıyla basvurdu. Muayenesinde hipotenar bölge ve 1. dorsal interosseoz bölgede atrofi, güç kaybı, 4. parmak yarısı ve 5. parmak medial palmar yüzü ve volar yüzünde duyu kaybı, elde pençelesme saptandı. EMG'de sinir ileti çalısmasında ulnar sinir uyartılarak abduktor digiti minimi (ADM) kasından kayıtlama yapıldı. Birlesik kas aksiyon potansiyellerinin çok düsük, duysal aksiyon potansiyeli amplitüdünün düsük degerde oldugu izlendi. Igne EMG'de ulnar sinir innervasyonlu flexor digitorum profundus (FDP), flexor carpi ulnaris (FCU) kaslarının normal oldugu, 1. dorsal interosseoz ve ADM kaslarında ise denervasyon potansiyelleri ve nörojenik motor ünite degisiklikleri, seyrelme paterni görüldü. Elektrofizyolojik bulgular ulnar sinirin bilek düzeyinde etkilendigini göstermekteydi. X-ray›de patolojik bir görüntü olmayan hastada MRI incelemesi yapıldı. MRI görüntülerinde 5. parmak tendon kılıfından kaynaklananın kitlenin Guyon kanalında ulnar sinir motor ve duysal dallarına bası yaptığı gözlendi. Guyon kanalı dekompresyonu ve kitle eksizyonu yapıldı. Kitlenin patolojik incelemesinde tendon kılfı tendon hücreli tümörü geldi. Hastanın 3. ay takibinde klinik ve elektrofizyolojik düzelme saglandı. Guyon kanalı sendromuna sahip hastanın tedavisinde etyolojik faktörün çok dikkatli değerlendirilmesi veya araştırılması gerekir. Eğer sendrom mesleki sebeplerden veya tekrarlayıcı mekanik travmalardan ileri geliyorsa, mantıki yaklaşım hipotenar eminens üzerine bası yapmaktan kaçınmak ve fizik tedavi ile iyileşmeyi beklemektir. İş sebebiyle olmayan, hastaya yapılan emg›nini guyon kanalı gösterdiği vakalarda kemik yapı normal ise bası yapan kitle akla gelmelidir. Kitlenin lokalizasyonunu belirlemek için mrı görüntülemesi daha yardımıcı olmaktadır.Genel olarak gnaglion kisti, aberan kan damarları görünürken tendon kılıfı tümörleri nadir gözlenmektedir. Bu vakada da olduğu gibi guyon kanalı kitlelerinde tendon kılıfı dev hücreli tümörü de akla gelmelidir.

P-248
Parmak replantasyonlarının takibinde pulsoksimetre kullanımı

Dağhan Dağdelen, Ayşin Karasoy Yeşilada, Işıl Akgün Demir, Ahmet Faruk Yücel, Mecd Atıf Cezairlioğlu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Parmak replantasyonlarının operasyon sonrası dönemde özellikle ilk 72 saat yakın takibi önemlidir. Bu dönemde klinik gözleme yardımcı olarak farklı araçlar kullanılmaktadır. Ucuz ve kolay temin edilebilir olması açısından pulsoksimetre iyi bir alternatiftir. Pulsoksimetrenin bu farklı kullanım seklini paylasmayı amaçladık

Resim 1



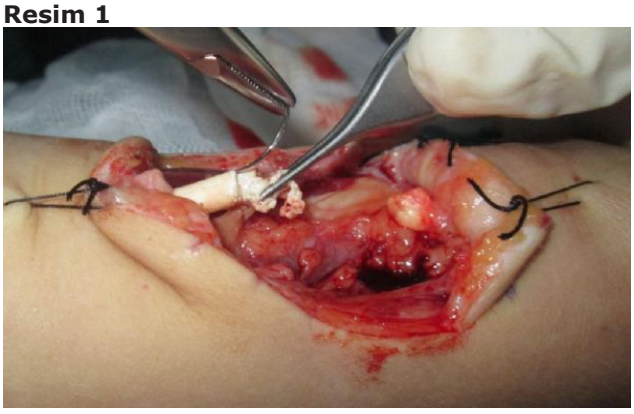
Replantasyon takibinde pulsoksimetre kullanımı

P-249
Tendon manipülasyonunda görece atravmatik bir teknik

Dağhan Dağdelen, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Işıl Akgün Demir, Ali Can Günenç, Zeliha Gül
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

El cerrahidi ve tendon onarımında tendonların atravmatik olarak tutulması çok önemlidir. Tendon kesilerinde ideal tendon iyileşmesinin sağlanması için tendon uçların debride edilmesi, uç uca onarım için bir şarttır. Tendon onarımı sırasında, hem fleksör hemde ekstansör tendon sistemlerine uygulanabileceğini düşündüğümüz, görece atravmatik bir tendon tutuş tekniği paylaşmak istedik

Resim 1



Tendon tutmak için kullanılan flep

P-250
Elin Totale Yakın Cilt Avulsiyonunda Replantasyon

Alper Aksoy[1], Emin Sır[2], Meliha Kasapoglu Aksoy[3]
[1]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[2]İzmir Eğitim Arastırma Hastanesi, İzmir
[3]Acıbadem Bursa Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilatsyon Bölümü, Bursa

Elde avülsiyon yaralanmaları genellikle parmakların yüzük avülsiyonu, tek bi parmağın crush avülsiyonu veya el dorsalinde cilt avülsiyonu şeklinde görülür. Burada elin total avülsiyonu tanısıyla tedavi edilen olgu sunulmaktadır. 19 yaşında erkek hasta sol el dorsalinden elbileği seviyesinden,volarde de mcp eklem krizinden totoal cilt avulsiyona baglı amputasyon ile baş vurdu. Genel anestezi altında yapılan diseksiyonda parmak digital arterleri zon 2 distaline kadar avulsiyon olmuş dorsal ven sistemide hasarlı idi. Onkoldan alınan ven grefti arter ve ven anastomozları yapıldı. Tüm parmaklarda 1 adet ven grefti ile arter onarımı dorsaldede 5 tane ven anastomozu ayrı ayrı yapıldı. Post-operatif takiplerde hastanın 1. ve 5. parmak kayıp izlenmezken 2,3,4 parmak dıstal flanakslarda amputasyo palamr bölgelerinde mimal cilt kaybı gözlendi. 2. senasta distal falanskta debritman ve doku defek alanları greftlendi. Hasta rehabiltasyon programına alındı. Avulsiyon yaralanmalarına bağlı amputasyonlarda genel olarak lokal ve lejyonel flepler ile onarım planlanmaktadır. Mikrocerrahi gelişmeler daha küçük çapta damar onarımlarına olanak vermektedir. Avulse damarlarda sağlam endotel dokusu bulunup araya traspozisyon ven greftleri ile onarılması başarı şansını artırmaktadır.

P-251
Distal Alt Ekstremite Defektlerinde Adipofasyal Flep Kullanımı

Hülda Rıfat Özakpınar[1], Mustafa Durgun[2], Uğur Horoz[1], Emre İnözü[1], Ergin Seven[1], Ali Teoman Tellioğlu[3]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Bölümü, İzmir
[3]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Bölümü, Ankara

Alt ekstremite rekonstrüksiyonu özellikle kemik, tendon ve vasküler yapıların açık olduğu durumlarda geçmişten bugüne cerrahlar için zorlu problemler olmuştur. Lateral ve medial malleol bölgesi, topuk, aşil tendon üzeri ve kalkaneus üzeri olmak üzere distal alt ekstremite defektlerinde geçmişten buyana birçok farklı rekonstrüksiyon yöntemi tanımlanmıştır. Sekonder yara iyileşmesi, greftle onarım, lokal ve rejyonel flepler, çapraz bacak flebi, perforatör flepler ve serbest flep aktarımına kadar uzanan rekonstrüktif merdivende distal alt ekstremite defektleri onarımında her yöntem yaralanma ve hastanın lokal ve sistemik durumuna göz önünde bulundurularak planlanabilir. Distal bazlı adipofasyal flepler ana vasküler yapıları koruyarak, güvenilir olarak kaldırılabilen, ince, kolay uygulanabilen ve minimal verici alan hasarı olan fleplerdir. Özellikle kas fasyası seviyesinde derin ve subkutan doku seviyesinde yüzeyel olmak üzere iki vasküler ağdan beslenirler. Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda adipofasyal flepler estetik

ve fonksiyonel olarak kabul edilebilir sonuçlar verirler. Mevcut sunumumuzda distal alt ekstremite defekti olan ve ters akımlı adipofasyal flep ile rekonstrükte edilen 17 hasta uzun dönem sonuçlarıyla birlikte sunulmaktadır.

P-252
El Bileğinde Nadir Görülen Bir Kitle: Median Sinirin İntranöral Hemanjiomu

Özlem Çolak Aslan[1], Kadir Tasasız[1], Avşin Öztürk[2], Özay Özkaya Mutlu[1]
[1]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,El Cerrahi Kliniği

Amaç: Median sinirin intranöral hemanjiomu,literatürde sadece 10 adet görüldüğü bildirilen oldukça nadir görülen olgulardır.Literatürdeki olguların çoğu erişkin yaş grubunda izlenmiştir.Bu çalışmamızda bir yıldır sağ el bileği volar yüzde bulunan kitle nedeniyle kliniğimize başvuran 6 yaşındaki hastada karşımıza çıkan median sinirin intranöral hemanjiomuna uyguladığımız tedavi yöntemi sunuldu.

Gereç-Yöntem: 6 yaşındaki erkek hasta, bir senedir sağ el bileği volar yüzde bulunan kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Muayenesinde 3x2 cm boyutlarında cildi ekspande eden,mobil kitle izlendi.Tinnel işareti (+), sağ el 1.,2. ve 3. parmaklarında hipoestezi mevcut, motor muayenesinde belirgin bir fonskiyon kaybı izlenmedi. Mevcut kitleye yönelik MR görüntülemesinde 10x7x20 mm boyutlarında oldukça düzgün lobüle kontrülü, T1A seride heterojen hiperintens alanlar içeren hemanjiom düşündüren,median sinirin visüalize edilemediği görüldü. Hasta operasyona alınarak sağ el bileği volar yüzde kitle üzerinde ''Lazy-S'' insizyonu yapılarak eksplorasyon yapıldı. Median sinirde 3x2x1.5 cm boyutlarında intranöral kitle izlendi.Kitlenin uygun mikrocerrahi teknikle interfasiküler disseksiyonun uygun olmadığı görüldü. Median sinirde bulunan kitle için en blok eksizyon sonrası sural sinir grefti ile onarım yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma: Median sinirin intranöral hemanjiomu için belirlenmiş bir cerrahi tedavi protokolü yoktur.Literatürdeki tedavi yaklaşımlarında uygun mikrocerrahi yöntemlerle epinöral rezeksiyon, interfasiküler disseksiyon sonrası mikrocerrahi rezeksiyon tekniği uygulandığı izlendi.Bu yaklaşımlar sonucu nörolojik defisit izlenmediği yalnız rekürren olasılığının yüksek olduğu belirtildi.Rekürren bir olgu sonrası en blok sinir eksizyonu sonrası sinir grefti ile onarım yapıldığı izlendi. Olgumuzda mikroskop altında kitle seviyesinde median sinir fasiküllerinde devamlılığın seçilemediği görüldü. Kitlenin eksizyonu açısından interfasiküler disseksiyonun mümkün olmadığı görüldüğünden sural sinir grefti alınarak sinir onarımı yapıldı.

Sonuç: El bileği seviyesinde kitle nedeniyle başvuran hastalarda intranöral kitlelerin karşımıza çıkabileceği göz ardı edilmemelidir.Sonuç olarak intranöral vasküler kitlelerin tedavisinde kitlenin sinire verdiği hasar, kitlenin büyüklüğü göz önüne alınarak uygun cerrahi teknik seçilmelidir.

peropeartif sural sinir grefti ile onarılmış median sinir



peroperatif median sinirde kitle



peroperatif median sinirde kitle



P-253
İnsan Isırığına Bağlı Dramatik Bir Sonuç

Murat İğde, Ali Rıza Yıldırım, Hasan Murat Ergani, Sinem Sıngın, Alper Burak Uslu, Mehmet Tapan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

53 yaşında erkek hasta 3 gün önce çocuğu tarafından ısırıldığını ifade ederek elinde şişlik ve kızarıklık hikayesi ile kliniğimize başvurdu. Hastanın diyabetten başka kronik bir hastalığı bulunmamaktaydı. Abse drenajı ve IV antibiyoterapi ile tedaviye başlanan hastanın takiplerinde eritemi azalmamış ve ateşlenmesi devam etmiştir. Seri debridmanlara rağmen hastanın durumu düzelmemiş ve ipsilaterak üst ekstremitesine dirsekaltı amputasyon uygulanmıştır.

P-254
Distal parmak replantasyonlarında dorsal yaklaşım

Fatih Kabakaş[1], Berkan Mersa[2], Meriç Uğurlar[3], İsmail Bülent Özçelik[2]
[1]Medicalpark Gebze Hastanesi. Kocaeli- Gebze
[2]Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi. İstanbul Gaziosmanpaşa
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Şişli- İstanbul

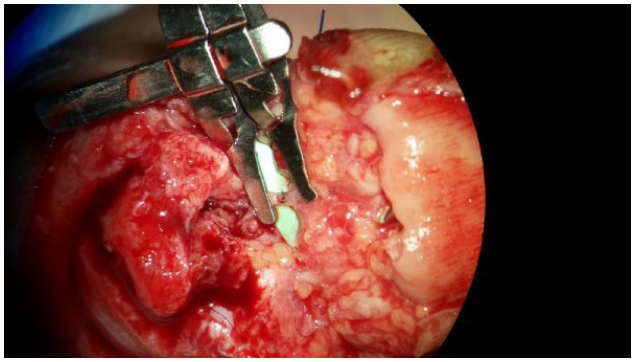
Parmak distal uç replantasyonlarında damar çaplarının küçük olması, onarım hattının gerginliği tolere etmemesi, cilt ekartasyonunun gerginliği artırması ve dar bir sahadan pulpa derinindeki yapılara yaklaşım ve onarım zorluğu gibi pek çok teknik problem vardır. Volar pulpa cildinin önce onarılıp daha sonra kemik fiksasyonu öncesinde volarden dorsale doğru damar onarımlarının yapıldığı dorsal yaklaşım distal uç amputasyonlarındaki birçok teknik zorluğu aşmada yardımcı olmaktadır. Dorsalden yaklaşım ile parmak distal uç replantasyon tekniği ve 25 vakalık seride onarım sonuçları sunulmaktadır.

resim 1



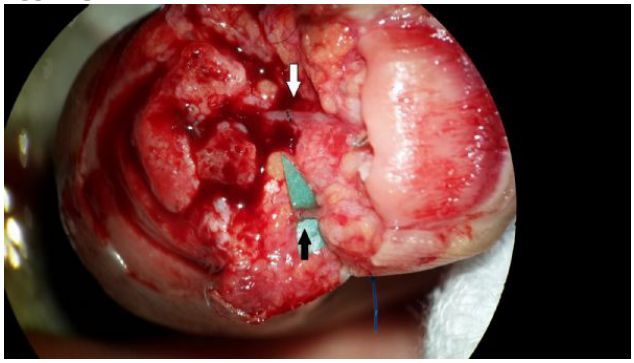
dorsal yaklaşım için volar cilt onarımı

resim 2



dorsal yaklaşımda ekartasyon ve görüş arttıkça onarım gerginliği azalır ve aproksimatör kullanımı mümkündür

resim3



dorsal yaklaşımla onarılmış arter(beyaz ok) ve volar ven (siyah ok9

P-255
Ellerde ve Ayaklarda Multipl Eklem Tutulumu Olan Familyal Hiperkolestrolemi Olgusu

Fethiye Berna Göktaş Demircan, Hande Akdeniz, Melike Oruç, Ahmet Terzioğlu, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Cilt lezyonlarının ve cilt altı kitlelerinin çıkartılması plastik cerrahi operasyonları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Genellikle tek başına bulunan bu lezyonlar bazen de sistemik bir hastalığın habercisi olabilirler. Kliniğimize ellerinde ve ayaklarında çok sayıda kitle şikayetiyle başvuran, ailesel hiperkolestrolemi öyküsü olan 25 yaşında, erkek hasta olgusunu sunmak istedik. Literatür tarandığında daha once tüm eklemleri tutan ksantom olgusuna rastlamadığımız için olgumuzun bir ilk olarak anlamlı olduğunu düşünmekteyiz.

25 yaşında erkek hasta, her iki elde de 1.parmaklar hariç tüm eklemleri tutan, ayaklarda ise bilhassa 1.ve 5. parmaklarda metatarsofalangial eklemleri tutan, parmak aralarında ise intertriginöz ksantomlarla karakterize kitlelerle başvurdu. Hastanın daha önce familyal hiperkolestrolemi tanısı ve kız kardeşinde erken yaşta ateroskleroz nedeniyle kalp hastalığı öyküsü mevcuttu. Bilhassa parmaklardaki kitlelerin hastaya fonksiyonel ve estetik açıdan rahatsızlık verdiği öğrenildi. Hastanın

bilinen başka bir komorbid hastalığı, alkol, sigara kullanımı yoktu. Biyokimyasal incelemelerde total kolesterol: 270 mg/dl (normal: 110-200), trigliserid: 89 mg/dl (normal: 50-200), HDL kolesterol: 29 mg/dl (normal: 40-85), LDL kolesterol: 223 mg/dl (normal: 60-130) olarak ölçüldü. Total kolesterol ve LDL kolesterol düzeylerinin yüksek olduğu görüldü. Hastaya rahatsızlık veren kitleler eksize edildi, sonuçları ksantom olarak raporlandı.

Ailesel hiperkolesterolemi, LDL reseptör gen mutasyonu sonucu oluşan, otozomal dominant kalıtıldığı bilinen bir lipoprotein metabolizma hastalığıdır. Bu mutasyon sonucu, kanda LDL ve total kolesterol yüksekliği ile karakterizedir.

Ksantomlar, kolesterol esterleri içeren makrofajlar (köpük hücreleri) ve kollajenden oluşurlar. Tendon ksantomları çoğunlukla, proksimal parmak eklemlerinde, pateller ve aşil tendon insersiyolarında lokalizedirler. İntertriginöz ksantomlar ise, parmak aralarında, palmar olukta, aksillada, antekübital ve popliteal fossada görülebilirler. Diğer tip ksantomlar çoğunlukla gluteal bölgede, gövdede ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde lokalizedirler.

Ailesel hiperkolestrolemi tanısı olan olgumuzun, daha önce literatürde multipl eklem tutulumunun bildirilmemiş olması nedeniyle anlamlı olduğunu düşünmekteyiz.

Resim 1



Ellerde multipl eklem tutulumu olan ksantomlar görülmekte

Resim 2



Ayaklarda multipl eklem tutulumlu ksantomlar görülmekte

P-256
Unutulmuş Turnikeye Bağlı Ayak Başparmak Nekrozu

Sevgi Kurt Yazar[1], Memet Yazar[2], Mazlum Yavaş[3], Dinçer Altınel[1]
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: El ve ayak parmaklarında cerrahi işlem yapılırken kansız bir ortamda çalışmak çok önemlidir, bu yüzden parmak turnikeleri sıklıkla kullanılır. Bu tür parmak turnikelerinin kullanımı efektif ve güvenlidir, ancak süreye ve basıya bağlı oluşabilecek komplikasyonlar katastrofik olabilir. Birçok parmak turnikesi vardır ve uyguladıkları basınç değişkenlik gösterebilir. Uygulama süresine yönelik net bir söylem olmasa da 30 dakikanın altındaki uygulamalar güvenli kabul edilir. Bu yazıda parmak turnikesinin unutulması sonrasında iskemi ve kısmi nekroz gelişen bir hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 14 yaşında erkek hasta sağ ayak 1. parmağında morarma ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden bir gün önce tırnak batması nedeni ile başka bir merkezde opere olduğu ve sonrasında ağrısının arttığı ve parmak ucunda morarmanın başladığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde parmağın dorsalinden başlayıp fibular yüzde plantar bölgenin yarısına kadar uzanım gösteren bölgede şişlik, ödem ve konjesyon olduğu gözlendi. Ayrıca parmak proksimalinde eldiven parmağından yapılmış turnikenin de unutulmuş olduğu gözlendi. Turnikesi çıkarıldı ve pansumanı yapılarak interne edildi. Elevasyon uygulandı, 500 cc 24 saatte gidecek şekilde Dekstran 40 solüsyonu ve 300 mg asetil salisilik asit (coraspirin) başlandı. Antibiyotik profilaksisi başlandı. Yapılan takiplerde 7. günden sonra parmak cildinde nekrozun oluşamaya başladığı gözlendi (resim 1). Nekroz tam olarak demarke olduktan sonra debridman yapılarak bir süre ıslak pansumanla takip edildi. Granülasyon dokusu oluşmasını takiben sağ uyluktan alınan tam kalınlıklı deri grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı (resim 2). Yara iyileşmesinde bir problem gözlenmedi.

Tartışma: Sadece tek bir parmağa yönelik cerrahilerde parmak turnikeler i hasta tarafından kolay tolere edilmeleri ve gereksiz doku iskemisini önlemeleri açısından tercih edilirler. Birçok çeşidi vardır ancak klinikte en çok kullanılan yöntem penröz drenin klemple parmak proksimaline tutturulması şeklindedir. Bu yöntemde parmakta venöz göllenme sık gözlenir ve uygulanan basınç yüksek derecededir. Diğer sık kullanılan yöntem ise eldiven parmağının ucunun kesilerek parmağın distalinden proksimaline ilerletilmesidir. Bu sayede cerrahi alanda venöz göllenme engellenmiş olur ancak unutma riski yüksektir. Nitekim literatüre bakıldığında unutulan vakalarda bizimkiyle uyumlu şekilde eldiven parmağından yapılan turnikelerin kullanıldığı gözlenir. Turnikenin unutulması parmakta yüzeyel nekrozlardan total amputasyona kadar gidebilen komplikasyonlara yol açabilir. Unutulmasını engellemek adına eldiven parmağından bile hazırlansa turnikeye hatırlatması açısından klemp takılması önerilebilir.

Resim 1



Nekroz oturduktan sonraki görüntüsü

Resim 2



Greftlendikten sonraki görüntüsü

P-257
Plantar Dev Lipom

Galip Kemali Günay, Fatih Kılıç
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Kayseri

Giriş: Ayağın plantar yüz tümörleri dorsal yüz tümörlerine göre ve ön tarafında arka tarafına göre daha sık görülürler (1). Topuktaki tümörler malign olma eğilimindeyken plantar tümörler daha benign seyretmektedirler (2). Lipom en sık görülen yumuşak doku tümörü olmakla beraber diğer yumuşak doku tümörleri gibi ayakta gelişme ihtimali azdır. Başka bir deyişle tüm yumuşak doku tümörlerinin %50'lik kısmını oluşturan lipomun ayaktaki yumuşak doku tümörleri arasında görülme ihtimali %4'tür (1). Bu belki de yumuşak dokunun rölatif olarak bu bölgede az bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Olgu: Sağ ayak tabanında yaklaşık 4 yıldır var olan şişlik nedeni ile başvuran 49 yaşında erkek hastanın fizik muayenede topallayarak yürüdüğü görüldü. Ayak plantar yüz orta kısımda 3x3x3 cm ölçülerinde üzeri ülsere, kenarları hiperkeratotik olan ve cilt altında perifere doğru 2cm çapında cildi ekspanse eden kitle görüldü (Resim-1). Hastanın öz geçmişinde ilaç kullanım öyküsü ve kronik bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Lokal muayene sırasında hastanın ağrısının ve uyuşukluğunun olduğu saptandı. Popliteal ve inguinal palpabl lenf nodu yoktu. Mevcut kitlenin büyük olması ve ülsere olması nedeni ile malign yumuşak doku tümörü düşünülerek kitle lezyonundan sitolojık inceleme yapıldı. Sitolojık incelmede periferik kan elemanları ile kaplı zeminde az sayıda mezenkimal görünümlü hücre izlendi. MR görüntülemesinde ise plantar fasya ile tarsal kemikler arasında uzanım gösteren 1. metatarsta re-modelinge neden olan ancak belirgin destruksiyon yapmayan ve metatarsofalangeal ekleme kadar uzanan 13,3x6,3x5,4cm ölçülerinde lobüle kontürlü yağ baskılı sekanslarda baskılanan kitle lezyonu izlendi. Ayrıca kitlenin cilde doğru büyürken plantar fasyayı da 4cm çapında destrukte ettiği izlendi (Resim-2). Hasta spinal anestezi ile opere edildi. Kitlenin çevre kemik ve yumuşak dokulara invaze olmadığı, kolay bir şekilde ayrıldığı görüldü. Plantar fasyanın her iki tarafındaki 120 gr ağırlığındaki kitleye ait yumuşak doku 2 parça halinde tamamen çıkarıldı (Resim-3A). Plantar fasya onarımı ve cilt sutürasyonu yapıldıktan sonra ayağa atel uygulanarak hasta takibe alındı. Lezyonun histopatolojık incelemesi lipom olarak rapor edildi, malignite bulgularına rastlanılmadı. Erken ve geç post operatif dönemde herhangi bir nüks gözlenmedi (Resim-3B).

Tartışma: Lipom, yağ dokusun çok bulunduğu alanlarda benign mezenkimal neoplazm olarak karşımıza çıkar. Genel olarak hayatın 4. ve 5. dekatında yoğunlaşır. Sıklıkla sırt, boyun, karın bölgesi, göğüs ön duvarı ve omuzda görülür (3). Fakat lipomun ayakta görülmesi nadirdir (4). Ayak derisinin kalın olması nedeni ile kitle daha geç fark edilmektedir ve kitle palpe edilenden daha büyüktür. Nitekim bizim vakamızda da hastanın 4 yıllık öyküsünün olması, kitlenin ıce-berg şeklinde cilt altında büyümesine neden olmuştur. Bu durum bize ilk olarak liposarkom gibi malign bir durumu düşündürmüş olsa da alınan kalın iğne biyopsisi lipom lehine raporlandı. Lipom oluşumunda, basıncın tetiklediği piezogenic papülün yağ dokusunu dermisten herniye etmesi neden gösterilmektedir (5). Bu papül asemptomatik seyredebilir veya ağrılı olabilir. Hastamızda, lezyonun ciltten prolebe olmasından sonra ağrılı bir süreç başlamış ve hasta bu şekilde kliniğimize başvurmuştur. Post travmatik lipom ise, künt yumuşak doku travması sonrası adipoz dokuda prolapsus oluşması ile gerçekleşir. Bu durum psödolipom olarak da adlandırılır. Çünkü yağ dokuda gerçek bir neoplastik durum ve fibröz bir kapsül yapısı yoktur (6).

Ayak tümörleri genelde benigndir ve genel olarak yumuşak doku kaynaklıdır. Ayırıcı tanıda plantar fibromatozis, ganglion, plantar fibröz histiyositom, tendon kılıfı kaynaklı tümörler ve nörofibrom sayılabilir(2). Liposarkom daha büyük boyutlarda, daha derin ve invaze görülür. Liposarkoma diferansasyon sellüler atipi, mitotik aktivitede artış ve sellüler pleomorfizm ile bilinir. Ayrıca liposarkomdaki adipositler embriyonik yağ dokusuna benzer özelliktedirler (7). Bizim vakamızda da kitlenin boyutlarının çok büyük olması, MR görüntülemesinde fasya ile tarsal kemikler arası uzanım göstermesi liposarkom lehine yorumlansa da, kemiklerde belirgin destrüksiyon, infiltrasyon yapmaması ve histopatolojik olarak atipik hücre görülmemesi ile maligniteden uzaklaşılmıştır. Plantar dokunun kalın olması plantar tümörlerin yüzeye doğru gelişimini sınırlar, derine doğru ilerlemesine neden olur ve bundan dolayı asemptomatik seyreder. Ayakta bulunan yumuşak doku tümörlerinde MR ile görüntüleme sağlayıp histolojık inceleme ile tanıyı kesinleştirmek ve ağrısız plantar desteği sağlamak ana amaçtır. Ayak yumuşak doku tümörleri arasında nadir görülmesine rağmen ayırıcı tanıda lipom da akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Johnston MR. Epidemiology of soft-tissue and bone tumours of the foot. Clin Podiatr Med Surg 1993;10:581—607.
2. Ozdemir HM, Yildiz YY, Yilmaz C, et al. Tumours of the foot and ankle: analysis of 196 cases. J Foot Ankle Surg 1997;36:403—8.
3. 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.
4. Steinhart A. Neoplasms of the foot and leg. Baltimore: William & Wilkins; 1990. p. 143—8.
5. Zaidi Z, Jafri N, Noori B, Thawerani H: Piezogenic papules--a study of 100 cases. J Pak Med Assoc 1995; 45: 93-94.
6. Signorini M, Campiglio GL: Posttraumatic lipomas: where do they come from? Plast Reconstr Surg 1998; 101:699–705.
7. Math KR, Pavlov H, DiCarlo E, Bohne WH: Spindle cell lipoma of the foot: a case report and literature review. Foot Ankle Int 1995, 16(4):220-226.

Resim-1



Pre-operatif plantar kitlenin görünümü

Resim-2



Pre-operatif ve post-operatif kitleye ait radyolojik inceleme (MR) bulguları

Resim-3



3A: Lipoma ait kitle 3B: Plantar bölgenin post-operatif 1. ay görüntüsü

P-258
Sağ malar SCC;Multipl fleplerle alt göz kapağı ve malar onarım

Fatih Tekin[1], Çağatay Mehmet Falcıoğlu[1], Mehmet Sürmeli[2], Soner Tezcan[1], Ergin Işık[3], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma, Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma,Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi
[3]Muş Devlet Hastanesi

Scc veya yassı hücreli karsinoma vücudun herhangi bir organından köken alabilir. Epidermiste skuamöz hücrelerden kaynaklanan bir kanser çeşidi olmakla birlikte tedavisi genelde cerrahidir. Sebebi genelde güneş ışığına yüksek maruziyet olmakla birlikte açık tenli, açık renk saçlı mavi, yeşil ya da gri renk göze sahip kişiler en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır.

OLGU: KLiniğimize gelen gelen atipik scc olgusu sağ malar bölgede sağ alt göz kapağınıda kapsayan scc idi. Scc total eksizyonu sonrası alt göz kapağında geniş defekt oluştu. Başlangıç flebi üst göz kapağından tarsıda parsiyel alacak şekilde planlandı. Üst göz kapağından kaldırılan fleple alt göz kapağı oluşturuldu.Daha sonra alt kısımdaki defekt lateralden kaldırılan transpozisyon flebiyle kapatıldı. Medialde kalan ufak defekt ise nasolabial defekt ile kapatıldı. Transpozisyon flebi donör sahası greftlendi.

Tartışma: Scc cilt kanserinin ikinci sıklıkta görülen tipidir. Genelde güneş ışığına maruziyet scc oluşmasında majör etkilidir. Onun haricinde radyasyon çeşitli kimyasallar immunsupresyonda rol almaktadır. Genellikle ciltte, ülsere, eritematöz kabuklu bir lezyon şeklinde görülür. Tabanı sıklıkla granülerdir, minimal travmayla kanama eğilimli lezyonlardır. Tedavisi genel olarak kitlenin total eksizyonu olmakla birlikte bazı olgularda RT+KT alma ihtiyacı olabilmektedir. Ve plastik cerrahlar açısından kitle alındıktan sonra oluşan defekti kapatmak bazen sıkıntılı olabilmektedir. Cerrahi tedavisi primer kapamadan çeşitli flepler hatta serbest fleplerle onarıma kadar geniş bir spektrumda değişebilmektedir.

Sonuç: Artık gelişen cerrahi deneyim ve tekniklerle birçok kanser vakaları çok agresif tedavi yapılmadan tedavi edilebilmektedir. Sonuçta serbest doku aktarımı güzel bir cerrahi tedavi olmakla birlikte lokal fleplere göre daha agresif bir tedavidir. Bizde yaptığımız vakada malar bölgede alt göz kapağınıda içeren tümörü geniş eksize ettikten sonra lokal fleplerle serbest doku aktarımına ihtiyaç olmadan onardık.

Fig1



preop

fig2



üst göz kapağından parsiyel tarsla birlikte kaldırılan flep

fig3



postop

P-259
Polidaktili Deneyimlerimiz

Muzaffer Kurt, Asuman Özel, Salih Onur Basat, İbrahim Karaca Başaran, Funda Aköz Saydam
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Polidaktili, diğer parmakların yerleşiminin haricinde gözüken ekstra parmaklarla karakterize en sık görülen konjenital el anomalisidir. Polidaktili radyal tarafta (preaksiyel), ulnar tarafta (postaksiyel) ya da santral yerleşimli olabilir.
Preaksiyel Polidaktili
Başparmak duplikasyonu polidaktilinin en sık bildirilen formudur. Preaksiyel polidaktili insidansı 3000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Bunların arasında başparmak duplikasyonu tüm polidaktili vakalarının %90'ınını oluşturmaktadır. Bu anomali aynı zamanda yüksek oranda Holt-Oram sendromu ve Fanconi anemisi ile de ilişkilidir. Wassel 1969 yılında preaksiyel polidaktili çin en yaygın kabul edilen sınıflamayı yaptı. Yedi grup, bifurkasyon seviyelerine göre sınıflara ayrıldı.
Postaksiyel Polidaktili

Postaksiyel polidaktili, beşinci parmağın duplikasyonu olarak tanımlanır. Tamamıyla duplike olmuş bir parmaktan başlayıp, skin tag'e kadar uzanan geniş bir presentasyonu vardır. Siyah ırkta beyaz ırka göre on kat daha sık görülmektedir. Ancak beyaz ırkta görüldüğünde, postaksiyel polidaktili Ellis-van Creveld ve kondroektodermal displazi

gibi otozomal resesif geçişli sendromlarla birlikte görülebilir. En sık kullanılan sınıflama sistemi Temtamy ve McKusik tarafından yapılmıştır. Tip A 5. metakarpal kemikle eklem yüzeyi bulunan iyi gelişmiş bir parmaktır. Tip B ise daha sık görülen skin tag ya da ya da tırnak, kemik, tendon gibi yapılardan uzanan bir yumuşak doku şeklindedir.

Gereç Ve Yöntemler: Bu çalışma, 2009 ve 2015 yılları arasında kliniğimizde bakılan 59 hastadan derlenen retrospektif ayrıntılı bir vaka serisidir. Tüm özneler medikal kayıtlar radyografiler, klinik fotoğraflar kullanılarak; yaş, cinsiyet, taraf, anatomik köken, eşlik eden anomaliler yönünden analiz edilmiştir.

Bulgular: Yaş, Cinsiyet ve Taraf Toplam 36 erkek, 23 kadından oluşan 59 hastaya ait 72 el ve ayak polidaktilisi incelendi. Duplikasyonlar 13'ünde bilateral, 46'sında unilateraldi. Bir hasta hariç tüm hastalar 4 ay ve 14 yaş aralığında olmak üzere çocukluk çağındaydı.

Anatomik Sınıflama: 21 hastaya ait 22 preaksiyel polidaktilide Wassel sınıflamasına göre; 5 elde tip 1, 5 el ve ayakta tip 2, 9 el ve ayakta tip 4, 2 elde tip 5, 1 elde ise tip 7 gözlendi. 50 el ve ayakta başvurulan Temtamy and McKusik sınıflamasına göre, 47 el ve ayakta tip A, 3 el ve ayakta ise tip B gözlendi. 72 vakanın 65'inde lateraldeki kemiği eksize ettik.

Sonuçlar: Polidaktili vakalarında en sık eşlik eden konjenital anomaliler; bir başka parmağın polidaktilisi ve sindaktiliydi. Konservatif tedavi, özellikle ayak polidaktilisinde halluks varus deformitesi mevcutsa ve eldeki basit olmayan polidaktilierde yetersiz kaldı. Biz ayak polidaktili vakalarında daha iyi bir ayakkabı giyim uyumu için yürüme çağında; el polidaktili vakalarında ise gelişim için en fazla süre elde kalacak şekilde bir zamanlama ile cerrahi rekonstruksiyon öneriyoruz. Klinik olarak; rekürrens insidansını düşürmek için lateraldeki kemiğin, fazla cildin ve subkutanöz dokunun eksizyonunu ve postoperatif takip öneriyoruz. 72 vakanın, 65'inde lateral kemik eksizyonu uyguladık. Rekürrens, rezidüel kemik/subkutan doku, tırnak deformiteleri gibi komplikasyonlar bildirdik. Erken tanı ve tam bir rezeksiyon ile rekürrens oranları da azaltılabilmekte. Bize göre, rezidü doku kalması nedeni ile ek bir ameliyata gerek duyulsa bile polidaktili vakalarından mükemmele yakın sonuçlar alınabilmektedir.

P-260
Tümör eksizyonu sonrası ön ayak taban defektlerinin fillet parmak flepleri ile onarımı

Galip Kemali Günay, Fatih Kılıç
Erciyes Ünicersitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Ayak tabanı yırtıcı ve aksiyel kuvvetlere dayanıklı, yük taşıyan özel bir dokudur. Bu bölgede oluşan doku defektlerinin onarımı, kalıcılık her zaman sağlanamadığından güçlük arz eder. Ayak parmaklarının fillet edilerek taban onarımında kullanımları ilk olarak 1965'te diyabetik nöropati için taban ülserlerinde ve ön ayak tabanında Snyder ve Edgerton tarafından uygulamıştır (1). Kaplan 1969'da baş parmak fillet flepleri topuk trofik ülserinde kullanmıştır (2). Emmet ilk defa ön ayak defekt onarımında 1976'da ayak parmağı fillet flebini tarif etmiştir (3). Fillet flepler, aksiyel patern flepler olup ayak tabanı yumuşak doku kayıplarında benzer doku sağlanmasından dolayı kullanılacak bir alternatif onarım seçeneğidir (4,5). Bu çalışmamızda melanom eksizyonu sonrası ön ayak plantar yüz metatars bölgesinde oluşan defektler için uyguladığımız ayak parmağı fillet flepler ile yapılan onarımlar sunulmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde mart 2014 ile haziran 2015 tarihleri arasında, ayak tabanında insizyonel biyopsi sonucu malign melanom gelen 4 erkek, 1 kadın olmak üzere 5 hasta opere edildi. Hastaların hikayesinde vücut kitle indeksi, komorbit bir hastalık olup olmadığı ve daha önce ayaktan geçirilmiş bir cerrahi işlemin olup olmadığı sorgulandı. Tüm hastalarda tümörün lokalizasyonu, tipi, derinliği, boyutları, ortalama defekt alanı ve flep ile kapatılan ortalama alan değerlendirildi (Tablo 1).

Cerrahi Yöntem: Hastaların cerrahi işlem öncesi onam formu alındı ve fotoğrafları çekildi. Daha sonra supin pozisyonda genel anestezi uygulanarak 2 cm cerrahi sınır ile geniş eksizyon ve ardından sentinel lenf nodu biyopsileri uygulandı. Defekt onarmak için, cerrahi sınır içine giren parmaklardan en az bir nörovasküler pedikül korunarak aksiyel patern fillet flepler hazırlandı. Metatarsofalangeal eklemden falanksları uzaklaştırıldı. Birden fazla fillet uygulanan hastalarda ayak stabilizasyonunu sağlamak için transvers intermetatarsal ligamenler sağlamlaştırıldı. Flebin kolaylıkla kapatabileceği alan belirlenip, tamamen kapatılamadığı defektlerde kalan kısım tam kat deri grefti ile onarıldı. Takip ve sonuçlar tablo-2'de sunulmuştur.

Bulgular: Hastalarımızın eksizyon sonrası oluşan doku defektlerinin ortalama alanı 25.2 cm2dir (16-49 cm2). Oluşan defektlerin toplam 21,6 cm2si (%86'sı) fillet flep ile kapatıldı (resim-1,2,3). Ortalama hasta takip süremiz 6.6 aydır (1-18 ay). Bu takip süresince bir hastamızda flep distalinde %20 nekroz gözlenmesi üzerine erken debritman ve tam kat deri grefti ile onarım yapıldı. Bir hastada ise kısmi greft kaybı olması üzerine grefti yenilendi. Bunların dışında hiç bir hastada herhangi bir yara yeri enfeksiyonu, yara ayrışması, hematom ve benzeri komplikasyonlar gözlenmedi. Desteksiz ve ağrısız yürümeye başlama zamanı ortalama 4,4 hafta idi (3-6 hafta). Bir hasta hariç tüm hastalarda son kontrollerinde yapılan iki nokta diskriminasyon testi 1-2 mm idi.

Tartışma: Ön ayak plantar kısmı yük taşıyan bir bölgedir. Bu bölgelerde deri greftleri ile yapılan onarımlarda vakum destekli kapama kullanılsın veya kullanılmasın dayanıklı sonuçlar alınamamaktadır. Küçük defektlerde lokal flepler veya ayağın diğer bölgelerinden hazırlanan aksiyel-lokal flepler de kullanılmaktadır. Cerrahi sınır içine girmesinden dolayı, amputasyon yapılacak ayak parmakların fillet flep tarzında bu bölgenin onarımlarında kullanıldığı bildirilmiştir. Ku¨ntscher ve arkadaşları 2000 yılında filet flepleri 3 kategoride sınıflamıştır (4): Tip A (A1: Pedikülü izole edilmeden parmaktan yapılan flep. A2: Nörovasküler bandı izole edilerek yapılan flep. A3: Serbest flep şeklinde yapılan flep), Tip B (B1: Pediküllü ekstremite flebi. B2: Ada şeklinde ekstremite flebi. B3: Serbest flep şeklinde yapılan ekstremite filet flep), Tip C (C1: Gövdenin sağlam kısmından yapılan filet flep. C2: Gövdeden ada şeklinde yapılan filet flep. C3: Gövdeden serbest flep şeklinde yapılan filet flep). Bu sınıflamaya göre bizim uyguladığımız cerrahi teknik tip A1'dir. Schade'nin 2015'te yaptığı bildiride bu amaçla yapılan flep ile kapatılan ortalama defekt alanı 15,6 cm2 olarak gösterilmiştir (6). Bizim çalışmamızda ortalama 21,6 cm2 defekt alanı fillet fleplerle kapatılabilmiştir. Daha önceki çalışmalarda değerlendirilmemiş olan iki nokta diskriminasyon testi bizim çalışmamızda ortalama 1,25mm olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bize göre bu teknik tümör eksizyonuna bağlı ön ayak plantar yüz yumuşak doku defektlerinde kullanılan diğer kompleks yöntemlere göre cerrahi süresi daha kısa

olması ve daha az morbiditeye sebep olması nedeniyle avantajlı bir yöntemdir.

Referanslar

1- Snyder GB, Edgerton MT Jr. The principle of the island neurovascular flap in the management of ulcerated anesthetic weightbearing areas of the lower extremity. Plast Reconstr Surg. 1965;36:518-528
2-KaplanI.Neurovascularislandflapinthetreatmentoftrophic ulceration of the heel. Br J Plast Surg. 1969;22:143-148.
3- Emmett AJ. The filleted toe flap. Br J Plast Surg. 1976;29:19-21.
4- Ku¨ntscher MV, Erdmann D, Homann HH, Steinau HU, Levin SL, Germann G. The concept of fillet flaps: classification, indications, and analysis of their clinical value. Plast Reconstr Surg 2001; 108: 885_96.
5-GhaliS,HarrisPA,KhanU,PearseM,NanchahalJ.Leglength preservation with pedicled fillet of foot flaps after traumatic amputations. Plast Reconstr Surg 2005; 115: 498_505.
6- Valerie L. Schade. Digital Fillet Flaps A Systematic Review. Foot Ankle Spec. 2015 Aug;8(4):273-8. doi: 10.1177/1938640014560163. Epub 2014 Nov 26.

Resim-1



1 nolu hastaya ait pre-operatif ve post-operatif gö rüntü (Defektin tamamı fillet flep ile kapatıldı)

Resim-2



3 nolu hastaya ait pre-operatif ve post-operatif görüntü (Defektin %80'i fillet flep ile kapatıldı)

Resim-3



5 nolu hastaya ait pre-operatif ve post-operatif görüntü (Defektin tamamı fillet flep ile kapatıldı)

Tablo-1

HASTA	CİNSİYET (K/E)	YAŞ	EK HAS-TALIK*	VÜCUT KİTLE İNDEKSİ	TÜMÖR LOKALİZASYONU	TÜMÖR TİPİ Ve BOYUTLARI	TÜMÖR DERİNLİĞİ (MM)	DEFEKT ALANI (CM2)**
1	K	65	DM,HT	25	SOL AYAK 2.3.MTF	NODÜLER 2X3 CM	4.3	20
2	E	58	HT	28,1	SOL AYAK 5.MTF	AKRAL LENT 1X3 CM	1.7	15
3	E	82	KOAH	26,7	SAĞ AYAK 4.5. MTF	AKRAL LENT 4X4 CM	7.5	36
4	E	71	KAH	28,4	SOL AYAK 4.5. MTF	AKRAL LENT 5X5 CM	2.4	49
5	E	61	HT	25,8	SOL AYAK 3.PIP, 4.5.MTF	AKRAL LENT 2X2 CM	3,8	16

*Hastalara ve tümöre ait özellikler * DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı, Kah: koroner arter hast ** Ortalama defekt alanı: 25,2 cm2*

Tablo-2

HASTA	FLEPLE KAPATILAN ALAN (%)	CERRAHİ SINIR İÇİNDE KALAN VE AMPUTE EDİLEN PARMAK	İKİ NOKTA DİSKRİMİNASYONU	KOMPLİKASYON	TAKİP SÜRESİ (AY)	DESTEKSİZ YÜRÜMEYE BAŞLAMA (HAFTA)
1	100	SOL 2.3. FALANKS	YAPILAMADI	%20 FLEP KAYBI	7	6
2	100	SOL 5. FALANKS	POZİTİF (1MM)	YOK	18	3
3	80	SAĞ 3.4. FALANKS	POZİTİF (1MM)	YOK	1	4
4	50	SOL 4.5. FALANKS	POZİTİF (2MM)	KISMİ GREFT KAYBI	2	6
5	100	SOL 2.3.4. FALANKS	POZİTİF (1MM)	YOK	5	3

*Takip ve sonuçlar * %20 Kayıp, tam kat deri grefti ile onarım yapıldı.*

ameliyat öncesi sağ el 5. parmak dorsal dış kısmında gangliyon oluşumunun görünümü



P-261
Romatoid artritte metakarpofalangeal eklem yerleşimli gangliyon kisti: nadir bir vaka

Enver Arpacı[1], Ahmet Çağrı Uysal[2], Hüseyin Borman[2]
[1]Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Gangliyon kistleri elin en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Tek veya çoklu loplu olabilen bu kistler müsin maddesi ile doludur. Ganglionların %70›i el bilek dorsal kısmında, %20›sinden fazlası el bilek volar kısmında ortaya çıkar. Vakaların geriye kalanı çoğunlukla diz ve ayak bölgesinde tespit edilir. Metakarpofalangeal(MP) eklem seviyesinde bildirilen ganglion vakası oldukça nadirdir. Biz bu çalışmamızda sağ el 5. parmak MP eklem dorsal kısmında gangliyon kisti ortaya çıkmış olan, romatoid artritli 72 yaşındaki kadın hastayı sunmayı amaçladık. Hastaya lokal anestezi altında açık cerrahi gangliyon eksizyonu uygulanmıştır. Postoperatif 6 aylık takip sonrası gangliyon tekrarı tespit edilmemiştir.

intraoperatif ganglionun görünümü



P-262
Kemoterapötik Ekstravazasyonlarında Revers Radial Arter Fleple Defekt Kapatımı Yapılan Hastalarımız

Metin Temel[1], Aydın Ural[2], Berfin Ekin Gözükara[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Ekstravazasyon; intravenöz uygulama sırasında bir ilacın istemsiz olarak perivasküler ve subkütan dokuya verilmesi ya da sızmasıdır. Kemoterapi uygulamaları sırasında sık görülen erken bir komplikasyon olmasına karşın geç dönemde de devam etmektedir. Vezikan ilaçlar damar dışına kaçtıklarında, ağrı, kızarıklık ve şişlik ortaya çıkar. İzleyen birkaç gün içerisinde de lokal nekroz ve ülser gelişebilir. Bül oluşumu ve/veya doku zedelenmesine neden olurlar. İrritan ilaçlar ekstravazasyon gelişince veya gelişmeden de damar duvarında irritasyon yaparak yanma ve ağrı hissi yaratır. Nekroz oluşturmadan, flebite kadar gidebilen, inflamasyona neden olurlar. Kiniğimizde kemoterapotik kullanımı sonrası el dorsumunda geniş nekrozları olan diyabetik hastalarda yapılan revers radial arter ada flebi ile defekt kapatımı yapılan hastalarımızın verilerini paylaşmak istiyoruz.

Gereç-Yöntem: Kemoterapotik tedavi esnasında ekstravasyon nedeniyle yaşları 65 ve 72 olan iki hasta el dorsumunda nekroz nedeniyle başvurdu. Hastaların ikisi de diyabetli olan yaşlı hastalardı. Hastaların defekt çapları 10X8 cm boyutlarındaydı. Hastaların ek problemleri nedeniyle revers radial arter bazlı ada flebi ile defektleri kapatıldı. Bir hastada felp donor alanı primer kapatılırken diğer hastada greftle donor alan kapatımı yapıldı.

Sonuçlar ve Tartışma: Ekstravazasyon insidansı çocuklarda %11, yetişkinlerde % 22'dir. Onkolojiye özel alanlarda deneyimli onkoloji hemşireleri tarafından yapılan, kemoterapi uygulamalarında % 0.1, genel hastane ortamlarında % 2-5 oranında görülmektedir. Risk faktörleri hastaya, ilaçlara, tıbbi uygulamalara, damar yolu ile ilgili anatomik özelliklere ve mekanik nedenlere bağlıdır. Hastaya ait risk faktörleri; frajil damarlar, küçük çaplı venler, çok sayıda venöz girişim, yaygın vasküler hastalık, proksimal venlerde tromboz, çocuk ya da yaşlı hasta, hatırlama fenomeni, nöropatik duyusal bozuklukları içerir. İlaçlara ait risk faktörleri; ilaçların vezikan potansiyeli, konsantrasyonu, ozmolaritesi, pH'sı, uygulama süresini içerir. Klinik bulgular; enjeksiyon yerinde ağrı, yanma ya da batma, fizik muayenede şişlik, kızarıklık ve duyarlılık, Lokal bir endürasyon, ülserlerdir. Ülser kavitesine bağlı olarak genellikle 1-2 hafta kadar devam edip daha sonra siyah bir eskar halinde iyileşir. Doku hasarının genişliği ekstravaze olan ilacın hacmi ve miktarı ile doğrudan ilişkilidir. Genel tedavi yaklaşımı olarak enjeksiyon ya da infüzyon hemen durdurulur. Kanül yerinde tutulur, steril eldiven giyilir. Kanülün girişine bir enjektör takılarak, yavaş bir şekilde, olabildiğince ilaç geri çekilmeye çalışılmalıdır. İlaç aspire edilirken, kanül çıkarılmalıdır. Venöz kanül çıkarılmadan, aynı girişten ekstravazasyon bölgesine spesifik antidot verilmesi düşünülebilir. Sahaya kesinlikle alkol sürülmez. Ekstravazasyon bölgesine basınç uygulanmadan, ekstremite elevasyona alınıp immobilize edilmelidir. Daha geç dönemde gelişen doku kayıplarında ise basitten karmaşığa ve hastanın ek hastalıkları ve genel durumuna göre karar verilmelidir. Biz iki hastada yaşlı olduğu ve defektlerinin fleple kapatılması gerektiği için radial erter bazlı ada flebi ile defekt kapatımı yaptık.

Kaynaklar
1. F. Roila, A. Del Favero, R.J. Gralla, and M. Tonato. Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced emesis: Results of the Perugia Consensus Conference. Ann Oncol (1998) 9 (8): 811-819.
2. J. A. Pérez Fidalgo, L. García Fabregat, A. Cervantes, A. Margulies, C. Vidall, F. Roila, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group Management of chemotherapy extravasation: ESMO–EONS Clinical Practice Guidelines Annals of Oncology 23 (Supplement 7): vii167–vii173, 2012
3. Mübin Hoşnuter, Orhan Babucçu, Eksal Kargı, Ahmet Işıkdemir, Bülent Tekerekoğlu Yaşlılarda Sık Görülen Bir Medikal Travma: «Ekstravazasyon Yaralanmaları» Sınıflama Ve Tedavi Yaklaşımları Türk Geriatri Dergisi 2005; 8 (2): 101-106 Turkish Journal Of Geriatrics

P-263
İki Nokta Ayırım Testinde Yeni Bir Alet Kullanımı

Hatice Gözde Muratoğlu[1], Uğur Horoz[1], Emre İnözü[1], Avni Tolga Eryılmaz[1], Sebat Karamürsel[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Plastik Cerrahide el yaralanmaları, tuzak nöropatiler, diabetik nöropati değerlendirmesi gibi çeşitli durumlarda duyu muayenesi yaygın olarak yapılmaktadır. İki nokta ayrımı sinir yaralanması sonrası değerlendirme ve sinir hasarı onarımı sonrası statik ve dinamik olarak klinik değerlendirmelerle öznel olarak yapılabilir. Muayene için günümüzde kullanılmakta olan birçok yöntem tanımlanmıştır. İki nokta ayırımı, cilde temas eden iki yakın nesnenin iki ayrı noktada dokunduğunu ayırt edebilme kabiliyetidir. Bu, periferik sinirlerin muayenesinde iki sivri alet yardımı ile kullanılır ve muayene edilen cilt alanının innervasyon kalitesini yansıttığı düşünülür.. Parmak ucunda anormal duyu durağan iki nokta ayırımında >6mm, hareketli iki nokta ayırımında ise >3mm olarak kabul edilir. Günümüzde duyu muayenesini iki nokta ayırımına dayalı testler ile yapmakta olsak da bu test için gerekli araçlar temini kısmen zor ve pahalı aletlerdir. Kliniğimizde günlük kullanımda daha basit olarak hazırlanabilen bir iki nokta

ayırım test aracı tasarladık. İki adet 31 gauge iğne ucunu cetvelli kumpas uçlarına yapıştırarak hazırladığımız aletle her iki iğne arası mesafeyi 1 milimetreden başlayarak genişletebilme ve duyu muayenesini değerlendirmeyi sağladık. Test başlangıcından ilerleyerek her adımda aralığı 1 mm genişleterek iğnelerin duyu muayene alanına temasını sağladık. Kolay hazırlanabilen, düşük maliyetli ve rahat uygulanabilen tasarladığımız aleti kliniğimizde 3 yıldır yaklaşık 420 hastada 650 duyu muayenesinde kullandık. Böylece iki nokta ayırım muayenesi ile duyu hasarını göreceli olarak daha nesnel ve basit bir yöntem ile ölçmüş olduk. Klinik değerlendirmelerimiz doğrultusunda tanımladığımız aletin statik ve dinamik iki nokta ayrımında kullanımını önermekteyiz.

P-264
Genetik Geçişli El Deformitelerinde Tedavi; Bir Hastayı Tedavi Etmek Nesilleri Tedavi Etmektir

Kadri Özer[1], Hande Akdeniz[2], Uğur Koçer[2], Nezih Sungur[2]
[1]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Yenidoğanlarda %2›nin üzerinde konjenital malformasyon görülebilmektedir ve bunların %10›u üst ekstremite ile alakalıdır. Üst ekstremitedeki konjenital el anomalileri arasında yer alan başparmak hipoplazisinin genetik geçişi olan sendromlarla birlikte görülebileceği kanıtlanmıştır. Rekonstrüksiyon zamanı tartışmalıdır. Tavsiye edilen yaş, başparmak fonksiyon gelişimi için 1-2 civarındadır. Bu yaştan sonra adaptasyon süreci başlar. Bu adaptasyon iyi kabul edilse de kimi zaman tedaviye engel oluşturabilmektedir.

Olgu: 6 yaşında erkek hasta bilateral başparmaklarında görüntü bozukluğu nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Ailesi hastanın 1. parmak fonksiyonlarının olmadığını kabullendiklerini, fakat dış görünüşü nedeniyle rahatsız olduklarını beyan etti. Tenar kas hipoplazisi nedeniyle hastanın sağ elinde 1. parmak hareketleri mevcut değildi. Hasta kavrama haraketini 2. web ile yapabiliyordu. Evre IIIB başparmak hipoplazisi tanısıyla fonksiyonel olarak en yararlı tedavi seçeneği olarak pollizasyon önerildi. Fakat genetik geçişli ve tedavi edilmeyen el deformitesi olan babası kendi adaptasyonu kabul etmesi nedeniyle fonksiyonel hareketleri geliştirecek bir tedaviye gerek duymadı.

Sonuç: Başparmak hipoplazileri radial defisitin bir parçası olarak görülebilir. Bu hastalar tedavi algoritması için 5 gruba ayrılmışlardır. Erken evrelerde konservatif tedavi tercih edilse de, hastanın başparmağı ile çimdik hareketini yapamadığı ve kavrama hareketini başparmağından ziyade 2.web ile yaptığı ileri evrelerde cerrahi müdahale önerilmektedir. Cerrahi müdahale için ilk tercih fonksiyonel ve kozmetik açıdan sonuçları en iyi kabul edilen pollizasyondur. Şaşırtıcı bir şekilde bir çok üst ekstremite deformitesi az bir fonksiyonel defisite yol açar. 2 yaşından sonra kişi bilinç altında kavrama hareketini ve elini olduğu gibi kullanmayı öğrenir ve sosyal bir ortama girene kadar anomalinin farkında olmaz. Bu adaptasyonu geliştirmiş ve özellikle genetik kalıtımı olan hastalıklarda, tedavi edilmeyen birey kendinden sonraki nesillerin de tedavisine engel teşkil edebilir.

Fig. 1.



6 yaşında erkek hasta, kongenital bilateral el deformitesi nedeniyle başvurdu. Sağ elde evre IIIB başparmak hipoplazisi nedeniyle pollizasyon önerildi.

Fig. 2.



34 yaşında erkek hasta, tedavi edilmeyen kongenital bilateral el deformitesi

P-265
Üst Ekstremitede Veteriner Aşı Yaralanmaları

Şerif Yavuz[1], İbrahim Sağlam[1], Muhsine Zeynep Yavuz[2]
[1]Abant Izzet Baysal Universitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi AD, Bolu
[2]Abant Izzet Baysal Universitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Farmakoloji AD, Bolu

Olgu 1: 32 yaşında erkek hasta tavuklara salmonella aşısı yaparken kaza ile sol el 4. metakarpofalangeal eklem krizine enjeksiyon yapmış. Aşılama işlemini, aynı iğnenin birçok defa kullanıldığı aşı tabancası ile yapılıyormuş. Yaralanmadan 8 saat sonra kliniğimize başvuran hastanın 4. parmak proksimal falanksta ödem, solukluk ve ağrı, palmar bölge ve el dorsaline doğru yayılım gösteren hiperemi, ödem şikayetleri mevcuttu(Resim 1). Hastaya acil serviste tetanoz aşısı, antibiyotik ve aneljezik verilmesine rağmen semptomlarında ilerleme devam etmiş. Kompartman ve selülit açısından takip için kliniğimize tedavi altına alınan hastaya metronidazol, gentamisin, amoksisilin -klavulanik asit içeren üçlü antibiyoterapi, antienflamatuar ve antihistaminik tedavisi verildi. Yatışın 3. gününde

semptomlarında gerileme başladı, 5. günde oral antibiyotik verilerek taburcu edildi. 1 ay sonra poliklinik kontrolünde aralıklı ağrılarının olduğunu el fonksiyonlarının iyi olduğunu belirtti.

Olgu 2: 29 yaşında hayvancılıkla uğraşan erkek hasta civcivleri aşılama sırasında yanlışlıkla sol el 2. parmak lateraline interfalangeal eklem hizasından aşı tabancası ile enjeksiyon yapmış. Yaralanma öncesinde aşı tabancası ile yaklaşık 150 tavuk aşılamış. 1 saat içerisinde acile başvuran hastaya tetanoz aşısı, 1 doz seftriakson içeren İV antibiyotik verilmiş. Yapılan müdahaleye rağmen şikayetlerinde kötüleşme ve sol el 2. parmakta ödem, hareketle artan yoğun ağrısı olan hasta kliniğimizce değerlendirildi. Lokal anestezi altında hastanın enjeksiyon alanı debride edildi, yıkama yapıldı (Resim 2). Kliniğimize yatış verilen hastaya el elevasyonu, kompartman açısından takip, ampisilin + sulbaktam içerikli antibiyotik, analjezik ve antihistaminik tedavi başlandı. Yara yerine günlük pansumanlar yapılarak sekonder yara iyileşimine bırakıldı. Yatışın 2. günü semptomları gerileyen hasta oral tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Poliklinik takiplerine devam edilen hasta 3 hafta sonunda iyileşerek iş başı yaptı.
Olgu 3: 35 yaşında erkek hasta kümes hayvanlarını otomatik aşı tabancası aşılama sırasında yanlışlıkla sol el başparmak distaline enjeksiyon yapmış. Hasta öyküsünde cilt altına bir miktar aşı materyalinin enjekte olduğunu ve hemen acile başvurduğunu, burada tetanoz aşısının, ağrı kesici ve antibiyotik tedavilerinin düzenlendiğini, debridman yapılmadığını oral tedavisi düzenlenerek taburcu edildiğini belirtti. Yaklaşık 1 hafta yoğun ağrı, ödem ve parmakta hareket kısıtlığı oluşmuş, 1 ay sonra şikayetleri azalarak çalışmaya başlamış. Kliniğimize 3 ay sonra sol el baş parmak pulpasında hipereminin ve ödemin devam etmesi ve dokunma ile hassasiyet, ağrı şikayeti ile başvurdu (Resim 3). Çekilen ultrason bulguları cilt altında granülasyon dokusu ile uyumluydu. Hastaya antieflamutar tedavi düzenlendi ve poliklinik takibine alındı.

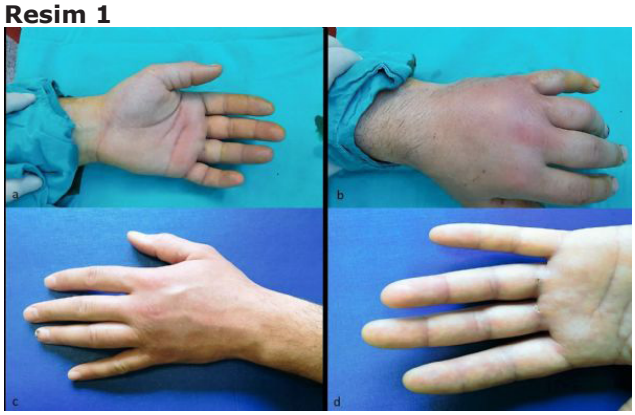
Tartışma: Veteriner aşıları hayvan sağlığını koruma amacıyla tüm dünyada kullanımı artmaktadır. Bu aşıların kullanımı hayvandan insana zoonotik enfeksiyonların geçiş risklerini azaltmaktadır. Aşıların çoğunluğu inaktive formda olmakla birlikte canlı aşılarda bulunmaktadır. Bu aşılar sadece hayvanlarda kullanım için geliştirilmiş olup insanlar üzerindeki etkileri araştırılmamıştır. Buna rağmen insanlar bu ürünlere yanlışlıkla maruz kalabilmekte ve toksik etkiler oluşabilmektedir (1). Toksik etkilerin meydana gelebileceği aşı dozları da yine araştırmaların yetersiz olması nedeniyle bilinmemektedir (1). Biz hayvancılık sekteründe çalışan kümes hayvanalarına salmonella enteritidis aşılaması sırasında yanlışlıkla kendi eline enjeksiyon yapan 3 hastayı sunduk. Hastalarda enjeksiyon ile başlayıp haftalarca süren akut ve kronik inflamasyon bulguları gözlendi. Literatürde el yaralanmasına sebep olan veteriner aşı enjeksiyon kazaları ve bunun uzun dönem sonuçlarını sunan vakalar oldukça azdır. Bu tür kazalarda morbidite, yaralanma bölgesine, enjeksiyon materyal hacmine, çevre ve/veya hayvan tarafından kontamine olmuş iğne ile ilişkili sekonder enfeksiyona veya aşı ile canlı bakteri inokülasyonuyla yakın ilişkilidir(2). Hastalarımızın maruz kaldığı aşı minimum 2.4x109 inaktive salmonella enteritidis bakteri kolonisi, 0.20% formaldehyde, maksimum 0.05 mg thiomersal ve maksimum 0.40 ml yağ emülsiyonu içermektedir. Tavuklara salmonella enteridis enfeksiyona karşı aktive immünizasyon için otomatik aşı tabancası ile 0.5cc hacminde enjeksiyon yapılmaktadır Lokal doku reaksiyonu,içerdiği antijene veya adjuvanlara bağlı olmaktadır(3). Genellikle enjeksiyon bölgesinde oluşur ve 1 hafta içinde geriler, nadirde olsa parmakte nekroza sebep olan vakalarda bildirilmiştir(3). Ölü mikroorganizmaların tamamı veya fraksiyonlarından üretilen cansız (inaktive) aşıların immünizasyon oluşturabilmeleri için adjuvanla birlikte verilmeleri gerekir(4). Adjuvanlar kendileri immünojen olmayan, antikor oluşturmayan ancak verildikleri antijenin immünojenitesini arttıran, güçlendiren maddelerdir(4). Hayvanlarda hücresel immüniteyi arttırmak için çoğu aşıda mineral ve organik yağlar, aliminyum tuzları ve micobakteri hücre duvarı antijenleri adjuvant olarak kullanılmaktadır. Adjuvanlara bağlı ağrı, enflamasyon, şişlik, enjeksiyon yerinde nekroz, granülomlar, steril apse ve lenfadenopatiler gibi lokal yan etkiler, bulantı, ateş, artrit, üveit, eozinofili, alerji, anafilaksi, immünsüpresyon ve otoimmün hastalıklar gibi sistemik yan etkiler görülebilir(4). Günümüzde en sık kullanılan adjuvanlar aliminyum tuzları ve yağ emülsiyonlarıdır(5). Alüminyum adjuvanlarının en önemli yan etkisi enjeksiyon yerinde yerel granülom oluşturmasıdır. Bu durum özellikle aşının intramusküler yerine intradermal ya da subkutan uygulanması sonucunda gelişir. Yerel ağrı, enflamasyon, şişlik, enjeksiyon yerinde ülser ve nekroz da görülebilir. Diğer önemli yan etkileri, artmış IgE yapımı ile alerjiye eğilim ve potansiyel nörotoksisiteye yol açabilmesidir(4). Alüminyumdan sonra insan ve hayvanlarda en sık kullanılan adjuvanlar; yağ içinde su (water in oil, W/O; parafin içinde sıvı antijen) veya su içinde yağ (oil in water, O/W) içeren emülsiyonlardır. Günümüzde granulom, apse, artrit, amiloidosis, allerjik reaksiyonlar gibi yüksek reaktojenitesi nedeniyle bazı yağ emülsiyonların (Freund adjuvanı gibi) insanlarda kullanımından vazgeçilmekle birlikte veteriner aşılarında sıklıkla kullanılmaktadır. Enjeksiyonun yağ emülsiyonu içerdiği biliniyorsa veya şüpheleniliyorsa,önemli inflamasyon veya granülamatöz reaksiyon başlamadan erken debridman uygulanarak enjeksiyon materyalin uzaklaştırılmalıdır(6). Erken debridman hasarın şiddetini, hastanede kalış süresini ve iş kaybını azaltır.

Sonuç olarak ekstremiteye yanlışlıkla uygulanan veteriner aşı enjeksiyonlarında adjuvantların lokal ve sistemik etkileri ile birlikte kompartman sendromu ve selülit açısından dikkatli olunmalı, hospitalize edilip yakın gözlem altına alınmalı, eğer aşı materyalinin enjeksiyonundan şüpheleniliyorsa debridmandan kaçınılmamalıdır. Ayrıca hayvancılıkla uğraşan işçilerin iş güvenliği tedbirlerinin alınması, uygulanan veteriner aşılarının daha az alerjik reaksiyona sebep olan adjuvanlar içermesine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. Strausbaugh LJ, Berkelman RL. Human illness associated with use of veterinary vaccines. Clinical infectious diseases 2003;37(3):407-14.
2. Donham K, Thelin A. Agricultural medicine: occupational and environmental health for rural health practitioners: Ames, IA: Blackwell Press, 2006.
3. Ogun TC, Uzumcu AU, Arazi M, Kapicioglu MI. Accidental Salmonella enteritidis vaccine injection leading to finger necrosis--a report of 4 cases. Acta orthopaedica Scandinavica 1999;70(6):629-31.
4. Aguilar JC, Rodriguez EG. Vaccine adjuvants revisited. Vaccine 2007;25(19):3752-62.
5. Yurdakök K, İnce T. Aşı adjuvanları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51(4):225.
6. Richardson GD, Links, II, Windsor PA. Gudair (OJD) vaccine self-inoculation: a case for early debridement. The Medical journal of Australia 2005;183(3):151-2.

Resim 1



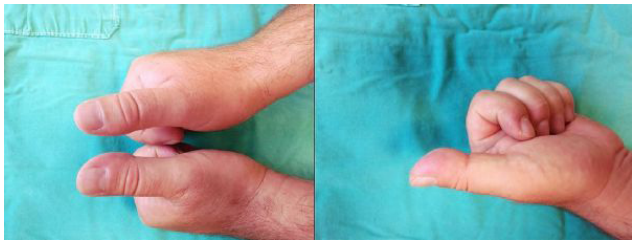
a-b enjeksiyondan 8 saat sonraki görüntü, c-d yaralanmadan 1 ay sonraki resmi.

Resim 2



Enjeksiyondan 1 saat sonra debridman sonrası görünüm.

Resim 3



Hastanın 3 ay sonraki görünümü.

P-266
İskemi/Reperfüzyon Hasarına Karşı Besleme Sondası ile Dolaşım Sağlanmasının Replantasyon Başarısına Etkisi: 2 Olgu İle Klinik Deneyim

Mustafa Ekrem Güleş, Reşit Burak Kayan, Osman Kelahmetoğlu, Kemalettin Yıldız, Onur Akman, İsmail Melih Kuzu, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Vücudun kopan bir parçasının, işlevlerini yeniden kazanmak amacı ile, yerine dikilmesi olayına replantasyon denir.

Replantasyonlar kopma seviyesine göre iki grupta incelenir:

1- Major replantasyon: El bileğinin üst bölgesinden olan kopmalarda gerçekleştirilir.

2- Minör replantasyon: El bileği seviyesinin altında olan kopmalarda yapılan replantasyona denir.

İskemi/Reperfüzyon (İR) hasarı ise bir uzvun veya dokunun iskemik kalmasından sonra dolaşımın sağlandıktan sonra ani oksijenizasyon ile serbest radikallerin oluşumu ve doku hasarına sebep olmasıdır.

Bu çalışmada ise iki üst ekstremite major amputasyon olgusunda besleme sondası ile kanlanmanın sağlanmaya çalışılmasına ve replantasyon başarısının arttırılmasına yönelik klinik deneyimimizi sunmaya çalıştık.

Olgu:

Olgu 1: 44 yaşında Erkek hasta 24.04.14 tarihinde sağ ön kolunu pres makinesine kaptırma sonucu sağ ön kol 2/3 seviyesinden avulsiyon tarzda ampute idi. Ortopedi kemik fiksasyonu yapmadan önce feeding sonda ile radial arter ve sefalik venin distal ve proksimali arasında geçici dolaşım sağlandı ve fiksasyon boyunca bu şekilde iskemiden korundu. Fiksasyon sonrası ön kol replante edildi. 03.05.14 tarihinde anastomozun durması üzerine nekroze dokular debride edildi ve oluşan defekt nörovasküler yapıların üzerini örtmek ve el dolaşımının devamını sağlamak amacıyla radial artere yapılan flow through serbest ALT flebi ile kapatıldı.

Olgu 2: 54 yaşında Erkek hasta 26.04.14 tarihinde sol el bileği 4 cm proksimalden delici kesici alet yaralanması sonucu giyotin tarzında ampute idi. Ortopedi kemik fiksasyonu yapmadan önce feeding sonda ile radial arter ve sefalik venin distal ve proksimali arasında geçici dolaşım sağlandı ve fiksasyon boyunca bu şekilde iskemiden korundu. Ortopedinin el bileği artrodezinden sonra radial arter ulnar arter 4 adet ven radial ulnar ve median sinir ve tüm tendonlar onarıldı. Volar yüz tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. 30.04.14 tarihinde el dolaşımı olmayan hasta operasyona alındı ve anastomozlar yenilendi ve elin dolaşımı sağlandı.

Tartışma: Major replantasyonlar, mutlak replantasyon endikasyonuna sahiptir. Ancak yaralanmadan sonra gecen süre, minor amputasyonlara göre daha önemli ve kanlanma sağlanana kadar dokuların korunması geçen süre oldukça azdır. Özellikle kas dokusu iskemiye en duyarlı doku olup, 2-4 saat içerisinde kanlanma sağlanamadığı zaman metabolitler oluşmakta ve dolaşımın sağlanmasından sonra oluşan oksijenizasyon İR hasarına sebep olup doku hasarına ve kayıplarına sebep olabilmektedir. İR hasarı rekonstrüktif cerrahinin temel problemlerinden biridir. En basit random bazlı flep kaldırılmasından sonra bile çeşitli metabolik değişiklikler dokularda görülmekte ve bazen flep kayıplarına bile sebep olabilmektedir. İR hasarı özellikle kanlanmanın tamamen olmadığı serbest flep vakaları ve amputasyon yaralanmaları sonrası ameliyat başarısını etkileyen en önemli sorunlardan biridir. Çeşitli deneysel ve klinik çalışmalar ile arastırmalar devam etmekte; etkilerini azaltıcı veya önleyici terapiler denenmektedir. Bu çalışmada besleme sondasını dolaşımın erken sağlanması amacı ile kemik fiksasyonu öncesi radial arter ile sefalik ven arasında geçici anastomoz olarak kullanarak kan akımını sağladık. İR hasarını azaltmaya yönelik ve replantasyon başarısını arttırılması için alternatif bir yöntem olarak kullanıldı.

Sonuç: Major amputasyonlarda da minor amputasyonlarda olduğu gibi giyotin tarzdaki amputasyonlarda avulsiyon tarzdaki amputasyonlara göre sonuçlar daha yüz

güldürücüdür. Replantasyonda dokuları iskemiden korumak için anastomoza kadar olan sürede besleme sondası ile geçici olarak dolaşımı sağlamanın replantasyon başarısını artıracağı kanaatindeyiz

Kaynaklar: http://www.turkhandsociety.org

Olgu 1a



Olgu 1b



Olgu 2



P-267
Guyon Kanalında Ganglion Kisti Ve Ulnar Sinir Kompresyonu

Muzaffer Kurt, Oğuzhan Demirel, Çağatay Öner, Salih Onur Basat
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: El ve el bileği ganglionları benign sık görülen lezyonlardır. Çoğunlukla komşu tendon ve eklemlerin arasından gelişirler fakat bazen intratendinöz ya da intraosseoz da olabilirler. El bileği ganglionlarının %70'ı dorsal ganglionlardır. Volar ganglionlar ise tipik olarak el bileği krizinde baş parmağın tam altında yer alır.

Çoğu vaka spontan regrese olabilir. İnvaziv girişimler için endikasyonlar ağrı, hareket kısıtlılığı ve sinir kompresyonudur. Aspirasyon sonrası rekürrens oranı çoğu lokasyon için %50 oranındadır ancak volar yüzde %30'a kadar geriler. Cerrahi eksizyon sonrası rekürrens oranı %5'dir. Dorsal ganglionlar için artroskopik tedavi yöntemi ile ilgili çalışmalar devam etmekte ve umut vericidir.

Bu olgu sunumunda, elde pençeleşme ve Wartenberg işareti ile başvuran bir hastada, el bileği ulnar tarafta lokalize ulnar sinir kompresyonuna neden olan bir ganglion kisti vakasını takdim etmekteyiz.

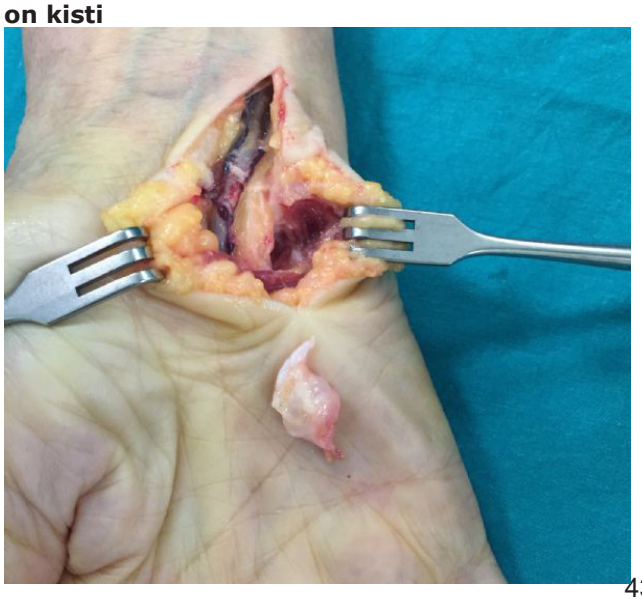
Olgu: 73 yaşında bayan hasta, sağ elde 4. 5. parmaklarda uyuşma şikayeti ile kliniğimize fizik tedavi bölümünden yönlendirildi. Hastanın semptomları arasında 4. 5. parmakta volar yüzde parestezi ve PİP eklemlerde ekstansiyon kısıtlılığı vardı. Yapılan fizik muayenesinde sağ el 4. 5. parmaklarda pençeleşme ve Wartenberg işareti mevcuttu. Herhangi bir travma öyküsü bulunmayan hastanın el bileği volar yüz ulnar tarafta 1x1 cm boyutunda yumuşak kıvamlı mobil bir kitle palpe edildi. Hastanın çekilen MR görüntüsü ‹El bileği ulnar tarafta fleksör yüzde distal karpal kemikler seviyesinde yerleşen hafif lobüle konturlu 18.5x20.5x7.3 mm boyutlu ölçülen T1A

görüntülerde hipointens T2A görüntülerde hiperintens karakterde sıvı sinyalinde lezyon saptandı (ganglion kisti ?)›, EMG raporu ise 'Sağ ulnar sinir uyarımı ile abductor digiti minimi ve 1.dorsal interosseus kaslarından yapılan kayıtlamada motor yanıtlar düşük amplitüdlü olarak elde edilmiştir. Bu sinire ait 4.ve 5. parmak duysal yanıtları ile ulnar dorsal kutanöz sinir duysal yanıtları normal latens ve amplitüdlü olarak alınmıştır.' şeklinde geldi. Hasta opere edildi. Guyon kanalı içerisinde ulnar sinire bası yapan 2x1 cm boyutunda kitle eksize edildi.. Hastanın post op döneminde bir komplikasyon gelişmedi ve ilk kontrolünde şikayetlerinde gerileme başladı. Pataloji raporu ganglion kisti olarak geldi.

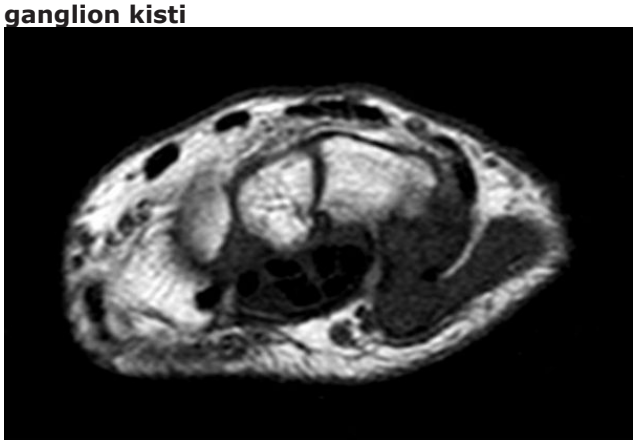
Tartışma: El bileği seviyesinde ulnar sinir tuzak nöropatilerinin oranı, dirsek seviyesindekilerin yalnızca %5'i kadardır. Distal seviyede ulnar sinir lezyonları 3 sınıfa ayrılır. Tip 1 sendrom eldeki ulnar sinirin inerve ettiği tüm kaslarda motor defisiti ve hipotenar alanın ve 4. 5. parmakların volar yüzlerinin duyu defisitini içerir. El dorsumundaki duyu etkilenmemiştir. Bu sendrom Guyon kanalı proksimal seviyesindeki lezyonlara bağlıdır. En sık görülen Tip 2 sendromda ise duyu korunmuştur ancak ulnar sinir derin dalının inerve ettiği kaslarda güçsüzlük vardır. Lezyon pisohamate açıklıkta ya da daha distaldedir. Tip 3 sendrom sadece duyu defisiti içerir, motor fonksiyon korunmuştur. Kanalın en distal kısmında ulnar sinir yüzeyel dalındaki bir patalojiye bağlıdır. Bu sınıflamaya göre bizim hastamız Tip 1 sendroma uyuyordu. El ve el bileği ganglion kistleri sıklıkla hayatın 2. Ve 4. dekadları arasında gözlenir ve kadınlarda daha sıktır. Hastalarda çoğu kez aylar hatta yıllardır süregelen asemptomatik bir kitle mevcuttur. Kitleler aniden büyüme gösterebilir ya da spontan regrese olabilirler. Hastalarda genellikle travma öyküsü bulunmaz. Bizim hastamızda son 2 aydır başlayan elde kuvvet ve his kaybı şikayetleri mevcuttu. Guyon kanalında kompresyona neden olabilecek romatoid artrit, ganglion, ulnar arter anevrizması gibi bir çok sebep vardır. Fakat hastalığın akut progresyon göstermesi bunların arasında en çok ganglion kisti lehine yorumlanır. Hastamızda yapılan görüntüleme yöntemleri bize ganglion kistini düşündürdü

Sonuç: Guyon kanalında ulnar sinirin bir ganglion kisti tarafından kompresyonu oldukça nadir bir durumdur. Fakat bu tür klinik durumlarda, klinisyenler ganglion kistini olası tanılarına eklemelilerdir. Ganglion kistinin erken tanısı ve eksizyonunun, tedavide önemli bir basamak olduğunu düşünüyoruz.

Guyon kanalı içerisinde eksize edilmiş ganglion kisti



T2A görüntülerde aksiyel kesitli hiperintens ganglion kisti



P-268
Avulsiyon Tarzında 3. Parmak Amputasyonu Olan 3 Yaşındaki Replantasyon Olgusu

Mustafa Ekrem Güleş, Reşit Burak Kayan, Osman Kelahmetoğlu, İsmail Melih Kuzu, Onur Akman, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çocuk hastalarda hangi seviye ve ne tarzda yaralanma olursa olsun mutlak replantasyon endikasyonu bulunmaktadır. Bununla birlikte, çocuk hastaların damar çaplarındaki küçüklük ve parmak distaline doğru daralan damar çapları, deneyimli mikrocerrahlar için bile oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Dolayısıyla, anastomoz başarı şansı azalmakta ve replantasyon işlemi başarısızlık ile sonuçlanabilmektedir. Bu çalışmada 3 yaşındaki bir çocuk hastada oblik şekilli avülsiyon tarzındaki parmak ucu amputasyonuna ait klinik deneyimimiz sunmaya çalıştık.

Olgu: 3 yaşında kız hasta evde merdiven korkuluklarına takılarak oluşan sağ el 3. parmağı ulnar tarafta distal interfalangeal (DİP) eklem seviyesinden radial tarafa doğru orta falanks orta seviyesine kadar uzanan ve kemik yapının DİP eklem seviyesi distalinden itibaren ampute oblik şekilli avulsiyon tarzında total amputasyon ile acil servise başvurdu (Resim 1). Hasta operasyona alındı. 150 mmhg turnike basıncı altında amputat K teli ile fikse edildikten sonra FDS ve FDP tendonları onarıldı. 11-0 naylon sutur kullanılarak 1 adet arter ve 1 adet ven anastomozu yapıldı. Her 2 digital sinir onarıldı. Postoperatif 1. günde venöz yetmezlik gelişti (Resim 2) balık ağzı insizyon açıldı ve hirudoterapi uygulandı. Postoperatif 2. günde venöz yetmezlik tablosu düzelen hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. Hastada doku kaybı yaşanmadı ve ikinicl operasyona gerek duyulmadı. Hasta postoperatif 4. ayda ve fizik tedavi uygulanmaya devam ediyor (Resim 3).

Tartışma: Özellikle çocukluk çağı amputasyonlarında mutlak replantasyon endikasyonu bulunması ile beraber küçük yaştaki hastalarda özellikle distal seviyeden olan amputasyonlarda anastomoz aşaması zorlayıcı bir süreç oluşturmaktadır. Anastomoz ise direk olarak replantasyon

başarı şansını etkilemektedir. Yaralanmanın şekline ve seviyesine göre çesitli rekonstrüktif alternatifler bulunmaktadır. Özellikle çocuklarda tip amputasyonlarında; replantasyondan daha çok kompozit greft yaygın olarak kullanılmakta ve yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir. DİP eklem distalindeki amputasyonlar yetişkinlerde bile zorlayıcı iken gelişen mikrocerrahi alet teknolojisi ve teknik ile beraber özellikle deneyimli mikrocerrahlar tarafından uygulandığında başarı şansları artmaktadır. FDP tendonun yapışma yeri olan distal falanks tabanı parmağın ince hareket yapabilme kabiliyetini sağlamaktadır. Hastamızda yaralanma şekli neticesinde DİP eklem distalinden kemik yapının ampute olmasına rağmen radial taraftaki cilt yetersizliği başarılı replantasyon sağlanmadığı takdirde ikinci bir rekonstrüktif işleme sebep olacaktı. Avülse yaralanma olmasından dolayı yeterli sayıda ve özellikte ven bulunamadı. Hastada 1 arter ve 1 ven yapıldıktan sonra, gelişebilecek venöz yetmezlik akılda tutularak yakın takip edildi. İkinci gün gelişen venöz yetmezlik pulpadan açılan balık ağzı insizyondan kanatma ve sülük tedavisi ile giderildi. Bu sırada hasta kan değerleri açısından düzenli olarak değerlendirildi.

Sonuç: Damar çapının küçük olması nedeniyle güçleşen anastomoz tekniğinin, suturun yol açtığı mikrotravmanın ve buna ikincil olarak gelişen mikrotrombüs neticesindeki uzuv kaybının uygun mikrocerrahi aletler ve suturler kullanarak azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

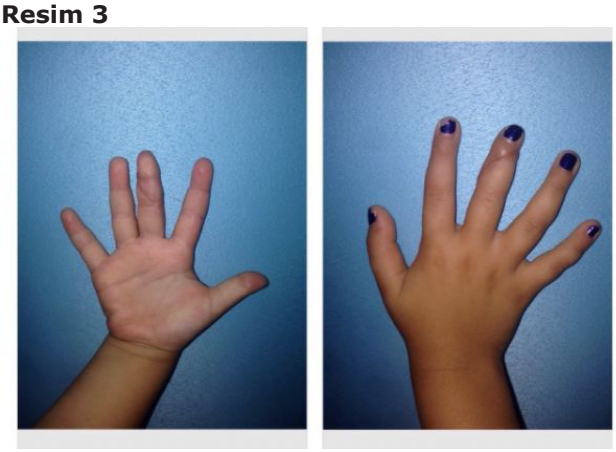
Resim 1



Resim 2



Resim 3



P-269
Çapraz Köprü Serbest Doku Nakillerinde Rijit Fiksasyon Yöntemi

Furkan Kurdal, Barış Yiğit, Gamze Özkan
Düzce Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Düzce

Giriş: Alt ekstremitenin geniş büyüklükteki avülsiyon veya crush tarzı yaralanmaları doku rekonstrüksiyon açısından cerrah için her zaman zorlayıcı nitelikte olmuştur. Bunun yanısıra damar hastalıkları olan bireylerde,diyabetik ve postonkoljik doku defektlerinde de uzvun amputasyon riski yüksektir. Bu tür hastalarda rekonstrüksiyon için kompozit mikrocerrahi doku aktarımları gerekmektedir. Alt ekstremite kurtarım operasyonlarında yaralanma bölgesini geçip sağlıklı alıcı damarlara ulaşmak için uzun ven greftleri gerekmektedir. Flep kaybının olabileceği reeksplorasyon gereken durumlarda güvenilir ve kaliteli uzun ven greftleri bulunamadığı taktirde ekstremite çapraz bacak serbest doku nakli ile kurtarılabilir (1).Bu işlem sırasında karşı bacağın sağlıklı alıcı damarlarına flep damarlarının anastomozu geçici olarak gerçekleştirlmektedir. Anastomozun devamlılığının sağlanabilmesi için bacaklar birbirinden ayrılmamalı ve bunun için genelde bacaklar

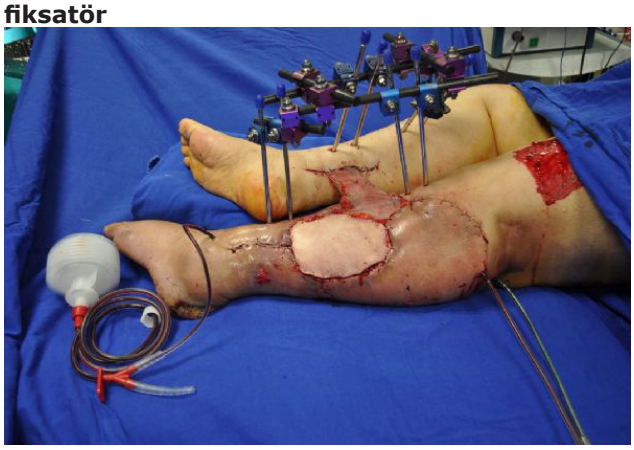
atel veya buddy taping (birbirine sargı bezi-elastik bandaj ile sabitleme) ile birbirene sabitlenmektedir (2). Bu sabitleme yöntemlerinde her ne kadar köprünün ayrılmaması için özen gösterilse de sürekli yatmakta olan hastaya dekübit ülserlerine karşı pozisyon değişikliği yapılmaya çalışıldığında hasta fark etmeden bacaklarının arasındaki mesafeyi açıp flep dolaşımını bozabilir. Ayrıca bacaklar arasında eritema intertrigo meydana gelmesi hasta konforunu bozan bir unsurdur (2). Flep kayıplarının en önemli sebeplerinden biri olan venöz yetmezlik durumlarında önerlien ekstremite elevasyonu için birbirine bağlanmış bacakların mobilizasyonu da bu yöntemlerde zor olmaktadır.Atelin içinde uzun süre kalmasına bağlı basılar veya topuğun uzun süre basıya bağlı kalması sonucu oluşan dekübit ülserleri de majör problemlerdendir (2).Bu bildiride Operasyonun başarısını devam ettirecek temel işlem olan bacak fiksasyonu için tarafımızca opere ettiğimiz hastalara eksternal fiksatör kullanılmış olup bahsedilen problemlere çözüm olabilecek bir yöntem tanımlamak amaçlanmıştır.

Vaka: 65 yaşında kadın hasta dış merkezde geçirdiği total diz protezi operasyonu sırasında yaralanan popliteal arterin tamiri için kalp ve damar cerrahisine intraoperatif konsülte edilmiş, yaralanan arteri onarmak için ven grefti alınırken peroneal siniri kesilmiş, düşük ayak gelişen hastaya AFO cihazı takılmıştır.Cihazın uzun süre çıkarılmaması ve bunun kruro-lateral bölgede enfekte ve nekroze bası yarası oluştuması üzerine hasta kliniğimize sevk edildi. Hastanın yapılan ilk muayenesinde sol bacak lateral yüzde 20x10 cm'lik alanda enfekte ve nekrotik lezyon görüldü. Ameliyathane şartlarında yapılan seri debridmanlar esnasında tüm krural kasların nekroze olduğu,tibia ve fibulanın ekspoze olduğu 22x11 cm doku defektinin eşlik ettiği klinik tablo ortaya çıktı. Serbest doku nakli ihtimali değerlendirlen hasta için alıcı damar planlaması yapılırken hastanın ipsilateral bacağı için çekilen MR anjiografi görüntülemesinde trifukasyon distalinde hiçbir damarda dolaşım patensinin olmadığı ve bacak dolaşımının sadece kollateral damarlarla sağlandığı görüldü. İpsilateral uygun alıcı damar bulunamadığından latissimus dorsi kası çapraz bacak serbest flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Karşı bacakta tibialis posterior arter ve venine anastomoz planlanıp disseksiyon yapıldıktan sonra sağ bacak dış rotasyon ve addüksiyona, diz fleksiyona getirilerek eksternal fiksatörle birbirine sabitlenip anastomoz işlemleri tamamlandı. Operasyon sonrası hastanın topuğunda bası yarası gelişmemesi ve flepte venöz dolaşım bozukluğu oluşmaması için her iki bacak fiksatörlerden bağlanmak suretiyle eleve edildi. 3 hafta sonra flep ayrılma işlemi tamamlanan hastada herhangi bir dekübit ülseri veya eritema intertrigo görülmedi. Flepte venöz dolaşım bozukluğu gelişmedi. Bacakların birbirinden ayrılması ve anastomozun bozulması riski olmadığından hasta konforu daha yüksek oldu.

Sonuç-Tartışma: Serbest doku nakilleri ekstremitenin kurtarımlarında çok önemli bir noktada bulunsa da operasyonun başarıya ulaşması için sağlıklı alıcı damara ulaşılması gerekmekte ve bunun için de çoğu durumda son çare olarak görülebilecek çapraz bacak serbest doku nakillerine başvurulmaktadır. Flebin canlılığının devam etmesini sağlayacak en önemli nokta olan anastomoz stabilizasyonu için tarif edilen yöntemlerin immobilizasyona bağlı dekübit ülseri, eritema intertrigo gibi komplikasyonlara neden olduğu görülmüştür. Eksternal fiksatör kullanımı anastomoz stabilizasyonu ve gerektiğinde venöz dolaşım bozukluğunun giderilmesini sağladığı için operasyon başarısını artırırken bahsedilen komplikasyonları önlediği için hastanın da konforunu artırır.

Referanslar
1) Application of the Cross-Bridge Microvascular Anastomosis When No Recipient Vessels Are Available for Anastomosis: 85 Cases Zhong-jia Yu, M.D., Bing-fang Zeng, M.D., Yu-chi Huang, M.D., He-gao He, M.D., Shuping Sui, M.D.,Pei-zhu Jiang, M.D., and Shen Yu, M.D. 2) Cross-Leg Free Flaps for Difficult Cases of Leg Defects: Indications, Pitfalls, and Long-Term Results Chen, Hung-chi MD, FACS; El-Gammal, Tarek Abdalla MD; Wei, Fu-chan MD, FACS; Chen, Hern-hsin MD; Noordhoff, M. Samuel MD, FACS; Tang, Yueh-bih MD, PhD

Çapraz bacak serbest doku nakli eksternal fiksatör



Eksternal fiksatör ile elevasyon



P-270
Tibia Ön Yüzdeki Geniş Doku Defektlerinde Mikrocerrahiye Alternatif Bir Tedavi Seçeneği: Bipediküllü Flepler

İsmail Küçüker[1], İbrahim Alper Aksakal[2], Hasan Göçer[3], Nevzat Dabak[3]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Samsun
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Alt ekstremiteye karşı gelişen yüksek enerjili travma sonrası yumuşak ve kemik doku hasarları olabildiği gibi yine bu bölgeyi ilgilendiren tümör cerrahileri sonrası da ciddi doku kayıpları olabilir. Bu bölgenin rekonstrüksiyonu için çok değişik seçenekler mevcuttur. Rekonstrüksiyon seçenekleri olarak tercih edilen yöntemler cerrahın tecrübe ve bilgisi doğrultusunda değişiklik göstermektedir. Bu vakada tibia

kemik tümörü sonrası kullanılan megaprotezin bipediküllü lokal flepler yardımıyla örtümünden bahsedeceğiz.

Giriş: Femur distalinden sonra primer kemik tümörlerinin en sık ikinci lokalizasyonu tibia proksimalidir.(1) Geçmişte kemik tümörlerinin primer tedavisi ampütasyon iken günümüzde adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi ve radyo terapinin sayesinde beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla ekstremite koruyucu cerrahiler ampütasyonların yerini almıştır. (2,3) Ekstremite koruyucu cerrahilerde kemik rekonstrüksyonu amacıyla mega protez kullanım sıklığı giderek artmaktadır.(4) Özellikle küçük çocuklarda ekstremite boyu uzarken, etkilenen tarafta epifizleri de içeren cerrahi tedavilerde büyüme durmakta be boy eşitsizliği gelişmektedir.(5) Zamanla gelişebilecek olan ekstremite boy eşitsizliğini engellemek için hastaya özel hazırlanan uzayan protez tercih edilmektedir(6,7). Böylece ileri yaşam döneminde dışardan elektromagnetik impuls ile boy eşitlemek mümkün olmaktadır. Kemik tümör cerrahilerinde yumuşak doku eksizyonlarına da ihtiyaç duyulabilmektedir.(8) Özellikle megaprotezlerin kullanıldığı vakalarda oluşacak yumuşak doku defektleri büyüdükçe rekonstrüksiyon giderek güçleşmekte ve serbest doku nakillerine ihtiyaç artmaktadır. (9) Çocuklarda serbest doku nakilleri özellikle mikrocerrahi ile yeni tanışan cerrahlarda tedirginlik yaratabilmektedir. (10) Ayrıca bacakta onkolojik kemik cerrahilerinde tibialis anterior ve posterior arterlerinden biri eksizyonu sırasında sakrifiye edilebilmekte ve bu durumda ekstremite tek damardan beslenir hale gelmektedir. Bu durumda özellikle geç rekonstrüksiyonlarda alıcı damar seçenekleri zorlaşmakta ve cerrahlar uç yan anastomozlarla uzun pediküllü fleplere ihtiyaç duyabilmektedir. Ayrıca yapılacak her serbest flepte donör sahada ikinci bir morbidite oluşmakta ve olası flep kayıplarında bu durum cerrahlar için oldukça can sıkıcı olabilmektedir. Bu sebeple lokal dokularla yapılacak rekonstrüksiyonlar hasta tarafından en kolay tolare edilecek rekonstrüksiyonlardır. Bu çalışmada tibia proksimal uçtaki osteosarkom eksizyonu sonrasında ekspoze olan megaprotezin lokal dokular kullanılarak rekonstüksiyonu anlatılmış olup, olası diğer tedavi seçenekleri ile mevcut tedavinin avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır.

Vaka: 12 yaşında kız çocuğu, sağ tibia proksimal bölge osteosarkom nedeniyle tibia proksimal rezeksiyonu ve hastaya özel hazırlanan uzayabilen tümör protezi (implantcast) ile rekonstrüksiyon yapıldı. Postoperatif 12. günde protezin total ekspoze olması sebebiyle rekonstrüksiyon amacıyla hasta Plastik Cerrahi ekibimize danışıldı. Yapılan fizik muayenede dizde patella üzerinden başlayıp ayak bileğine 7 cm kala biten ve toplamda 25 * 10 cm çapında yumuşak doku defekti ve altında tamamen ekspoze megaprotez görülmekteydi. (Figüre 1) Hastada ilk olarak serbest latissimus dorsi kas deri flebi planlandı ancak defekt boyutunun çok büyük olması, hastanın posterior tibial arterinin onkolojik cerrahide bağlanmış olması ve olası flep kaybının ekstremite kaybıyla sonuçlanacak olması sebebiyle öncelikle lokal bir seçeneğin olup olmadığı incelendi. Yapılan fizik muayenede defektin medial ve lateralindeki fleplerin orta hatta yaklaştırılabildiği ve fakat arada bir miktar boşluk kaldığı görüldü. Bunun üzerine hastada medial ve lateral yumuşak dokularda 9*22'şer cm boyutlarında iki flep tasarlandı. Flepler posterior baldırda orta hatta kesilerek bipediküllü olarak fasya flebe dahil edilecek şekilde diseke edildi ve orta hatta karşılıklı olarak dikildi. (Figüre 2 a-b). Baldır posteriorda gastrokinemius kası üzerinde oluşan defekt kısmi kalınlıkta greft ile onarıldı. Postoperatif 18. ayda hastanın yara örtümünün tam olarak olduğu gözlendi ve ekstremite uzatma işlemleri devam etmekteydi. (Figüre 3 a-b)

Tartışma: Megaprotezler ekstremite koruyucu cerrahilerde giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. (8) Büyük protezlerin kullanıldığı durumlarda yumuşak doku eksizyonları da yapıldığında yara yerlerinde açılma sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Alt ekstremitelerdeki doku kayıplarında vakum yardımlı kapama yöntemleri ve serbest flepler daha çok tercih edilmektedir. (11,12). Bununla beraber ekspoze protez varlığında vakum yardımlı kapama yöntemlerinin endikasyonu yoktur. Büyük damarların spesmene dahil edilmediği durumlarda serbest doku nakli önemli bir silahtır. (10) Serbest flepler seçenekleri arasında kas örtümü olması istenilen vakalarda latissimus dorsi kas-deri flebi, rektus abdominis kas flebi kullanılabilir. (12) ALT ile rekonstrüksiyon hem kas istenildiğinde vastus lateralisi de dahil ederek kas-deri flebi hem de kas olmadan cilt flebi ile protez örtümü sağlanabilir. (9) Bununla beraber serbest flepler hem hasta hem cerrah tarafından bazı zorluklar içerir. Farklı bir bölgede oluşan morbidite, uzamış ameliyat süresi, onkolojik vakalardaki alıcı damar kısıtlılıkları ve özellikle çocuklarda serbest doku nakillerinin teknik zorluklarının daha fazla olması sebebiyle eğer lokal bir kapama seçeneği var ise bu cerrahlar tarafından tercih edilebilmektedir. (10) Bizim vakamızda posterior tibial arter tümör spesmenine dahil edildiği için anterior tibial artere uç yan anastomoz planlanabilirdi. Ancak alıcı damar riske edilmemesi açısından ve hastaya serbest flep donör sahasında ek bir morbidite yaratılmaması açısından öncelikle lokal bir flep seçeneği denenmesine karar verildi. Taylorun veya diğer anjiozom kavramları incelendiğinde bacakta 40'ın üzerinde perforatör olduğu görülmektedir. (13) Alt ekstremitelerde önerilen random flep en/boy oranları bire birdir. (14) Bizim hastamızda hazırlanan fleplerin en oranları ise 1/1.2 idi. Bunula beraber hem hastanın çocuk olması, hem de fleplerin medial sınırlarından beslenmemesine bağı olarak delay etkisi nedeniyle fleplerde bir dolaşım bozukluğu görülmedi. Bununla beraber hasta erişkin ise ve de flep akut yaralanmadan hemen sonra delay etkisi başlamadan rekonstrüksiyon planlanacaksa flebin en/boy oranında özellikle bire bir oranının korunması olası flep dolaşım kusurlarını azaltacaktır. Sonuç olarak alt ekstremitede tibia üzerinde yumuşak doku defekti olan olgularda güvenli en boy oranlarının sağlandığı durumlarda bipediküllü lokal flepler uygun bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır. Yumuşak doku kaybının çok olduğu ve güvenli en boy oranlarına ulaşılmasının mümkün olmadığı vakalarda ise doğrudan serbest doku nakillerinin olası yara komplikasyonlarını en aza indireceği kanaatindeyiz.

Figüre 1



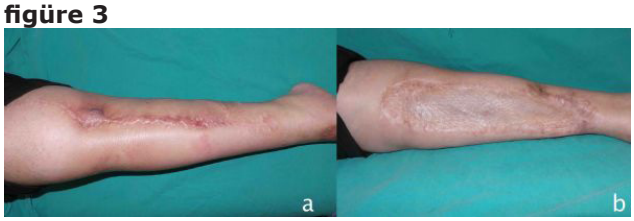
*25 * 10 cm çapında yumuşak doku defekti ve altında tamamen ekspoze megaprotez*

Figure 2



Flepler posterior baldırda orta hatta kesilerek bipediküllü olarak fasya flebe dahil edilecek şekilde diseke edildi ve orta hatta karşılıklı olarak dikildi

figüre 3



Ameliyat sonrası 18. aydaki görüntüsü

bening tümöral lezyondur. Tümör falanksları tuttuysa genellikle Takigawa sınıflamasına göre santral yerleşimli olur. Büyük çoğunlukla ilk tanısı incelmiş korteks yapısından kaynaklanan patolojik fraktürler ile koyulur. Fraktür sonucu tanı konulmuş hastalarda tümör eksizyonu sonrası mutlaka kemik iyileşmesi olana kadar kemik fiksasyon sağlanmalıdır. Asemptomatik soliter enkondromların kondrosarkoma dönüşme ihtimalleri olduğundan nonoperatif olarak takip edilen hastalarda grafide destrüktif değişiklikler, büyüme ve ağrının olması malign transformasyon açısından uyarıcı olmalıdır.(2)

Sonuç: Enkondrom elin tübüler kemiklerinde sık görülen bening fakat malign transformasyona dönüşme ihtimali olan kıkırdak kaynaklı bir tümördür. Tanı konulduğu zaman geniş sınırla eksize edilmesi rekürrens oranını oldukça azaltır.

Kaynaklar:
1. Fernández-Vázquez JM,* Ayala-Gamboa U,** Camacho-Galindo J,** Sánchez-Arroyo AC*,Enchondroma of the distal phalanx, Acta Ortopédica Mexicana 2011; 25(6): Nov.-Dec: 375-378
2. Dr. Ömer Sunkar BİÇER, elin tümör ve tümör benzeri lezyonları,uzmanlık tezi, çukurova üniversitesi tıp fakültesi ortopedi ve travmatoloji anabilimdalı

P-271
İnsidental olarak tanı koyulmuş eksentrik yerleşimli enkondrom

Şeyda Güray, Mehtap Karameşe, Nuh Evin, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Konya

Giriş: Enkondrom sıklıkla elin tübüler kemiklerinde görülen bening ve çoğu zaman asemptomatik olan kemiğin kartilaginöz bir tümörüdür. Erkeklerde bayanlardan daha sık görülürken elde sıklık sırası ile proksimal falanks, orta falanks ve metakarpal kemikleri tutar. Takigawa sınıflamasına göre falanks tutulumu en çok santral yerleşimli olup (1),bu yazıda 36 yaşında bir bayan hastada sağ el 5.parmak orta falanksta Takigawa sınıflamasına göre eksentrik yerleşimli, insidental olarak tanı konulmuş enkondromun yönetimi sunulmuştur.

Vaka ve Method: 36 yaşında bayan hasta dış merkeze, sağ el 4.parmağında kırık şüphesi ile başvurmuş ve direk grafide 5.parmak orta falanksta şüpheli bir alan görülerek tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde, elde herhangi bir patolojiyi destekleyecek müsbet bulgu yoktu. Hasta 5.parmağında özellikle geceleri uykudan uyandırır tarzda ağrıları olduğunu ifade ediyordu. Direk grafide sağ el 5.parmakta Takigawa sınıflamasına göre eksentrik yerleşimli şüpheli bir radyolusen alanının görüldü. Kitleye komşu kemik marjinde kalınlaşma mevcuttu. Lokalizasyon ve infiltrasyonu daha net görebilmek için BT çekildi. BT de 5.parmak orta falanksta metafiz bölgesinde intramedüller alanı tamamen dolduran fakat kortekse infiltre olmayan kitle görünümü vardı. El kemiklerini en çok tutan tümör olan enkondrom, ön tanı olarak düşünülerek hasta opere edildi. Operasyonda, açılan kemik pencereden enkondrom kürete edilerek tümör eksizyonu sağlandı. Eksizyon sonrası bir otojen ya da allojenik kemik greft ihtiyacı doğmadı. Hastada tümöre bağlı patolojik bir fraktür gelişmediğinden kişner teli ile fiksasyon gereksinimi de olmadı. Hastanın yapılan 2 yıllık takiplerinde herhangi bir nüks ya da komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Enkondrom sıklıkla el kemiklerinde görülen

P-272
Yüzlerce Saçma Tanesinin Üstesinden Gelebilir Misiniz?: Havalı Tüfek İle El Yaralanması Olgusu

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Funda Akoz Saydam, İbrahim Karaca Basaran, Özgür Pilancı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrtuktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Ateşli silah yaralanmaları kişisel silahlanmanın arması ile beraber dünya genelinde sık olarak görülmektedir. Silah çeşidi olarak havalı silahlar saçma adı verilen küçük mermiler nedeniyle ciddi yaralanmalara sebebiyet verebilmektedir. Bu yazıda saçma yaralanması ile tarafımıza başvuran bir hastayı sunmaktayız.

Yöntem ve Gereçler: 55 yaşındaki erken hasta kendini av tüfeği ile yaralama öyküsü ile tarafımıza başvurdu. İlk başvuruda acil serviste motor fonkisyon, nörovasküler sistem, kemik ve yumuşak doku muayenesini içeren fiziksel muayene gerçekleştirildi. El grafisi çekildi. Hasta enfeksiyondan korumak için profilaktik antibiyoterapi, ödem takibi ve saçma tanelerin çıkarılması gibi tedavi yönetiminin belirlenmesi için plastik cerrahi servisine yatışı yapıldı. Ağrı skorlaması için Visiual analog scale (VAS) seçildi.

Bulgular: El grafisi ile de gösterildiği üzere hastanın elinde yüzlerce saçma tanesinin olduğu gösterildi(Resim 1) Buna rağmen 4.parmak radyal taraf ve 3.parmak unlar taraf trasesinde hipoestezi tek pozitif fizik muayene bulgusuydu. Kemik yapıda fraktür veya fissür tespit edilmedi. Elin volar yüzünde birçok giriş deliği bulnmasına rağemn elin dorsalinde herhangi bir çıkış deliği ile uyumlu bulgu tespit edilmedi(Resim 2).Elde ılımlı derecede ödem gözlendi. Ağrı ve ödem kontrolü için atel uygulandı. Aerobik ve anaerobik etkinliği olan ikili antibiyotik rejimi uygulandı. Sinir iyileşmesi için oral B vitamin kompleksi desteği

verildi. Hastanın takibinde enfeksiyon bulguları görülmedi, 14.gününde ödem büyük ölçüde gerilemişti. Takibinin 1.ayında ise hipoestezi bulguları tamamen geçmişti(Resim 3). Litaretürde ateşli silah yaralanmalarında mermi fragmanlarının çıkarılması konusundan kesin bir fikir birliği olmadığı belirtilmiştir. Bu hasta sadece ağrı ve ciltte kontur düzensizliği yaratan saçma taneleri aşamalı olarak çıkartılmıştır.

Sonuçlar: Havalı silah ile yaralanma günümüzde sık olarak görülmektedir. Bununla birlikte, ateşleme mesafesi ve merminin yüksek veya düşük hızlı olmasına bağlı olarak yaralanmanın şiddeti değişebilmektedir. İlk değerlendirilmede tüm el muayenesi gerçekleştirilmeli ve iyi bir şekilde not edilmelidir. Enfeksiyon ve ödem kontrolüne özellikle önem gösterilmelidir. Bazı nadir durumlarda eğer şanlıysanız yüzlerce saçma tanesinin üstesinden gelebilirsiniz.

iki yönlü el grafisinde saçma taneleri



el grafisinde yaygın yerleşimli yüzlerce saçma tanesi

İlk başvuruda elde mutiple giriş deliği



sol el volar yüzde palmar alan ve parmaklarda yaygın giriş delikleri

Takibinin 45.günü



Takibinin 45.günü

P-273
Parmak Ucu Canavarı:Çıt-Çıt Pres Makinesi

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat,
Funda Akoz Saydam, İbrahim Karaca Basaran,
Özgür Pilancı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrtuktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Makine bağımlı üretimin artması ve çalışma saatlerinin uzaması ile birlikte iş kazalarında önemli bir artış gözlenmiştir. İş kazalarının önemli bir bölümünü oluşturan el yaralanmaları ve özellikle parmak ucu yaralanmalarının sıklığı oldukça dikkat çekicidir. Bu yazıda yarı-otomatik parmak ucu canavarı makine ile el yaralanması gelişen hastaları sunuyoruz.

Yöntem Ve Gerçler: Tümü tekstil endüstrisinde çalışan 72 hasta çalışmaya kabul edilmiştir. Tüm çalışanlar aynı çalışma prensibine sahip makineyi kullanmaktadır. Makine yarı otomatik bir makine olup basılacak materyali barındıran bir baş kısmı ve sıkıştırmanın sağlandığı metal bir tabandan oluşmaktadır. Çalışan ayak pedalı ile bu işlemi yarı otomatik olarak gerçekleştirmektedir. Çalışan basımın gerçekleşeceği ürünü her iki elinin ilk üç parmağını kullanarak basım işlemini gerçekleştirmektedir.Hastalar cinsiyet, etkilenen el tarafı ve yaralanmanın ciddiyetine (distal falanks fraktürü, tırnak yatağı avuzlyonu, dermabrazyon, tek başına veya birlikte) gruplandırılmıştır. Hastaların hepsine el grafisi çekilmiştir.

Bulgular: Hastaların 42 si erkek iken 30 hasta kadın olarak tespit edilmiştir. En sık etkilen taraf sağ el (80%) olmakla beraber en sık 2.parmak yaralanması karşımıza çıkmaktadır. 59 hastada basılan materyal ilk prezentasyonda mevcut olarak görülmüştür. Tırnak yatağı avulzyonları en sık karşılan yaralanma tipi olmakla beraber genellikle distal falanks fraktürü ile birliktelik göstermektedir. 9 hastada sadece eponişiumda ve pulpada dermarazyon tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Parmak ucu yaralanmaları iş kazaları ile ilişkili olarak acil servise başvuruda önemli bir yere sahiptir. Yaralanmanın şiddeti ile ilişkili olarak parmak ucu yaralanmalarında işe dönüşün geç olması ve önlenebilir bir yaralanma olması nedeniyle önem taşımaktadır. Mesai saatlerinin artması ve stres faktörlerinin artışı çalışının odaklanmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle bu tip yaralanmaların iş çıkışına yakın veya öğle yemeği öncesinde olması bu durumu desteklemektedir. Çıt-çıt pres makineleri ile yaralanmalar oldukça ciddi yaralanmalara sebep verebilmesi ve sık olarak karşımıza çıkması sebebiyle önem taşımaktadır.

sağ el 2.parmak kot düğmesi



sağ el 2.parmak kot düğmesi

sağ el 2.parmakta kot düğmesi



sağ el 2.parmakta kot düğmesi

takip 1.hafta



P-274
Metal Korkuluk Yaralanmalarından Korkmalı Mıyız?: Nadir Görülen El Yaralanma Nedeni

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Özgür Pilancı, Asuman Özel, Muzaffer Kurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrtuktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: El yaralanmaları acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktır(1). Ev kazaları,günlük aktivite ile ilgili kazalar, iş kazaları, spor kazaları, trafik kazaları, sıkışma,yanık ve hayvan ısırıkları gibi birçok faktör akut el yaralanmalarına neden olabilmektedir. Yüzeyel laserasyonlar en sık yaralanma tipi olmakla beraber (%60),kemik kırıkları, el enfeksiyonları, termal yaralanmalar, tırnak yatağı yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları da sık olarak karşımıza çıkmaktadır. El yaralanması ile acil servise başvuran hastaların motor,duyu,dolaşım muayenesinin dikkatli bir şekilde yapılması ve osseoz yapıların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu yazıda metal korkuluk ile penetran el yaralanması gelişen ve Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi acil servisimize başvuran iki olguyu sunmaktayız.

Yöntem Ve Gereçler: Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi acil servisimize başvuran 5 ve 43 yaşındaki iki erkek hasta çaışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ikisinde de metal korkuluklara tırmanma sırasında düşüp metal korkulukların sivri uçları ile elde penetran bir yaralanma oluşturması öyküsü bulunmaktadır. İtfaiye tarafından korkulukların bir kısmı kesilerek acil servise getirilen hastaların el grafisi müdahale öncesi ve sonrasında çekilmiştir. Duyu,dolaşım ve motor fonksiyonlar değerlendirilmiştir. Ağrı palyasyonu için lokal anestezik(prilokain) uygulanmıştır

Bulgular: Acil servise başvuran hastalardan 5 yaşında olan hastanın yapılan muayenesinde korkuluğun ucunun sol el bileği volarde ulnar taraftan girdiği ve 1.web volar yüzeye uzanan 3 cm vertikal laserasyon sonrası çıktığı tespit edilmiştir. Hastanın yapılan ilk muayenesi ajitasyondan dolayı subpotial olup duyu,dolaşım ve motor muayene salim gözlenmiştir. 43 yaşındaki erken hastanın yapılan muayenesinde korkuluk ucunun sağ el volar zone 3 den 2.webe uzanan vertikal laserasyon hattından girdiği ve 3.parmak dorsal zone 4 den 3 cmlik vetrikal bir laserasyon yaratarak çıktığı gözlenmiştir. Hastanın yapılan ile k muayenesinde duyu,dolaşım ve motor muayenenin salim olduğu tespit edilmiştir. Korkulukların ucu yaprak şeklinde geniş olduğu için 5 yaşındaki hastada çıkış deliğinin genişletmek ve eksplorasyon için iki adet 1,5 cmlik brunner insizon yapılmıştır. 43 yaşındaki hastada ise herhangi bir ek insizyon yapılmamıştır. Her iki hastada da korkuluk ucunun kesi yönüne göre giriş açısı ve yönü planlanarak korkuluk subdermal yağlı dokuda oluşturduğu tünel den yavaş bir şekilde geri çekilerek çıkarılmıştır.Yapılan eksplroasyonda ise tendon,sinir ve vaskuler yapıların salim olduğu gözlenmiştir. Müdahale sonrasında tekrarlanan el grafilerinde osseoz bir patoloji tespit edilmemiştir.

Sonuç: El yaralanmaları acil servise başvurunun önemli bir sebebi olmakla birlikte ülkemizde Plastik, Rekonstruktif ve Estetik cerrahi konsültasyonununda önemli bir kısmını oluşturmaktadır. El yaralanmaları ev kazaları,günlük aktivite ile ilgili kazalar, iş kazaları, spor kazaları, trafik kazaları, sıkışma,yanık ve hayvan ısırıkları gibi daha sık görülen nedenlerin dışında daha nadir etiyolojiler ile karşımıza çıkabilmektedir. Etiyolojik neden ile birlikte temel el muayenesinin yapılması ilk müdahalede oldukça önem taşımakla beraber iyi bir şekilde not edilmelidir. Metal korkuluk uç kısmının sivri ve bombeli yapısından dolayı giriş kolay olmakta ve subdermal yağlı doku gibi direncin az olduğu yapıdan geçip kendine tünel oluşturarak çıkmaktadır. Bombeli yapı çevre dokuların zarar görmesini engellemektedir. Her iki olguda da uygun açı ve yönde mevcut tünelden korkuluğun geri çekilmesi ile korkuluk kolay bir şekilde çıkarılmıştır. Bu tip nadir yaralanmalar hakkında farkındalık oldukça önem taşımaktadır.

43 yaşındaki erkek hasta ilk başvuru



5 yaşında erkek hasta eksplorasyonda anotomik yapılar salim



5 yaşında erkek hasta ilk başvuru



P-275
Diyabetik polinöropatili hastalarda tarsal tünel dekompresyonu sonrasında hemodinamik değişikliklerin ultrasonografik değerlendirilmesi

Fatih Tekin[1], Kadir Ağladıoğlu[2], Mehmet Sürmeli[3], Candemir Ceran[4], Hesna Bektaş[5], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], İsmail Okan Yıldırım[6], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli
[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[4]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[5]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Nöroloji Kliniği, Ankara
[6]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Amaç: Diyabetik polinöropatili hastalarda sinir dekompresyon prosedürleri ümit verici sonuçlar göstermektedir. Baskıya maruz kalan anatomik tünellerden sinirlerle birlikte arterlerde geçmektedir. Bu çalışmada cerrahi dekompresyon prosedürlerinin bu anatomik tünellerden geçen arterlerin hemodinamik ve morfolojik parametrelerine pozitif bir etkisi olup olmadığı amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: Çalışmaya posterior ve anterior tarsal tünel serbestleştirilmesi yapılmış olan 27 hasta dahil edildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif 3. ayda çekilmiş olan doppler ultrasonografik sonuçları değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif 3.aydaki ölçümlerden elde edilen arter akım paterni, akım lümen çapı, atım indeksi (Aİ), direnç indeksi (Dİ) ve akım volümü karşılaştırılarak Dorsalis pedis arteri ve tibialis posterior arterinin hemodinamik ve morfolojik parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: Tibialis posterior arteri için ortalama Aİ değerleri preoperatif 5,76 ± 2,78, postoperatif 7,17 ± 3,08 ve ortalama Dİ değerleri preoperatif 0,94 ±0,04, postoperatif 0,89 ±0,05. Dorsalis pedis arteri için ortalama Aİ değerleri preoperatif 5,06 ± 2,14, postoperatif 6,35 ± 2,31 ve ortalama Dİ değerleri preoperatif 0,93 ±0,05, postoperatif 0,86 ±0,06. Sonuçlar her iki arter içinde analiz edildiğinde atım indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı, direnç indekslerinin de istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır($P < 0.05$).

Sonuçlar: Bu sonuçlara göre sinir serbestleştirme prosedürlerinin anatomik tünellerde kompresyona uğramış olan sinirlere olan pozitif etkisi yanında aynı anatomik tünellerden geçen arterlerin hemodinamik ve morfolojik parametrelerine de pozitif etkisi olduğunu göstermektedir.

P-276
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrtuktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Acil Servisinde 2015 Yılı Ramazan Ayı ve Vaka Özelliklerinin Araştırılması

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Funda Akoz Saydam, Özgür Pilancı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrtuktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: El cerrahisi ülkemizde Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahinin ilgi alanın önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve acil servis tarafından sık olarak konsültasyon istenen yaralanmalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada Ramazan ayında acil servisimize başvuran ve operasyon ihtiyacı gereken yaralanması bulunan hastaların analizi yapılmıştır.

Yöntem Ve Gereçler: 18 Haziran ve 20 Temmuz tarihleri arasında saat 17:00-07:00 arasında nöbet saatlerinde plastik cerrahi acil servisimize başvuran ve operasyon ihtiyacı olan 126 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya Hastalar yaş, cinsiyet, yaralanma tipi, yapılan operasyon (tendon onarımı, sinir onarımı, kemik onarımı) açısından incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 19 u kadın iken 107 hasta erkektir. Ortalama yaş 29.9 dur(yaş aralığı 8-77 yaş). Etiyolojik olarak incelendiğinde 36 hasta cama yumruk atma, 35 hastada iş kazası, 31 hasta ev kazası(bıçak,tabak, bardak,blendır), 8 hasta sıkışma(kapı,spor aleti), 7 hasta delici kesici alet yaralanması, 5 hasta merdiven parmaklıklarına takılma, 2 hasta düşme sonra yabancı cisim ile temas ve 1 hastada araç içi trafik kazası sonucu

yaralanma sonrasında el yaralanması geliştiği tespit edilmiştir (Tablo 1) Kadınlar arasında en sık ev kazaları meydana gelirken erkek hastalarda iş kazaları daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 2).Yaş aralığına göre etiyoloji incelendiğinde ise 0-20 yaş aralığında cama yumruk atma ve ev kazaları eşit sayıda olduğu görülmüştür(n=14) (Tablo3).40 yaş ve üzerinde ise en sık iş kazaları karşımıza çıkmaktadır. Yapılan operasyonlar göz önüne alındığında en sık izole ekstansör onarımı (n=49) yapılmıştır. 3 hastada ise replantasyon operasyonu gerçekleştirilmiştir(Tablo4). Vaka ortalamasına bakıldığında nöbet başına 4.2 vaka yapılmıştır.

Sonuçlar: Ramazan ayı incelendiğinde hastaların 35 inde iş kazası neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Açlık süresi ve hava sıcaklığı ile ilgili faktörler nedeniyle dikkatsizliğin artması iş kazalarında artışa sebep olabilir. Cama yumruk atma en sık etiyolojik neden olarak karşımıza çıkmaktadır ve özellikle iftar sonrası prezantasyon sıklığı dikkat çekmektedir. Ramazan ayı sürecinde evde geçirilen sürecin artması ve iftar sonrası toplumun ev dışına çıkması ve sahura kadar dışarıda kalınan sürecin artması bu durumu açıklayabilir. Nöbet başına 4.2 vaka ilk başvuruda operasyonun gerçekleştirilmesi yüksek bir oran olarak karşımıza çıkmakla beraber Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi lokalizasyonu toplam acil servise başvurunun yüksek olması bu durumu açıklamaktadır.

Etiyoloji Ve Hasta Sayısı

CAMA YUMRUK ATMA	36
İŞ KAZALARI	35
EV KAZALARI(BIÇAK,TABAK,BARDAK,BLENDIR)	31
SIKIŞMA(KAPI,SPOR ALETLERİ)	8
DELİCİ KESİ ALET YARALANMASI	7
MERDİVEN PARMAKLIĞINA TAKILMA	5
DÜŞME SORASI YABANCI CİSİM İLE TEMAS	2
ARAÇ İÇİ TRAFİK KAZASI SONRASI CAM KESİSİ	1

Yaralanma Tipi Ve Hasta Sayısı

EKSTANSÖR TENDON ONARIMI	49
FLEKSÖR TENDON ONARIMI	22
FRAKTÜRLER(FALANKS,METACARP)	20
KOMPLEKS YARALANMALAR(TENDON-SİNİR-DAMAR-FRAKTÜRLERİN BİRLİKTE HASARI)	20
DİJİTAL SİNİR ONARIMI	17
ÖN KOL VE EL BİLEĞİ SEVİYESİNDE ULNAR-MEDİAN SİNİR ONARIMI	5
ARTER ONARIMI(RADİAL-ULNAR ARTER)	3
REPLANTASYON	3

P-277
Atipik kübital tünel sendromu olgusu

Fatih Tekin[1], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1],
Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2],
Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Ulnar sinir nöropatisi üst ekstremitenin karpal türnel sendromundan sonra en sık meydana gelen nöropatisidir. Ulnar sinirin belli başlı tuzaklanma noktaları mevcuttur. Dirsek bölgesinde potansiyel 5 bölgede ve el bileğinde guyon kanalında tuzaklanabilir. Dirsek bölgesindeki potansiyel bölgeler struthers arkadı, medial intermusküler septum, kübital tünel, retroepikondiler oluk ve fleksör pronatör aponörozudur.

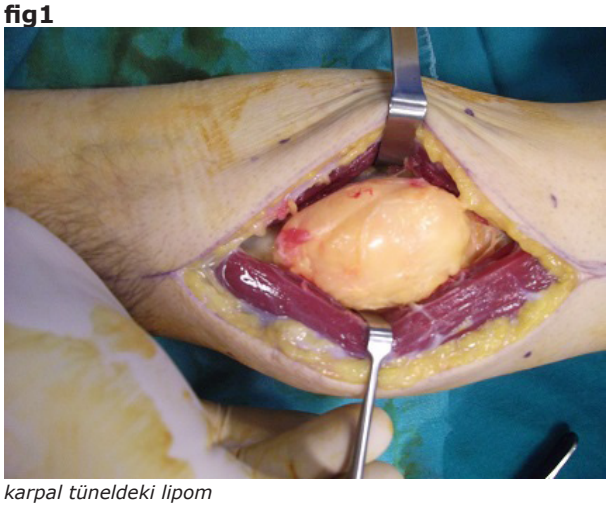
Genellikle 4.5. parmaklarda hipoestezi başlangıç semptomu olarak çıkmaktadır. Geç kalınmış vakalarda 4.5. fdp kaslarınında etkilenmesiyle pençe el görülebilmektedir. Kübital tünel bölgesindeki bası bu sebeplerle olabilmekle birlikte atipik olarak herhangi bir kitle basıya sebep olabilmektedir.

Olgu: 50 yaşındaki erkek hasta 4.5. parmaklarda uyuşukluk ve geceleri artan şiddetli ağrıyla tarafımıza başvurdu. Yapılan emg çalışmasında kübital tünelde ulnar sinirde orta dereceli nöropati gözlendi. Ameliyatta kübital tünel açıldığında yaklaşık 7x4 cm boyutunda lipom ile karşılaşıldı.

Tartışma: Ulnar sinir nöropatisi en sık olmamakla birlikte üst ekstremitenin sık karşılaşılan nöropatilerindendir. Dirsek bölgesinde ve guyon kanalında tuzaklanma potansiyeli mevcuttur. Mcgowan sınıflamasına göre 3 evresi mevcuttur. Hafif tutulumda sadece uyuşukluk olmakla birlikte ağır tutulumda pençe el olabilecek düzeye kadar geniş spektrumda görülebilmektedir. Tipik olarak potansiyel bölgelerde tuzaklanma olabileceği gibi atipik olarakta (tümör vs..) sinire basıya bağlı olarak nöropati olabilmektedir. Tanıyı doğru olarak koyabilmek için hastanın semptomlarını emg ile doğrulamak gerekmektedir.

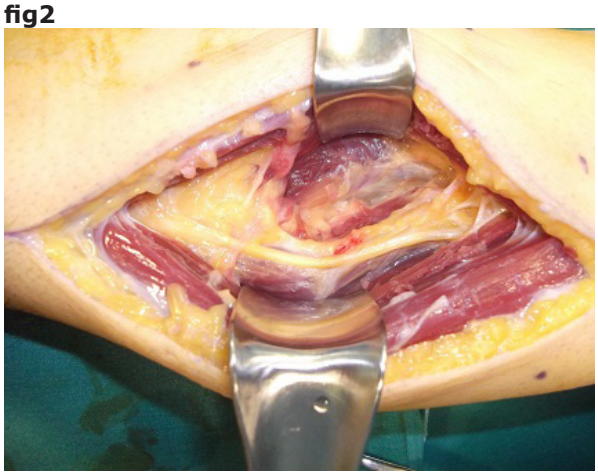
Sonuç: Ulnar tuzak nöropati sık karşılaşılan bir nöropati olmakla birlikte sadece tipik tuzaklanma olarak düşünmemek gerekmektedir. Hastanın şikayetini dinledikten sonra mutlaka iyi bir fizik muayene ve eklem hareket açıklıkları değerlendirilmelidir. Bu vaka ise bize ulnar nöropatiyi sadece tuzak nöropati olarak görmememiz gerektiğini bize kanıtlamaktadır.

fig1



karpal tüneldeki lipom

fig2



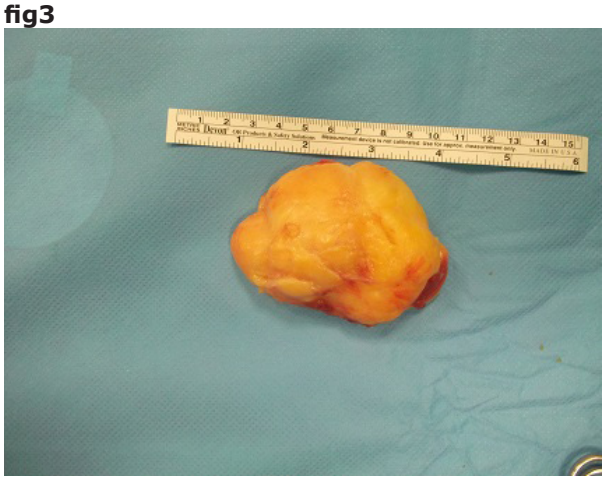
kitle çıkartıldıktan sonra

fig1



defekt inferiorunda kitle eksize edilip primer sütüre edilmiş

fig3



kitle boyut

P-278
Bacakta leiomyoma; atipik olgu

Fatih Tekin[1], Çağatay Falcıoğlu[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Leiomyoma düz kas dokusundan gelişen tümördür. Kıl folikülünde bulunan erektör pili kasından kaynaklanır. Tek tek veya multipl yaygın olarak bulunabilir. Genellikle ağrılı nodüler eritemli kitlelerdir. Sıklıkla uterus ince bağırsak özefagusta görülsede nadir olarak ciltte akciğerde hatta familyel olarak renal cell ca ile birlikte görülebilir.

Olgu: 80 yaşında sol bacakta eritem ve nodul şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede nodüler bölgede ağrı şikayeti olan hasta lokal olarak ameliyata alındı. Patoloji raporunda kitleye leiomyom tanısı kondu.

Sonuç: Leiomyoma düz kas dokusundan gelişen benign bir kitledir. Nadir olsada ciltte ele gelen kitlelerde sadece fibrom hemanjiom epidermal kist düşünmemek gereklidir. Ağrılı olabilen nodüler kitlelerde leiomyoma mutlaka akla gelmelidir.

P-279
Önkolda Asemptomatik Bir Varyasyon: Reversed Palmaris Longus

Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Palmaris longus kası önkolda uzanan, medial epikondilden origosunu alarak uzun ve ince bir tendon şeklinde fleksor karpal ligamanı anteriorundan geçip palmar aponörozda sonlanan bir kastır. N. medianus bu kasın tendonunun lateralinde ve derininde yer alır. Bu seyri sayesinde palmar aponevrozun gerilmesinde ve el bileğinin fleksiyonunda yardımcı olarak görev alır. Çeşitli anatomik varyasyonları bulunmakla birlikte tendon grefti için uygun bir kas olması ve median sinir için referans olması nedeniyle klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada palmaris longusun nadiren rastlanabilecek bir varyasyonunu sunarak, klinik önemi olan bu tendonun olağandışı durumlarını olgu sunumu üzerinden tartışmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında erkek hasta,inşaat işçisi olarak çalışırken hızarla yaralanma sonucu acil servise el bileğinde kesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde önkol distalinde (Zone 5) yaklaşık 8 cm uzunluğunda parçalı horizontal kesi mevcuttu. Kesi distalinde derin ve yüzeyel fleksör tendon hareketleri yoktu. Median sinir duyu alanında anestezi mevcuttu. Hastanın aksiller blokaj altında yapılan diseksiyonunda palmaris longus tendon kesisi görüldü. Tendona ait kas gövdesinin alışılagelmişin dışında flleksör karpal ligamanın üzerini örtecek şekilde transvers olarak el bileğinde uzandığı görüldü. Hastanın yüzeyel ve derin fleksör tendon kesileri, median sinir kesisi ve palmaris longus kesisi onarılarak operasyona son verildi.

Tartışma: M. palmaris longus vücutta en çok varyasyonun görüldüğü kaslardan biridir ve bu varyasyonlar oldukça değişkenlik gösterir. Varyasyonları, agenesis ve diğer varyasyonlar olmak üzere iki ana grupta toplanmıştır. Klasik kitaplarda bu kasın bulunmama oranını %10-15 olarak gösterilirken, literatürde %63.9 oranla en yüksek agenezi oranı Türk toplumunda bildirilmiştir. Diğer varyasyonlar hakkında çeşitli görüşler mevcuttur.

Sınıflandırma; insersiyo ve gövde varyasyonları olarak veya origo, insersiyo sayı ve gövde şekillerine göre yapılabilmektedir. Başlangıç yeri ulna ve radiustan olabildiği gibi sonlanma yeri os pisiforme, os scaphoideum ve hatta küçük parmak kasları da olabilir. Tendon proksimalde - kas distalde (reversed palmaris longus), her iki ucu tendon - santralde kas gövdesi veya santralde tendon - her iki ucu kas lifleri şeklinde olabildiği gibi tamamı zayıf tendon şeklinde de görülebilir.

Karşılaştığımız vakada daha önce literatürde tanımlanmış olan reversed palmaris longus mevcuttu. Anatomik çalışmaların yanısıra median sinir veya ulnar sinir kompresyonuyla kendini gösteren klinik vakalar literatürde mevcutken, bizim vakamız rastlantısal ve asemptomatik olarak el bileği kesisi sonrası görülen ilk ve tek vaka durumundadır.

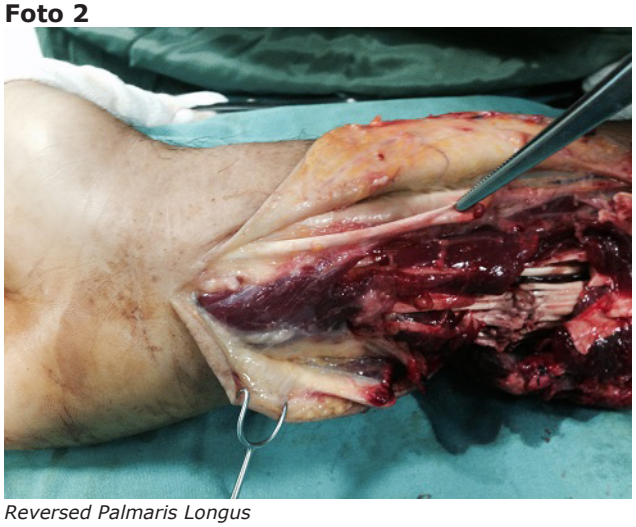
Sonuç: Sonuç olarak m. palmaris longus'un tendonu, tendon defekti tamirinde kullanılması ve n. medianus için referans noktası olması nedeniyle cerrahi olarak önemlidir. Bu nedenle anatomik varyasyonlarının ve bu varyasyonlara bağlı semptomların bilinmesi ve hatırlanması el cerrahisi açısından önem taşımaktadır.

Foto 1



Önkol distalinde kas kitlesinin transvers uzanışı

Foto 2



Reversed Palmaris Longus

P-280
Median arter olgu sunumu

Çağatay Falcıoğlu[1], Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Erken emriyonik dönemde median arter zaten varolan ama zamanla regrese olan bir arterdir. Ortalama olan 2. Embriyonik ayda regrese olup doğumdan itibarende görülmemektedir. Yapılan çalışmalarda %1-27 civarında değişmekle birlikte ortalama olarak %6,6 civarında insanlarda varolmaktadır. Median arterin varlığı erken dönemde geniş kalibrasyonuna bağlı olarak median sinire bası yapması nedeniyle önemlidir. Kliniğimizde sürekli olarak el ve önkol yaralanmaları görmekteyiz. 3 yıldan beri aktif olarak el cerrahisi yapmakla birlikte bize gelen 1 vakada median arter varlığına denk geldik. Sonuç olarak median arter ulnar arter ve radial arterle birlikte olabilmekle beraber sadece ulnar arterlede birlikte olabilmektedir. Karpal tünel sendromu düşünülen vakalarda median arter varlığıda mutlaka aklımıza gelebilecek seçeneklerden biri olmalıdır.

fig1



median arter median sinirle yanyana

P-281
Reverse radial ön kol flebiyle başparmak onarımı

Fatih Tekin[1], Çağatay Falcıoğlu[1], Soner Tezcan[1], Ergin Işık[3], Furkan Erol Karabekmez[1], Mehmet Sürmeli[2]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi
[3]Muş Devlet Hastanesi

Replantasyon günümüzde cerrahi tecrübenin artmasıyla birlikte daha önemli hale gelmiştir. Replantasyonlar majör ve minör replantasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadırlar. Majör replantasyonlar el bileğinden proksimali kapsayacak düzeyde olan replantasyonlardır. Minör replantasyonlar el bileği distalini kapsayan replantasyonlardır. Parmak replantasyon endikasyonları arasında elin fonkisyonel olarak en önemli parmağı olan 1.parmak replantasyonu mutlak endikasyonları arasındadır. Onun haricinde multipl parmak kopması çocuk hastada herhangi bir parmak kopmasıda mutlak endikasyonlar

arasındadır.

Olgu: Bizim kliniğe dış merkezden gönderilen vaka 14 yaşında 1. Parmak mkf eklem seviyesinden total amputasyon şeklindeydi. Parmak replantasyonu yapıldıktan sonra hastanın avülziyon yaralanması olduğundan dolayı 24 saat içerisinde defalarca revaskülerize edilmiştir. Daha sonra parmağın tutmayacağı kanısına varılıp 1.parmak kemik fleksör ve ekstensör tendon kalacak şekilde total soyulup reverse akımlı radial ön kol flebi kemiğin etrafından sarılarak onarım yapılmıştır.

Tartışma: 1.parmak elin fonksiyonel olarak %40 civarında işlevini yürütmekle beraber elde mutlaka olması gereken parmaktır. 1.parmak olmadan tutma, sıkma gibi elin büyük işlevleri yapılamamaktadır. Ondan dolayıdır ki 1.parmak replantasyonları diğer parmak replantasyonlarına oranla daha büyük bir önem arz etmektedir. Replantasyon endikasyonu multifaktöryel bir yaklaşımı gerektirir. Bunda yaş, yaralanma şekli ve kopan parçanın durumu, kopma düzeyi, sıcak iskemi zamanı, hastanın genel durumu ve kopan parçanın taşınması önemlidir. 1.parmak kopması ise henhangi bir kontrendikasyon yoksa mutlaka replante edilmelidir.

Sonuç: Kliniğimize gelen çocuk yaşta 1.parmak kopması vakası mutlak replantasyon endikasyonu olmakla birlikte tarafımızca replante edilmiş olup yaralanmanın şekli itibarıyle flebin tutmaması söz konusu olmuştur. Kliniğimizde ise parmak ampute edilmek yerine kemik ve tendon yapı korunarak parmağın etrafı radial ön kol flebiyle onarılıp fonksiyonel olarak en azından tutma işlevini rahatça yerine getirecek parmak oluşturulmuştur.

fig1



parmak degloving intraop

fig2



intraop 2

P-282
Pulsoksimetre basısına bağlı bası yarası

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Serhat Yarar, İlker Uyar, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Doğrudan basınç altında veya mekanik sistemlerin etkisiyle iskemik kalan bir bölgede deri ve deri altı dokularda dokularda meydana gelen hasara bası yarası denilmektedir. Bası yarası oluşumunda en önemli etken doku üzerindeki basınçtır. Arterioller kapillerler ve venüler uçtaki dolaşımın bozulması sonucu dokuda iskemi gelişir. İskemi sorunu çözülmezse doku nekrozu oluşur. Sürtünmeye bağlı cilt perforan damarlarındaki harabiyet nedeni ile de iskemi görülebilir. Bası yaralarında direk çevreden bulaş (feçes ve idrardan) veya derin dokulardaki iskemiye bağlı anaerop enfeksiyon riskinde artışda görülebilir. Enfeksiyon, ortamın nem ve ısısı, nöral fonksiyon kaybı gibi nedenlerde bası yarası gelişebilir. Bu olguda ayak bileği seviyesinden travmatik amputasyonu sonucu replantasyon yapılan hastanın operasyon sonrası takiplerinde pulsoksimetreye bağlı basısı anlatılacak.

Olgu Sunumu: 39 yaşında erkek hasta sol ayak bileği seviyesinden travmatik amputasyonu sonucu kliniğimizde replantasyonu yapıldı. Replante edilen ayağın postoperatif 1. Haftasında dolaşımının bozulması üzerine yeniden operasyona alındı, damar anastomozları tazelendi. Klinik takibinde doku oksijenizasyonunu gösteren pulsoksimetre replante edilen ayağın başparmağına konuldu. Takip esnasında hastanın his kusurunun olması ve pulsoksimetrenin yerinin değiştirilmemesine bağlı grade 1 bası yarası meydana geldi. Pulsoksimetrenin yeri değiştirilerek olası bası yarası derin seviyelere inilmesi engellendi.

Tartışma: Vakamızda da anlatıldığı gibi motor, duyu, ve otonom fonksiyon kaybı bası yarası gelişiminde ayrı ayrı rol oynar. Hastada motor kayba bağlı olarak kasların çalışmamasına bağlı lenfödem görülür. Lenfödemde basınç altındaki dokuda iskemiyi artıran bir etkendir. Duyu kaybındada hastanın his kusuruna bağlı o bölgede sürtünme va basınca bağlı bası yarası oluşabilir.

Bası yarası birkez geliştikten sonra tedavisi uzun, zahmetli ve masraflıdır. Sonu cerrahiye varabilecek ciddi morbiditeye sebep olabilecek bu yaranın gelişmesini önlemek en etkin tedavi yöntemidir. İskemiye ve sonrasında doku nekrozuna sebeb olabilecek parmak ucu pulsoksimetre kullanımlarında dikkatli olunmalıdır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-283
Embriyonik Ayak – İlginç Bir Konjenital Konstruktif Band Olgusu

Mehmet Dadacı, İlker Uyar, Bilsev İnce,
Mehmet Emin Cem Yıldırım, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş : Konstriktif ring sendromu daha çok elde ve bacakta yüzeyel veya derin boğumların görüldüğü konjenital anomalidir. Sendromunun sinonimleri; konjenital annüler oluk, konstrüktif bant sendromu, intrauterin veya fetal amputasyon, annüler defekttir. Etiyolojisi açık değildir fakat intrauterin amniyotik bandların ekstremiteyi sarması nedeniyle olabilir. Sporadiktir, aile öyküsü yoktur(1). yaklaşık %0.1 sıklıkta veya 15.000 canlı doğumda bir görülmektedir(2,3). Konstrüktif ring, gelişmekte olan kol, el, el parmağı, ayak bileği, ayak parmağı veya diğer vücut kısımları etrafını kısmen veya tamamen sarabilir (4). Ring, yüzeyel veya periostun içine kadar uzanacak şekilde derin olabilir. Ring derin olduğunda bir turnike gibi etki gösterir ve deri altındaki yumuşak dokunun depresyonuna neden olur. Ring normal cilt krizlerine benzer ancak kemiğe kadar uzanabilir (5). Bandların sebep olduğu boğumlardaki derinlik ve distalinde kalan ödem her olguya göre değişir. Derin olan konstrüktif ring; ultrasonografi ile intrauterin belirlenebilir (6).
Konjenital band konstriksiyonu sendromunun 4 tipi vardır (Petterson);
Tip-I: Ciltte oyuk şeklinde basit konstriktif bant.
Tip-II: Konstriktif bant distalinde lenfödem olsun/ olmasın deformite vardır.
Tip-III: Konstriktif bant ile birlikte distal kısımların füzyonu vardır (akrosindaktili).
Tip –IV: İntrauterin otoamputasyonlar

Basit ve çok yüzeyel olanlar cerrahi müdahale gerektirmezken derin olan şekillerinde skarlı konstrüktif ring eksize edilir (7). Klasik olarak bandın çevresinin yarısından azının tek seferde serbestlenmesi distalde iskemi riskini azaltır (8). Akrosindaktilide eğer mümkünse yaşamın birinci yılında her bir parmak ayrı ayrı serbestlenmelidir (9). Derin olan, dolaşımı etkilemiş ve ağır fonksiyonel etkisi olan bazı konstrüktif ring sendromlu hastalarda amputasyon gerekebilir(10).

Hazırladığımız bu konstruktif band olgusu ilginç bir vaka olarak karşımıza çıkmıştır.

Olgu: 3 günlük erkek bebek hasta el parmaklarında ve

bacakta konstruktif band nedeniyle yenidoğan kliniği tarafından tarafımıza konsulte edildi. Fizik muayenesinde sağ el 4. parmak distal falanksta agenezi ve 3. parmak distal interfalangial eklemde konstruktif band mevcuttu. Aynı hastada sağ bacak proksimal 1/3'ünden itibaren agenezi mevcuttu ve güdükte embriyonik ayak kalıntısı saptandı. El parmağında band distalinde dolaşım problemi yoktu. Bacaktaki embriyonik ayak kalıntısı tarafımzca eksize edildi.

Tartışma: Konstriktif ring sendromunun etiyolojisi tam bilinmemektedir. İntrauterin amniyotik bandların ekstremiteyi sarması nedeniyle oluştuğu tahmin edilmektedir. Bu hastalar değerlendirilirken ringin lokalizasyonu, derinliği, distalde lenfödem varlığı, distaldeki dolaşım sorunu varlığı, ringin distalindeki uzvun fonksiyonelliği değerlendirilmeli, derin olan bantların eksizyonu gerekmektedir. Konstriktif ring sendromunda bandın eksizyonunda dolaşıma zarar vermemek için bandın çevresinin yarısından azının tek seferde serbestlenmesi önerilmektedir. Hastanın cerrahi tedavisinde bant eksizyonuna ilave olarak kontür deformitesi nedeniyle pek çok vakada olduğu gibi Z-plastiler uygulanarak kontür düzeltilip skar bandı oluşumu engellenebilir.

resim 1



resim 2



resim 3



P-284
Madde kötüye kullanımına bağlı alt ekstremitede gelişen kompartman sendromu: 2 olgu sunumu

Sedat Avşar, Andaç Aykan, Yalçın Bayram, Abdül Kerim Yapıcı, Serdar Öztürk
Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Keyif verici ve bağımlılık yapıcı etkilerinden dolayı uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımı son yıllarda artış göstermektedir. Bununla birlikte madde kötüye kullanımına bağlı olarak acil servislere ciddi komplikasyonlarla müracat eden hasta sayısı da giderek artmaktadır. Uyuşturucu madde kullanımı için bir çok uygulama yolu tercih edilmektedir. Damar içi, cilt altı, inhalasyon, oral, rektal veya nazal uygulama yolları bunlar arasında yer alır (1). Uygulama yolundan bağımsız olarak analjezi, bilinç bulanıklığı, bayılma, nöbet, solunum depresyonu, hipoventilasyon, akciğer ödemi, hipotansiyon, bulantı-kusma, hipotermi, oligüri, miyozis gibi pek çok sistemik bulgu ortaya çıkabilir (2). Damar içi enjeksiyonlar sırasında uyuşturucu maddenin damar dışına çıkması ile birlikte ekstremitelerde hızlı gelişen ağrı, ciddi doku ödemi ile ortaya çıkan ve hızlı doku iskemisine yol açan kompartman sendromu oluşabilmektedir. Özellikle damar içi kokain, eroin, barbitürat ve amfetamin kullanımı sıklıkla bu sendromun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kompartman sendromu dışında tekrarlayan enjeksiyonlar sırasında yeterli hijyenin sağlanamaması nedeniyle apse ve enfeksiyon gelişimi de görülebilir. Burada femoral bölgeye madde enjeksiyonu sonrasında alt ekstremitelerde kompartman sendromu ve oldukça geniş apse odağı bulunan 2 olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Olgu 1: Sol kasık bölgesinde ve alt ekstremite de şişlik, ısı artışı, ağrı-batma şikâyeti ile acil servise başvuran 20 yaşındaki erkek hasta kliniğimizce konsülte edildi. Alınan detaylı anamnezinde hasta tarafından sol kasık bölgesine tekrarlayan uyuşturucu madde enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede, uyluk bölgesinde ve alt ekstremitede ileri derecede ödem

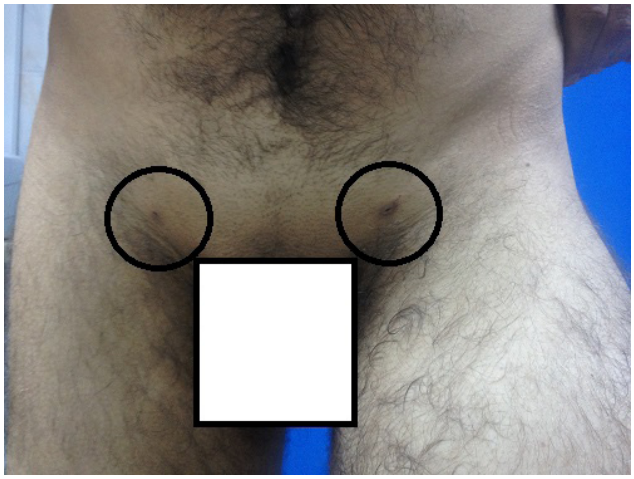
mevcuttu. Ayak bileği ve ayak seviyesinde periferik nabazanlar alınamazken, ayağın soğuk olduğu tespit edildi. Kompartman sendromu gelişimi nedeni ile acil fasyatomi açıldı.(Resim 1) Fasyatomi sonrasında ayak dolaşımı normale dönen hasta kapalı pansuman ve antibiyotik tedavisi ile takip edildi. Hastanın takip ve tedavi sürecinde ileri düzeyde hasta uyumsuzluğu gözlendi. Sol diz ekleminde fleksiyon kontraktürü gelişti hasta tedavi olmayı reddetti. Olgu 2: 21 yaşında erkek hasta sol kasık bölgesine şişlik, ağrı ve ateş şikâyetleri nedeniyle acil servise müracaat etti. Tekrarlayan uyuşturucu madde enjeksiyonu öyküsü mevcut olan hastanın fizik muayenesinde sol uyluk bölgesinde ileri derecede şişlik, ısı artışı mevcuttu. (Resim 2) Lokal anestezi altında hastaya apse drenajı operasyonu uygulandı. Yaklaşık 2000 cc pürülan mayi boşaltıldı. (Resim 3) Antibioterapi düzenlendi. hasta komplikasyonsuz iyileşti.

Sonuç: Ekstremitelerde hızlı gelişen kompartman sendromuna yol açan nedenler arasında kullanım sıklığı giderek artan ve toplum için önemli bir sorun olmaya devam eden uyuşturucu madde kullanımı ve enjeksiyonları da bulunmaktadır. Bu hasta grubu kompartman sendromunun hızlı gelişmesi nedeniyle yakın takibe alınmalı ve gerekirse cerrahi olarak müdahale edilmelidir. Uyuşturucu madde enjeksiyonu sonrasında kompartman sendromu ve apse gelişen olgulara müdahalede bulunulurken bulaşıcı hastalıklara (hepatit A,B,C, HIV) ayrıca dikkat edilmelidir.

resim 1



resim 2



tekrarlayan enjeksiyon uygulama alanları

resim 3



alt ekstremitede yaygın ödem ve drene edilen apse materyali

P-285
Subungual Ekzositozlu Bir Çocuk Olgu

Mustafa Durgun, Osman Tan, Fatma Buse Çapkınoğlu, Dağhan Işık, Mubin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Subungual ekzositoz; sık görülen benign bir kemik tümörüdür. Çoğunlukla ayak parmaklarında oluşur. Adölesan ve genç erişkinlerde sıktır. Mekanik irritasyon ya da büyüme sonucu semptomatik hale gelir. Ağrı, tırnakta deformite ve enfeksiyona neden olabilir. En sık ayak birinci parmakta rastlanır. Bizim olgumuzda, 9 yaşında kız hasta sol ayak 3. Parmakta yaklaşık 1*1 cm'lik polipoid karakterde ağrılı kitle şikayetiyle başvurdu. Hasta lokal anestezi altında opere edildi ve lezyon tırnak yatağından kürete edilerek eksize edildi. Patolojik inceleme sonrasında tanı subungual ekzositosis olarak rapor edildi. Subungual ekzostosisin nadir görülen bir kemik tümörü olması nedeniyle bu olguyu sunmayı amaçladık.

Kitle Eksizyonu sonrası



Sol Ayak 3. parmakta Subungual Ekzositoz



P-286
Ayak Taban Yerleşimli Nüks Verrüköz Karsinoma: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Muzaffer Durmuş, Abdül Kerim Yapıcı, Fatih Zor, Muhitdin Eski
GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Verrüköz karsinoma, nadir görülen, lokal invazif, iyi diferansiye, düşük gradeli ve düşük metastaz olasılığı olan bir lezyondur. Benzer patolojik özellikler gösteren bu lezyon farklı anatomik bölgelerde değişik isimlerle adlandırılmaktadır. Plantar yörede epitelyoma kunikulatum, anorektal yörede dev kondilloma akuminatum (Buschke-Lowenstein tümörü) ve orofarenks verrüköz karsinomu (Acherman Tümörü) olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada plantar yörede yerleşim gösteren verrüköz karsinoma olgusunun klinik özelikleri, seyri ve olası komplikasyonları tartışıldı.

Olgu Sunumu: Kırk yedi yaşında bayan hasta ayak tabanında yaklaşık 4 yıldır iyileşmeyen, karnı bahar görünümlü, yavaş büyüyen, yüzeyi geniş ve düzensiz, akıntılı yara şikayeti ile başvurdu. Hastaya eksizyon+greftleme işlemi uygulandı. Ancak şikayetleri devam etmesi üzerine Ortopedi konsültasyonu istendi (Resim1,2). Ortopedi kliniğince nüks olasılığı nedeniyle ayak amputasyonu önerilen hasta kliniğimizce değerlendirilip 5.parmak amputasyonu+ tümörün geniş eksizyonu+greftleme ameliyatına karar verildi. Spinal-epidural anestezi altında işlem gerçekleştirildi. Postoperatif evre 3.ayda nüks olması nedeniyle yeniden değerlendirilen hastaya uygulanan cerrahinin genişletilip amputasyona karar verildi. Hasta uzak bir ilde yaşadığı için başka bir merkezde tedavisine devam edeceğini ifade etti.

Tartışma ve Sonuç: Patogenezi tam olarak bilinmeyen verrüköz karsinomada histopatolojik ve laboratuar değerlendirmesinde alınan örneklerde Human Papilloma virüs (Tip1, 4, 11 ve 16) ve psödomonas türlerinde ait pozitif bulgulara rastlanmaktadır. Tanı çoğu zaman geç konmaktadır. Lezyon gerilemesinin önünde bu tür lezyonların yerleşiminin bir engel teşkil ettiği literatürde birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Bu tür lezyonların tedavisinde bu hususun dikkate alınması önemli bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuç olarak, ayak tabanında yerleşim gösteren verrüköz karsinoma olguları, her ne kadar metastaz olasılığı düşükte olsa sıkça nüksetmeleri nedeniyle hastanın yaşam konforunun olumsuz yönde bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, bu tür olguların tümör kurullarında ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi, ardından hastalara cerrahi amputasyon seçeneği sunulması doğru olacaktır. Konservatif cerrahi işlemlerin yetersiz olduğuna dair literatürde destekleyici veriler mevcuttur. Bu nedenle klinikler arası disiplinle değerlendirilen bu olgulara en uygun klinik yaklaşımın geniş lokal eksizyon olduğu görülmektedir. Bu işlemin ardından nüks gelişen olgulara, definitif amaçlı amputasyon uygulanmasının yerinde bir tedavi seçeneği olduğu değerlendirilmektedir.

Kaynaklar:
1. Miller SB, Brandes BA, Mahmarian RR, Durham JR. Verrucous carcinoma of the foot: a review and report of two cases. J Foot Ankle Surg. 2001 Jul-Aug;40(4):225-31. Review.
2. Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y, Muto M. Verrucous carcinoma. J Foot Ankle Surg. 2004 Jul-Aug;43(4):271-3.
3. Pempinello C, Bova A, Pempinello R, Luise R, Iannaci G. Verrucous carcinoma of the foot with bone invasion: a case report. Case Rep Oncol Med. 2013;2013:135307.
4. Shenoy AS, Waghmare RS, Kavishwar VS, Amonkar GP. Carcinoma cuniculatum of foot. Foot (Edinb). 2011 Dec;21(4):207-8.

Resim1



Hastanın sol ayağında sürekli akıntıya neden olan lezyonun görünümü izlenmektedir.

Resim2



Hastanın eksizyon+gretleme sonrası ayağın görünümü görülmektedir.

Resim 1



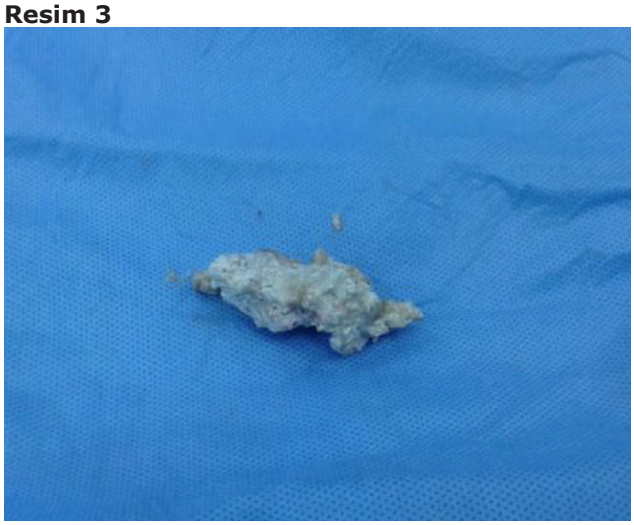
Her iki el ve ayakta multipl tofüsler (sol); sağ ayak parmak dorsumunda cilt nekrozu (sağ)

Resim 2



Röntgende sağ ayak birinci parmak interfalangial eklemde (sol ve sağ üst) ve sol el üçüncü parmak proksimal interfalangial eklemde (sağ alt) maligniteyi taklit eder şekilde eklem ve komşu kemik yıkımı

Resim 3



Debride edilmiş tofüs

P-287
Plastik Cerrahi kliniğinde atipik bir Gut olgusu

Nurten Turhan Haktanır[1], Ayşe Tuba Kurt[2], Ahmet Karataş[3], Güray Yılmaz[4], Yasemin Kaya[3]
[1]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD
[3]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD
[4]Ünye Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği

Gut, tekrarlayan inflamatuar artrit atakları, monosodyum ürat kristallerinin tofüs şeklinde yumuşak doku birikimleri, böbrekte ürik asit taşları ve kronik nefropati ile karakterize yaygın bir ürik asit metabolizması bozukluğudur. Sağ ayak baş parmakta enfeksiyon bulguları ve doku nekrozu ile başvuran (58 yaşında erkek) 20 yıllık gut hastası daha önce dış merkezde fizik tedavi bölümü tarafından takip edilmekteydi. Hasta farklı tedavi protokolleri sonrası en son Kolşisin, Akarboz, Amlodipin ve Allopurinol kullanmaktaydı. Fizik muyanede, sağ ayak baş parmağında metatars 1/2 distalini de içerecek şekilde irregüler şişlikler görüldü. Ayrıca her iki el ve ayakta multipl tofüsler mevcuttu (Resim 1). Ayak parmak dorsumunda cilt nekrozu ve enfeksiyon bulguları mevcuttu (Resim 1). Röntgende sağ ayak birinci parmak interfalangial eklemde maligniteyi taklit eder şekilde eklem ve komşu kemik yıkımı mevcuttu (Resim 2). Benzer görünüm sol el üçüncü parmak proksimal interfalangial eklemde de dikkati çekti (Resim 2). Enfeksiyon kontrolü için sulbaktam ampisilin başlandı, nekroz ve tofüs debridmanı yapıldı (Resim 3). Enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra, metatars distalini de içerecek şekilde deforme sağ ayak baş parmak amputasyonu yapıldı. Takiplerinde problem olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Plastik cerrahi pratiğinde sık görülmeyen gut hastalığında yumuşak dokuda ürat kristali birikimiyle oluşan tofüsler özellikle ektremite distallerinde, parmaklarda görüldüğünde alttaki kemik yapıda da yıkıma yol açmakta ve bu aşamadaki hastaların tedavisinde amputasyondan başka seçenek kalmamaktadır. Dolayısıyla, ekstremitedeki tofüslerin debridmanı bu aşamaya gelmeden yapılmalıdır.

P-288
Simetrik ulnar sinir yaralanması

Funda Aköz Saydam, Çağatay Öner, Salih Onur Basat, Mehmet Sürmeli
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Şiddet amaçlı delici kesici alet yaralanması oluşan 37 yaşında erkek hasta, her iki el volar yüz ulnar tarafta ve göğüs ön duvarında oluşan kesiler ile Erişkin Acil polikliniğine başvurdu. Saldırı sonucu pnömotoraks gelişen hastanın sağ elindeki kesi primer sütüre edilip, sol eldeki kesi için Plastik Cerrahi konsültasyonu istendi. Yapılan el muayenesinde iki taraflı ulnar sinir felci tespit edildi. Hastanın günlük yaşantısını aksatmadan devam edebilmesi amacı ile yalnızca sol eldeki kesiye eksplorasyon planlandı. Aynı gün yapılan eksplorasyonda Guyon kanalı seviyesinde ulnar sinir motor dalı kesik gözlendi ve onarıldı. Kolun atelde kalma süresi sonlandıktan sonra, sağ eldeki kesi eksplore edildi; ulnar sinirin motor dalı aynı seviyede kesik gözlenip onarıldı. Bu vaka bizlere delici kesici alet yaralanmalarında nöromotor muayenenin önemini ve özellikle politravmatize hastaların erken dönemde yeniden değerlendirilmelerinin önemini göstermekte.

Simetrik ulnar sinir yaralanması



Her iki elde claw hand deformitesi gelişmiş durumda

P-289
Üst Ekstremite Doku Defekti Onarımında Serbest Safen Flep Kullanımı: Olgu Sunumu

Başar Erdoğan[1], Enis Mert[1], Sebat Karamürsel[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Safen flep, diz kapağı çevresi yumuşak doku defektleri ve bacak üst 1/3'lük bölgedeki defektler için kullanılan, genellikle fasyokutanöz bazlı olarak kaldırılan bir flep olmakla beraber venöz, duyulu ve serbest flep olarak kullanılabilen bir fleptir. İlk tercih olarak alt ekstremite bölgesinde kullanılmasının yanında üst ekstremite defektlerinde de serbest flep olarak kullanılabilecek bir fleptir.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta trafik kazası nedeniyle acil serviste görüldü.Hastanın sol ön kolda, humerus lateral epikondilden oblik bir şekilde el bileği radyal yüzüne uzanan yaklaşık 30 cm'lik doku defekti mevcuttu. Dirsek eklemi ve kas yapıları ekspoze,sol el 1.parmak el bilek seviyesinden distale kadar dorsalde kemik ve tendon yapılarının hasarlandığı defekt alanı 2.parmak MKP eklemden distal falanksa kadar doku defekt alanı, 3.ve 4.parmak dorsalde ekstansör tendonların hasarlandığı doku defekt alanı mevcut,radial ve ulnar arterler patentti. Hasta 2 adet debridman sonrası sol el dorsumu ve önkolda mevcut olan defekt alanı sol uyluk medialinden planlanan safen arter bazlı serbest flep ile kapatıldı. Sonrasında flep revizyonu planlanarak hasta taburcu edildi. Post operatif dönemde diz ekleminde fonksiyonel kayıp ve dizde duyu kusuru gözlenmedi.

Tartışma: Safen flep, lateral sirkumfleks femoral arterden ayrılan safen arter bazlı olarak alt ekstremiteden planlanan, serbest flep olarak ilk kez 1981 yılında Acland ve arkadaşları tarafından tariflenen bir fleptir. Medial geniküler flep olarak da adlandırılan safen flep pedikküllü, reverse pedikküllü ve serbest flep olarak planlanabilir. Mathes-Nahai flep sınıflamasına göre Tip-A fasyakütanöz flep olarak tanımlanan flep, özellikle alt ekstremite doku defektlerinde ve ciddi yanıklar sonrası oluşan tibia ekspoze doku defektlerini kapatmak için kullanılmakla beraber, diz üstü ve diz altı amputasyonlarda güdükteki doku defektinin kapatılması amacıyla da sık olarak kullanılır. Karamürsel ve arkadaşları tarafından alt ekstremitedeki doku defektleri için ada flebi olarak kullanımının uygun olacağı belirtilmiştir. Üst ekstremite defektlerinde çeşitli flep seçenekleri mevcut olmakla beraber literatürde serbest safen flep kullanımı nadir olarak gösterilmiştir.

Sonuç: Üst ekstremite defektlerinde kullanılan flepler çeşitlilik arz etmekle beraber,safen flep uzun vasküler pedikülü, yeterli yumuşak doku kapasitesine sahip olması, donör saha morbiditesinin az olması nedeniyle seçenekler arasında olması gereken bir fleptir. Serbest flep plarak planlanan flep sadece alt ekstremite doku defekti onarımlarında değil, üst ekstremite ve vücudun diğer bölgelerindeki defektleri kapatmak için kullanılan güvenilir bir flep seçeneğidir.

Şekil 1



Şekil 2



P-290
Parmakta Osteokondrom:Olgu Sunumu

Feridun Elmas[1], Başar Erdoğan[1],
Hülda Rıfat Özakpınar[1], Sebat Karamürsel[1],
Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Ankara

Giriş: Osteokondromlar en sık karşılaşılan benign kemik tümörleridir.Solit osteokondromlar tüm osteokondromların %85-90'nını oluşturur.Osteokondromlar herediter multiple ekzositozların yada Trevor hastalığının bir parçası olabilir. Solit osteokondromların elde görülme oranı oldukça düşüktür (%0.2-4).Herediter multipl ekzositozların elde görülme oranı ise oldukça yüksektir (%68-81). Soliter osteokondromlar falankların epifiz plaklarından büyürler.Adelosan dönemi ve ergenlikte en çok görülen bu kitleler,zamanla fark edilir hale gelirler.(1)Diğer lokasyonlarda bulunan osteokondromlar asemptomatik olurlarken,elde görülenlerinde ağrı,hareket kısıtlılığı gibi semptomlar ve kitlenin bulunduğu yere göre açılanma,rotasyon,kuğu boynu ve çekiç parmak gibi deformiteler görülebilir.Bu semptom ve deformitelerden dolayı eldeki ostekondromların erken cerrahi eksziyonu önerilir.(2) Bu olgu sunumunda parmakta kitle nedeniyle opere edilen ve patolojik tanısı ostekondrom olan vakaya yer verilmiştir.

Olgu: 17 yaş erkek hasta yaklaşık 6 yıl önce fark edilen ve zamanla büyüyen sağ el 3.parmak ortafalanksta kitle şikayeti ile polikliniğime başvurdu.Kitleye yönelik yapılan MR incelemesinde 3.parmak orta falanks dorsalinde korteks ve medullanın cilt altı yağ planına doğru ekzofitik uzanım gösteren, kartilajinöz kepi bulunan; yaklaşık 5x9x9 mm boyutlarında solid kitle izlendi. Kitle osteokondrom lehine yorumlandı.Hastanın motor muayenesi normal olarak değerlendirildi.Genel anestezi altında opere edilen hastadan çıkarılan kitlenin biyopsi sonucu ''osteokondrom'' olarak raporlandı.

Sonuç: Osteokondrom tüm kemik tümörlerinin %10-15'ini oluşturan benign kemik tümörleridir.Malign transformasyon çok nadir olmakla birlikte soliter ostekondromlarda çok daha nadir(<%1),herediter multiple ekzositozlarda görece daha yüksektir (%5-25).Osteokondromlar en fazla femur,tibia,ayakta olmak üzere alt ekstremitelerde (%50) görülürler.Üst ekstremitelerde görülme oranı daha düşük olmakla birlikte en fazla humerusta görülür.Elde görülme oranı oldukça düşüktür. Mevcut olguda parmakta nadir olarak görülen osteokondrom olgusu radyolojik ve klinik bulguları ile sunulmaktadır.

Referanslar:
1- Justin M. Sacks, Kodi K. Azari, Scott Oates, and David W. Chang: Benign and malignant tumors of the hand; Acquired Nontraumatic Disorders
2-Baek GH1, Rhee SH, Chung MS, Lee YH, Gong HS, Kang ES, Kim JK; Solitary intra-articular osteochondroma of the finger, J Bone Joint Surg Am. 2010 May;92(5):1137-43.
3-Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ et-al. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 20 (5): 1407-34.
4- Lee JK, Yao L, Wirth CR. MR imaging of solitary osteochondromas: report of eight cases. AJR Am J Roentgenol. 1987;149 (3): 557-60.

parmakta osteokondrom-1



Preoperatif fotoğraf

parmakta osteokondrom-2



İntraoperatif fotoğraf

parmakta osteokondrom-3



Grafi

Resim 1



Resim 2



P-291
Tırnaklı fillet flep ile diyabetik ayak yarası onarımı

Bilge Kağan Aysal, Fikret Eren, Sinan Öksüz, Ceyhun Cesur, Hüseyin Karagöz
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Diyabetes mellitus(DM) dünya çapında 171 milyon insanı etkileyen ve 2030 senesinde 350 milyonu aşkın insanı etkileyeceği düşünülen oldukça önemli ve yaygın bir hastalıktır (1). DM hastalarının %15-25'inde diyabetik ayak ülseri oluştuğu bildirilmiştir (2). Diyabetik ayak yaralarının tedavisinde tüm ölü dokuların debride edilmesi, enfeksiyonun kontrol edilmesi ve çeşitli yöntemler ile açık yaranın kapatılması yer almaktadır. Metatarsal kemik başlarına uyan konumda yer alan diyabetik ayak yaralarında komşu parmağın kemiğinin çıkartılmasını takiben parmak fillet flebi ile yara onarımı yapılabilmektedir. Plantar bölgedeki açık yaraların onarılması için komşu parmağın dorsal cildi fillet flep olarak kullanılmak istendiğinde tırnak varlığı sebebiyle distal falanks genellikle flebe dahil edilmemekte ve flep boyu kısalmaktadır.

Olgu: İnsülin bağımlı DM hastası olan 61 yaşında erkek hasta sol ayak plantar bölgedeki diyabetik ayak ülseri sebebiyle opere edildi. Yapılan debritmanın ardından komşu parmak dorsal cildi fillet flep olarak kullanılmak istendi ancak flep boyunu uzatmak için üzerindeki tırnak ile birlikte distal falanks dokusu da flebe dahil edildi. Flep dokusu ile açık yara başarı ile kapatıldıktan ve insizyon hatlarındaki yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra tırnak çekimi işlemi uygulandı.

Sonuç: Plantar bölge distal ¼'lük alan onarımlarında fillet flep seçilmesi durumunda tırnak ile birlikte distal falanks dorsal cilt flebinin de flebe dahil edilerek flep boyunun uzatılması, insizyon hatlarında yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra tırnak çekimi işlemi yapılması tavsiye edilmektedir.

Kaynaklar: 1. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-53. 2. Ramsey SD, Newton K, Blough D, et al. Incidence, outcomes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care 1999; 22(3): 382-7.

P-292
Nadir bir tümör, nadir bir lokalizasyon: uylukta malign küçük yuvarlak hücreli tümör

Özlem Çolak, Ayça Ergan, Ayberk Akçay, Özay Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,İstanbul

Giriş: Küçük yuvarlak hücreli malign tümörler; küçük, yuvarlak, genellikle andiferansiye hücrelerden gelişen tümörler topluluğuna verilen genel isimdir. Oldukça nadir görülürler. Bu gruba dahil olan tümörler; Ewing sarkomu, periferal nöroektodermal tümör, rabdomyosarkom, sinnovyal sarkom, nonHodgkin lenfoma, retinoblastom, nöroblastom, hepatoblastom, nefroblastom veya Wilm's tümörüdür. Küçük yuvarlak hücreli tümörler grubunda yer alan diğer tümörler; küçük hücreli osteojenik sarkom, andiferansiye hepatoblastom, granulositik sarkom ve intraabdominal desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümördür1. Bu tümörlerin andiferansiye veya primitif karakterinden dolayı ayırıcı tanısı zordur. Histopatolojik incelemelerinde ise sitokeratin, EMA, desmin, vimentin,

NSE ve CD15 gibi marker pozitiflikleri bulunabilmektedir.2 Bu çalışmada; uylukta kitle şikayeti ile dış merkezde yapılan eksizyonel biyopsi sonucu nöroektodermal kaynaklı küçük yuvarlak hücreli malign tümör gelen ve kliniğimize başvuran hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta yaklaşık bir senedir sağ uyluk posteriorunda mevcut olan kitle şikayeti ile başvurduğu dış merkezde eksizyonel biyopsi yapılmış. Biyopsi sonucunu malign tümör infiltrasyonu gelmesi üzerine biyopsi materyali hastanemiz patoloji kliniğinde tekrar değerlendirildi. Sonucun küçük yuvarlak hücreli malign tümör gelmesi üzerine kliniğimize reeksizyon amacıyla yatırıldı. Fizik muayenede; sağ uyluk posterolateralı proksimal 1/3 ile orta 1/3 arasında 6 cm, oblik, hiperpigmente insizyon skarı izlendi. Uylukta ele gelen kitle izlenmedi. Bilateral inguinal ve popliteal bölgede ele gelen kitle izlenmedi. Hastanın batın BT, gluteal ve pelvik bölge MR ve PET CT' de herhangi patoloji saptanmadı. Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Sağ uyluk posterolateralindeki eski insizyon hattından 2 cm cerrahi sınır ile reeksizyon yapıldı, tabanda kas fasyası da eksizyon materyaline dahil edildi. Oluşan defekt primer onarıldı. Hastanın ameliyat sonrası erken dönem takibinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

Tartışma: Küçük yuvarlak hücreli tümörler malign neoplazilerin oluşturduğu heterojen bir grup olmakla birlikte sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür. İskelet sistemi ve yumuşak dokuyu tutmaya eğilimlidir. Bu tümör grubunu sitomorfolojik olarak benzer olan farklı kökenli neoplaziler oluşturur. Ewing sarkomu, primitif nöroektodermal tümör (PNET), rabdomyosarkom, sinovyal sarkom, nöroblastom, lenfomalar ve dezmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümörler bu grubun en sık görülen tümörleridir3. Ayırıcı tanıda hastanın yaşı, tümörün oluşum yeri ile hafif derecede yapısal ve sitoplazmik özelliklerde minör farklılıklar etkilidir. İmmunohistokimyasal boyama ve kromozomal çalışma bu tümörleri sınıflandırmada yararlıdır4. Küçük hücreli tümörler; abdomen, gonadlar, baş-boyun, üst toraks, internal vissera gibi vücudun spesifik yerlerinde meydana gelebilirler. Bazı küçük hücreli tümörler oldukça nadirdir fakat vücudun farklı bölgelerinde oluşabilirler. Ekstremitelerin tutulumu oldukça nadirdir.
Bu tümörlerin tedavisinde tam bir protokol oluşturulamamıştır. Tümör boyutu ve lokalizasyonuna göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve kombine tedaviler uygulanabilir. Agresif klinik patern nedeniyle doğru tanının konması hem doğru tedavinin uygulanması hem de hastalara gereksiz prosedürlerin uygulanmaması yönünden önemlidir. Sonuç olarak nadir görülen ve atipik yerleşimli bu tümörlerde prognoz kötü olmakla birlikte kesin tanının konması ve doğru tedavi uygulanması konusunda dikkatli olunmalıdır.

1. A. Rajwanshi, R. Srinivas, G. Upasana.Malignant small round cell tumors. J Cytol. 2009 Jan-Mar; 26(1);1-10.
2. T. Akalın, G. Kandiloğlu. Desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör (üç olgu sunumu). Türk Patoloji Dergisi 16(3-4);103-105(2000)
3. JH Lee, JH Seo, KH Park, and BC Jun. A Case of Malignant Small Round Cell Tumor of Temporal Bone with Facial Paralysis. Korean J Audiol. 2012 Dec; 16(3): 145–147.
4. Reshma V, Kavita Rao, Priya NS, Umadevi HS, Mohsin G, Sreelatha Hosthor. Small Round Cell Tumor of the Head and Neck Region: A Review. International Journal of Oral and Maxillofacial Pathology Apr-Jun.,2013;10-21

P-293
Palmaris Longus tendon grefti ile kronik dönem el bileği ligament rekonstrüksiyonu

Bilge Kağan Aysal[1], Fikret Eren[1], Selami Çakmak[2], Fazlı Levent Umur[2], Enes Sarı[2], Ceyhun Cesur[1], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Kliniği, İstanbul

Giriş: El bileğinde bulunan kemik yapılar birçok ligament ile stabilize edilmiştir. Bu ligamentler üç grup halinde incelenmektedir: Ekstrensek ligamentler, intrensek ligamentler ve distal radioulnar eklem ligamentleri(1). Ekstrensek ligamentler önkol kemikleri ile karpal kemikler arasında, intrensek ligamentler karpal kemikler arasında yer almaktadır. Bu ligamentler el bileği eklemini stabilize ettikleri için ligament yaralanmalarında el bileğinin fleksiyon-ekstansiyon hareketlerinde bozulma meydana gelebilmektedir. Onarılmamış yaralanmalarda ise uzun dönemde el bileğinde deviasyonlar meydana gelmekte, hayat kalitesinde ve günlük yaşamın fonksiyonelliğinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu poster bildiride onarım yapılmamış ve uzun dönemde el bileği deviasyonuna yol açmış radiokarpal ligament yaralanmasının tendon grefti ile başarılı bir şekilde onarım tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta çocukluk çağında geçirmiş olduğu el bileği kesisi sonrasında zaman içerisinde el bileğinde ulnar deviasyon gelişmesi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan eksplorasyon ameliyatında bir ekstrensek ligament olan radial kollateral ligamentin geçirilmiş travmaya sekonder olarak yaralanmış olduğu, yaralanma proksimalinde ve distalinde bulunan ligament segmentlerinin ileri düzeyde dejenere olduğu gözlendi. Bunun üzerine hastadan alınan palmaris longus tendon grefti ile ligament rekonstrüksiyonu planlandı. Ancak onarımın gücünü artırmak için tendon grefti mikroplak ve mikrovidalar ile kemik yapılara sabitlendi ve tendon grefti bu plak-vidalar arasında birkaç sıra şeklinde konularak ligament rekonstrüksiyonu sağlamlaştırıldı. Erken postoperatif dönemde hastanın el bileği deviasyonunun düzelmiş olduğu, 6 aylık takipte ise el bileği deviasyonunda tekrarlama olmadığı izlendi.

Sonuç: El bileği ligamentleri gibi önemli ligamentöz yapıların yaralanması sonrasında geç dönem onarımlar söz konusu olduğunda yapılacak ameliyatta tendon greftinin mikroplak ve vida ile tespit edilmesinin başarı şansını artırdığı gözlenmiştir ve tüm meslektaşlarımıza tavsiye edilmektedir.

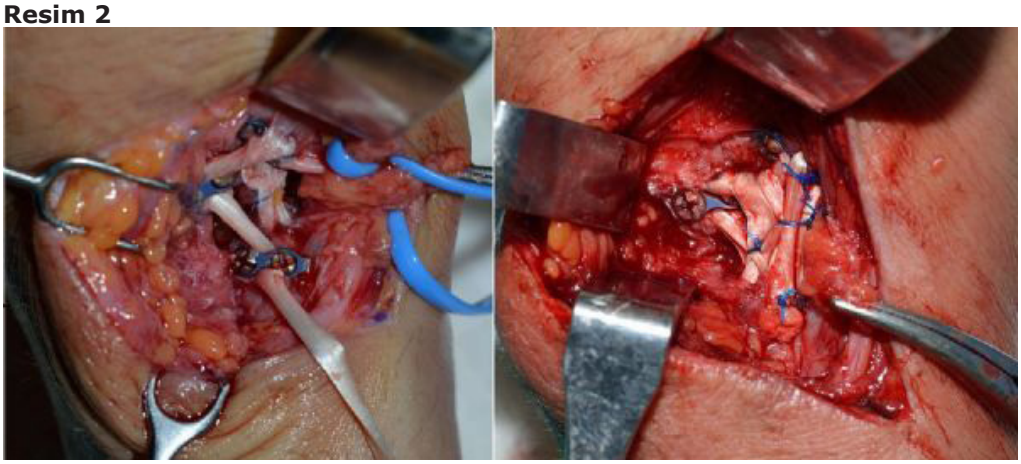
Kaynaklar
1. Doron I. Ilan TRM. Fractures and Dislocations of the Wrist and Distal Radioulnar Joint In: Stephen J. Mathes VRH, editor. Plastic Surgery. 7th Volume. 2nd edition. 2006. p. 467.

Resim 1



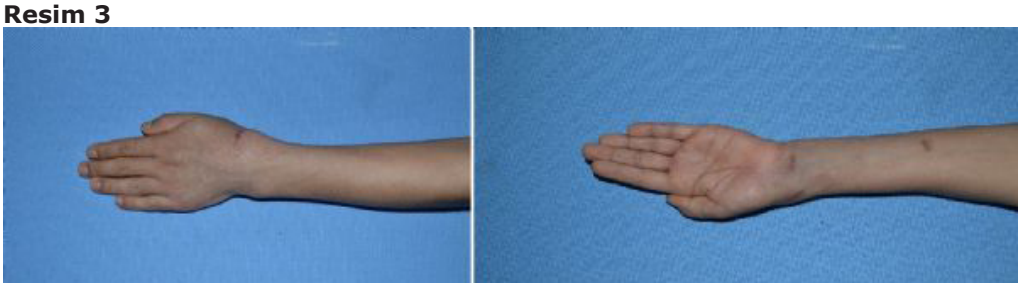
Ameliyat Öncesi Görünüm

Resim 2



Ameliyat içi Görünüm

Resim 3



Ameliyat sonrası görünüm

P-294
Üst Ektremite Acil Travma Hastalarının Etyoloji ve Demografi Yönünden İncelenmesi

Hikmet İhsan Eren, Medeni Volkan Kıyak, Mecd Atıf Cezairlioğlu, Semra Hacıkerim Karşıdağ, Memet Yazar, Erkan Yüce
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Amaç: Üst ekstremite travması vücutta en sık karşılaşılan travmadır. Tüm travmaların %35 ini üst ektremite travması kapsamaktadır. El travması da üst ekstremite travmasında en sık karşılaşılan bölümüdür. Üst ekstremite travmaları oluş sebepleri iş kazaları, trafik kazaları, spor yaralanmaları, ev yaralanmaları ve hastanın öfkesi sebebiyle kendisini yaralamasıdır. Üst ekstremite yaralanmaları basit yumuşak doku hasarından, damar-tendon –sinir yarlanmalarına ve amputasyonlara kadar değişebilmektedir. Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi üst ekstremite travmalarının sıklıkla yönlendirildiği hastanedir. Bu yazımızda hastanemize 2014 yılında acilimize başvuran üst ekstremite travma hastalarından kliniğimize konsulte edilen hastaların etyoloji, yaş grubu, cinsiyet ve uygulanan tedavi yönünden değerlendirilmektedir.

Gereç-Yöntem: Üst ekstremite travması yaralanması nedeni ile 1 Ocak -31 Aralık 2014 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal acil plastik cerrahiye konsulte edilen 1591 olgu retrospektif olarak hastane kayıtları incelenerek değerlendirildi. Çalışma için hastaların yaş, cins, yaralanmanın etyolojisi, yaralanmanın olduğu bölge, ek yaralanmalar ve oluşan komplikasyonlar gözden geçirildi.

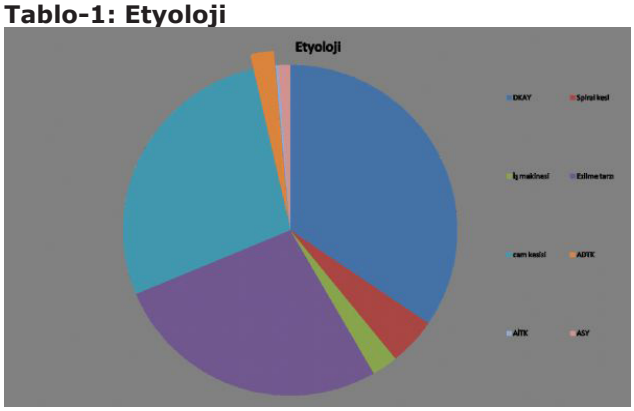
Bulgular: Toplam 1591 yaralanma olgusu saptandı. Bunlardan 228'i kadın (% 14), 1363'ü erkek (% 86) hasta idi. Hastaların yaşları 1 ile 69 arasında değişmektedir ve ortalama yaş 31,26 ±14,93 idi. Buna göre hastalarının yaralanma etyolojileri 244 delici kesici alet yaralanması (%15,3), 74 spiral taş ile yaralanma (%4,6), 40 endüstriyel makine ile yaralanma (%2,5), 430 ezici tarzı yaralanma (%27), 441 cam ile temas sonrası yaralanma (%27,7), 35 araç dışı trafik kazası (%2,1), 4 araç içi trafik kazası (%0,2) ve 18 ateşli silah (%1,1) ile yaralanmadır. Tüm yaralanmalarının 244'ünde tırnak ve tırnak yatağı zedelenmesi, 58 amputasyon, 760 fleksör yüzde yaralanma, 529 ekstensör yüz yaralanması oluşturmaktadır.

Tartışma: Üst ekstremite yaralanmalarında hastalar estetik, fonksiyonel ve psikolojik olarak etkilenmektedir. Acil el travmalarında yetkili ve teşekküllü hastane bulma konusunda hastalar zorlanmakta olup belirli hastanelere yönlendirilmektedir. Şişli Hamdiye Etfal hastanesi olarak oldukça sıkla yönlendirilen merkezlerden birisi durumundayız. Kliniğinimizde yapılan bu retrospektif çalışmanın amacı üst ekstremite arter travmaların önemini vurgulamak ve özelliklerini ortaya koymaktır.

Sonuç: İstanbul›da üst ekstremite travmalı hastalar oldukça az sayıda merkeze yönlendirilmektedir. Yönlendirilen merkezlerin yeterli sayıda olmayışı sebebiyle hastalar belirli kliniklerde yoğunlaşmaktadır. Bu yoğunluğun azaltılması amacıyla yeni merkezlerin kurulması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:
1.Gaul JS. Identifiable costs and tangible benefits resulting from the treatment of acute injuries of the hand. J Hand Surg [Am] 1987;12A:966–70.
2. Burke FD, Dias JJ, Lunn PG, et al. Providing care for hand disorders:Trauma and elective. J Hand Surg [Br]1991;16B:13– 8.
3. Hill C, Riaz M, Mozzam A, et al. A regional audit of hand and wrist injuries. J Hand Surg [Br] 1998;23B:196 –200.
4. Angermann P, Lohmann M. Injuries to the hand and wrist. A study of 50,272 injuries. J Hand Surg [Br] 1993;18B:642– 4.

Tablo-1: Etyoloji



P-295
Ters Akımlı Dorsalis Pedis Arter Flebi ile Diyabetik Ayak Rekonstruksiyonu: Olgu Sunumu

Hikmet İhsan Eren, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Medeni Volkan Kıyak, Ali Can Gunenc, Semra Hacıkerim Karşıdağ, Erkan Yüce
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Diyabetik ayak, diyabetin en ciddi ve en ağır komplikasyonlarından biridir. Diyabetli kişilerin yaklaşık %50'si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişme riski altındadır. Bu nedenle hem tıbbi, hem sosyal, hem de ekonomik açıdan diyabette yaşanan ayak sorunları oldukça önemlidir. Diyabetik ayak tedavisinin yapılmaması ciddi alt ekstremite sorunlarına neden olabilmektedir. Dorsalis pedis arter medial 3 parmak, metarasları ve ayak dorsumu besleyer. Bu arter bazlı flepler alt ekstremitede pediküllü veya serbest olarak kullanılabilmektedir. Bu yazıda diyabetik ayaklı hastamıza debridman sonrası kemik ekspoze defekte ters akımlı dorsalis pedis flebini sunmaktayız.

Olgu: Elli bir yaşında yaklaşık 20 yıldır diyabet tedavisi gören erkek hasta 1 yıldır ayağında nekrotik yara şikayetiyle kliniğinimize başvurdu. Sağ ayak D1 medial kısımda tipten 1 metatarsa uzanan üzerinde nekrotik plak bulunan diyabetik ayak defekti için hasta operasyona alındı. Hastanın ayaktaki akıntılı defekti cerrahi olarak debride edildi. Ayakta kemik ekspoze defekt oluşması sebebiyle ters akımlı adipofasyal dorsalis pedis flebi planlandı. Planlanan flep eleve edilerek kemik ekpoze defekte adapte edildi. Adipofasyal flep kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrukte edildi.

Tartışma: Diyabet hastalarında ayak yaralarının oluşumuna yol açan bir kaç temel neden vardır; kontrolsüz diyabet, kontrolsüz diyet, damar tıkanıklığı ve darlığı (diyabetik vaskülopati), sinir hasarı (diyabetik nöropati) -ayak hijyen koşullarının yetersizliği. Diyabetik ayak rekonstruksiyonu geçmişte olduğu kadar günümüzde de sorun teşkil etmektedir.Bir çok alt ekstremite rekonstruksiyonunda deri greftleri yeterli olmaktadır. Ancak tendon, damar ve kemik ekpoze defektlerde deri greftleri kullanılamamaktadır ve flep ile rekonstrukte edilmektedir. Alt ekstremite defektleri için bir çok flep tanımlanmıştır. Dorsalis pedis flebi de alt ekstremitede ayak bileği, topuk rekonstruksiyonunda kullanılabilen bir fleptir. Ters akımlı olarak da kaldırabilen flep olan dorsalis pedis flebi, fasyokutan veya adipofasyal olarak da kaldırılabilir. Ayağın dorsal duyusunu kaybetmesi, donor alan defektleri dezavantajları olmasına rağmen çok yönlü kullanıma sahip fleptir.

Sonuç: Alt ekstremitede lokal flepler kısıtlıdır. Dorsalis pedis flebi alt ekstremite rekonstruksiyonunda güvenle kullanılabilen flep seçeneklerindendir.

KAYNAKLAR:
1. Ishikawa K, Isshiki N, Suzuki S, et al. Distally based dorsalis pedis island flap for coverage of the distal portion of the foot.Br J Plast Surg 1987:40;521-5.
2. Hayashi A, Maruyama Y. Reverse first dorsal metatarsal artery flap for reconstruction of the distal foot. Ann Plast Surg 1993;31:117-22.
3. McCraw JB, Furlow LT Jr. The dorsalis pedis arterialized flap:A clinical study. Plast Reconstr Surg 1975;2:177.
4. Man D, Acland RD. The microarterial anatomy of the dorsalis pedis flap and its clinical applications. Plast Reconstr Surg 1980;65:419-23.

Resim:Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon



Resim:Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon

Resim:Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon



Resim:Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon

Şekil: Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon



Ters Akımlı dorsalis pedis flep ile rekonstruksiyon

P-296
Dupuytren kontraktürünün Etyoloji ve Cerrahi Tedavisi

Hikmet İhsan Eren, Medeni Volkan Kıyak, Ali Can Gunenc, Zeliha Gül, Ayşin Karasoy Yeşilada, Selami Serhat Şirvan
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Dupuytren kontraktürü; elde palmar yüzde deri ile derin yapılar arasındaki subkutanöz fibrillerin bulunduğu fibro-adipoz dokuyu tutan ve ileri dönemlerinde elde ağır fonksiyon kaybına neden olabilen, nedeni tam bilinmeyen bir hastalıktır. Hastalik en sık kuzey Avrupa ırkı yaslı erkeklerde görülmektedir ve bu populasyonda görülme sıklığık %2 ile %42 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, Dupuytren kontraktürü sebebiyle opere edilen hastaların rektrospektif olarak hastaların hikayesi, tedavisi ve ameliyat sonrasi komplikasyonlarını değerlendirmektedir.

Gereç-Yöntem: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğimizde 2010-2015 yılları arasında Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastalarımızı geriye dönük olarak taradık. Hastaların, yaşı, cinsiyeti, aile hikayesi, kontraktürün başlama zamanı, tutulan parmak açısından değerlendirildi.

Bulgular: Dupuytren kontraktürü nedeniyle toplam 50 hasta opere edildi. Hastaların 46›sı (%92) erkek, 4'u (%8) kadın olarak saptandı. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 53.5 ± 12.1 (42y -81y) olarak tespit edildi. Tüm hastalara parsiyel fasiektomi operasyonu uygulandı. Hastalarda en sık 4. parmak tutulumu (%64) gözlemlenmiştir. Toplam komplikasyon oranı %8 olarak saptandı. Komplikasyon olarak dört hastada palmar cilt nekrozu görülmüş olup, bunlardan ikisi kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrukte edilmdi, diğer iki hasta ise pansumanla takip edilmiştir.

Tartışma: Dupuytren kontraktürü, palmar fasyanın patolojik kasılmasıyla ortaya çıkar. Hastalığın ilerlemesiyle palmar fasyanın kontraksiyonu PIP ve MCP eklemlerde fleksiyon deformitesinin ortaya çıkmasına neden olur ve eklemlerin fleksiyonu, fonksiyonlarını azaltmaktadır. Tedavideki amaç, hastalıklı fasyanın çıkartılarak kontraktürün düzeltilmesidir. Ancak cerrahi her zaman hastalıkta kür sağlamaz ve özellikle rehabilitasyon programına alınmayan hastalarda nüks sıktır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın yoğun fizik tedavi görmesi ve atel uygulaması nüksü azaltır. Hastanın, hastalığın seyri, tekrarlama riski ve rehabilitasyonun önemi açısından bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sonuç: Dupuytren kontraktüründe komplikasyon olarak nörovasküler yaralanmalar olabilmektedir. Deneyimli cerrahlar tarafından yapılan dupuytren cerrahisinde bu komplikasyonlar minimal olmaktadır.Kliniğimiz olarak sıklıkla yapılan bu ameliyat sonrası nörovasküler yaralanma gözlemlemedik.

Resim: Sol el D4 dupuytren kontraktürü



Resim: Sol el D4 dupuytren kontraktürü

Resim: Sol el D4 dupuytren kontraktürü



Resim: Sol el D4 dupuytren kontraktürü

P-297
Erişkin Dönemde Opere Edilen Konjenital Kamptodaktili: Vaka Sunumu

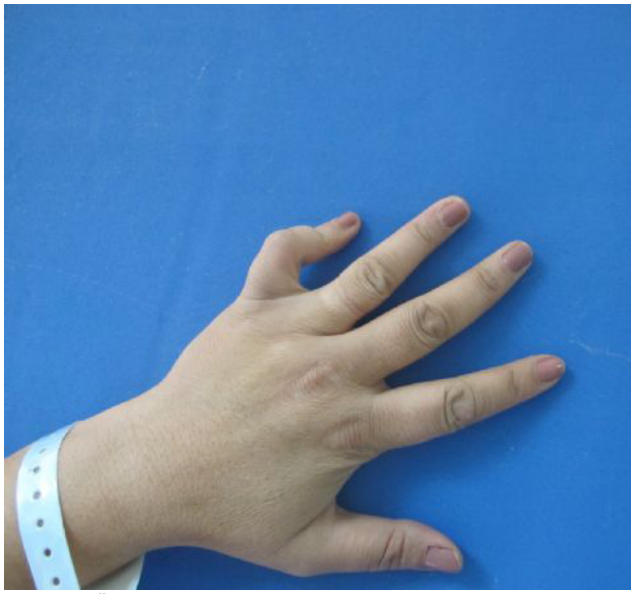
Mehmet Onur Öztürk, Mehmet Tapan, Ahmet Kaplan, Burak Yaşar, Sinem Sıngın, Murat İğde
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Kamptodaktili toplumda %1 sıklık ile görülen bir konjenital el deformitesidir. İnterfalangeal eklemlerin persistan fleksiyon kontraktürüdür. En sık 5. parmak PIP (proksimal interfalengeal) eklemlerinde görülür. Ayak parmaklarında bile görülebilmektedir. İnfaktil dönem ve erken puberte gibi hızlı büyüme atağının olduğu dönemlerde daha sık görülmektedir. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır.Yumuşak doku gelişiminin kemik büyümeyi yakalayamaması şeklinde bir hipotez yürütülmüştür.Temelde cilt, ciltaltı doku, fleksör tendonlar, lumbrikal ve interosseoz kaslar tutulmaktadır. Fakat ekstensor sistem ve ligamentler de etkilenmektedir. Bu çalışmada konservatif tedavi ile iyileşme göstermemiş, kötüleşme bulguları gösteren ve günlük aktivitelerini yapmasına engel bir kamptodaktili deformitesi olan vakanın sunulması, bu vaka üzerinden kamptodaktilinin tedavi algoritmalarının incelenmesi ve klinik tecrübenin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 41 yaşında kadın hasta polikliniğimize her iki el beşinci parmaklarda büküklük ve el ile yapılan günlük aktivitelerde zorlanma şikayeti ile başvurdu. Hastadan alınan öyküde her iki el beşinci parmaklarında doğuştan bu yana bu büküklüğün olduğu ve daha önce çeşitli konservatif tedaviler denendiği fakat hastanın hiç cerrahi tedavi geçirmediği öğrenildi. Hastanın bilinen bir ek hastalığı ya da ilaç kullanımı yok. Muayenesinde her iki elde beşinci parmaklarda PIP eklemlerde fleksiyon kontraktürü ve kamptodaktilisi mevcut. Hastanın PIP eklemlerinde yaklaşık 70 derece fleksiyon kontraktürü mevcut.Hastanın aynı zamanda cilt ve yumuşak doku kontraktürleri mevcut. Yapılan duyu ve dolaşım muayeesi normal olan hastanın motor muayenede her iki el 5. parmaklarında DIP (distal interfalengeal) eklem fleksiyon hareketi normal iken PIP ve MP (metokarpofalengeal) eklem hareketleri kısıtlı. Hastada kuvvetli kavramanın ulnar bileşeni zayıflamış ve cisimleri elinden kaçırıyor. Hastanın çekilen direk grafilerinde ise herhangi br kemik patoloji izlenmedi. Eklem aralıkları ve kemik yapılar olağan izlendi. Hasta pre-operatif tetkik ve konsütasyonları tamamlanarak opere edildi. Öncelikle dominant olmayan sol elinden opere edildi. İlk operasyondan 3 ay sonra sağ el 5. parmaktan opere edildi. Her iki elde de aynı derecede olan deformiteye yönelik her iki parmağa da aynı cerrahi uygulandı. Hastaya cilt yapışıklıkları için PIP ve MP eklem arasında volar yüzde çoklu z plastiler ile girildi.Yumuşak doku yapışıklıkları açıldı ve cilt uzatıldı.Takiben FDS (fleksör digitorum süperfisialis) tendonlara Camper kiazması seviyesinden tenotomi yapıldı. Daha sonra checkrein ligamentleri serbestleştirilerek volar plate serbestleştirildi.Hasrata fleksiyon kontraktürü sebebi ile ekstensor lag gelişmediği izlendi ve ekstensor sisteme ek müdehale yapılması planlanmadı.Ameliyat sonrası hastanın ilk ateli MP fleksiyon IP (interfalengeal)›ler ekstensiyonda olacak şekilde yapıldı.Aktif harekete 4 hafta sonra başlandı.Hasta 1 yıl takip edildi.Hastanın post-operatif 6. ayda PIP eklem kontraktürünün 70 dereceden 10 dereceye gerilediği, PIP eklem aktif eklem hareketinin 30 dereceden 80 dereceye çıktığı izlendi.Ulnar kavramanın güçlenmesi ile birlikte günlük aktivitelerini daha rahat gerçekleştirdiği ve eskisi gibi zorlanmadığı öğrenildi.

Sonuç: Sık karşılaşılan bir konjenital el deformitesi olan kamptodaktili tedavisinde cerrahi tedavi konservatif tedaviden fayda görmeyen, hızlı ilerleyen ve 30 derecenin üzerinde PIP eklem kontraktürü olan hastalarda tercih edilmelidir.Cerrahi tedavinin avantaj ve dezavantajları hasta ile iyi konuşulmalı ve hasta ameliyat sonrası fizik tedavi için motive edilmelidir.Hasta grubu genel olarak çocuk yaş grubu olan bu deformitede kliniğimize başvuran erişkin yaş grubundaki hasta ile algoritmalar yeniden incelenmiştir ve erişkin hastada yapılan cerrahilerde ektensor sistemde eşlik eden ek patolojiler ameliyat öncesi dönemde iyi saptanmalıdır.Patolojinin birçok anatomik bölgeden kaynaklandığı unutulmamalı ve yapılacak cerrahinin hem yumuşak doku hem cilt hem tendon hem ligament hem de volar plate gibi birden çok yapıyı kapsayacak şekilde planlanmadı gerekmektedir.İntraoperatif basamaklar tek tek geçilmeli ve yapılan her müdehaleden sonra PIP eklem kontraktürünün ne kadar açıldığı gözlemlenmeli ve ölçülmelidir.Post-operatif dönemde fizik tedavi iyi yapılmalı ve PIP eklemi ekstensiyona zorlayan bloklu ekstensor parmak atellerinin kullanılması tavsiye edilmektedir.Erişkin yaş grubunda da yukarıda anlatılan bu durumlara dikkat edilerek kamptodaktili cerrahisi gerçekleştirilebilir ve hastalar bu protokole uygun opere edilebilir.

Resim-1



Ameliyat Öncesi

P-298
Ekrin Porokarsinoma: Üst Ekstremite Lokalizasyonunda Nadir Görülen Bir Deri Tümörü

Murat İğde, Ahmet Kaplan, Ali Rıza Yıldırım, Ramazan Erkin Ünlü, Sinem Sıngın, Mehmet Onur Öztürk
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Ekrinporokarsinoma ekrin ter bezlerinin intraepitelyal kısmından kaynaklanan, çok nadir bir deri tümörüdür. Kötü prognozlu bir tümör olan ekrinporokarsinoma genellikle deri ve lenf nodu metastazı yapar. Vücutta en sık görüldüğü yerler alt ekstremite, gövde, baş-boyun bölgesidir. Üst ekstremite yerleşimi nadirdir. Burada üst ekstremite yerleşimli 2 ekrinporokarsinoma vakasının özellikleri mevcut literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Resim-2



Ameliyat Sonrası

P-299
Çocukta Parsiyel Fleksör Tendon Kesisine Bağlı Meydana Gelen Tetik Parmak: Vaka Takdimi

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Funda Aköz Saydam, Karaca Başaran
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tetik parmak, hayat kalitesini etkileyen, elde ağrı ve fonksiyon kısıtlılığına neden olan bir rahatsızlıktır. Çocuklarda tetik parmak erişkinlere oranla daha nadirdir, çoğunlukla baş parmakta meydana gelmektedir ve konjenital tetik başparmak olarak adlandırılmaktadır. Pediatrik tetik başparmak, tetik parmağa oranla 10 kat daha sıktır. Çocukta tetik parmak etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber rekürren anatomik anomaliler, inflamatuar sinovit, Hurler sendromu, posttravmatik kalsifik tendinit ve romatoid artrit rapor edilen başlıca sebeplerdir. Biz de bu çalışmamızda pediatrik hastada parsiyel fleksör tendon kesisine bağlı tetik parmak vakasını sunmaktayız.

Olgu: Kliniğimize 8 yaşında, 5 yıl önce sağ el volar zon 2 ye keskin cisimle kesi sonrası parmağında tetikleşme meydana gelen hasta kabul edildi. Hasta yakınları hastanın parmağındaki tetikleşmenin 4 yıl önce başladığını belirttiler. Yapılan fizik muayenede sağ el 3. Parmak volarinde proksimal dijital kriz seviyesinde eski kesiye sekonder skar hattı tesbit edildi. Aktif hareketlerde 3. Parmakta tetikleşme tesbit edildi. Sedoanaljezi altında 3. Parmaktaki eski kesi skarından insizyonlar brunner insizyonla genişletildi. A1 pulley serbestlendi. 3. Parmak parsiyel %10 civarı FDS tendon kesisine bağlı skarlar eksize edildi (Şekil).

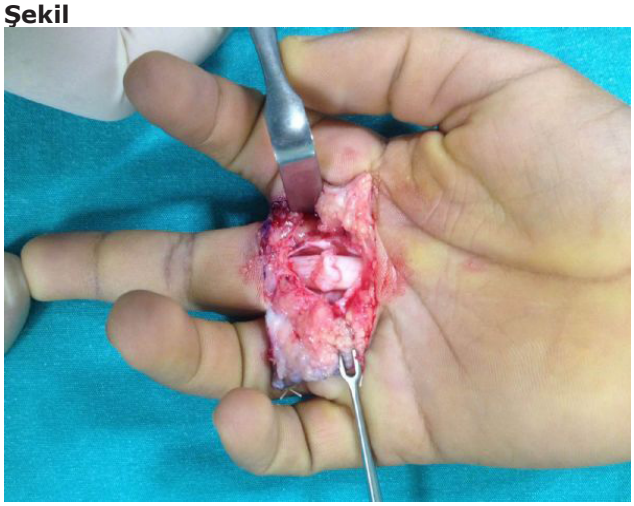
Bulgular: Ameliyat sonrası komplikasyon görülmedi ve hastanın deformitesi tamamen düzeldi. Hastanın 24 aylık takiplerinde tekrarlama gözlenmedi.

Sonuçlar: Parsiyel fleksör tendon yaralanmaları basit kesiler olarak değerlendirilmekle beraber sonradan daha büyük problemlerle karşımıza çıkabilmektedirler. Acile başvuran ve basit el kesisi olarak düşünülen pediatrik vakalar iyi değerlendirilmelidirler. Kendini ifade etme yeterliliği olmayan bu vakaların gerekirse elektif şartlarda

eksplore edilmeleri gerekmektedir.

Kaynak:
1. Fujiwara M. A case of trigger finger following partial laceration of flexor digitorum superficialis and review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2005 Jul,125(6): 430-432.

Şekil



Parsiyel tendon kesisine bağlı fibrotik değişiklikler.

P-300
Bilateral Simbrakdaktili Olgusu - İki Elde Farklı Derecede Simbrakidaktiliye Yaklaşım

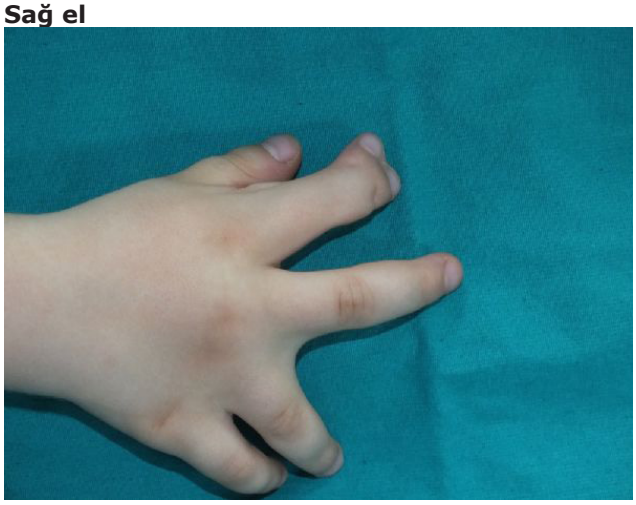
Burak Sercan Erçin, Ahmet Biçer,
Yiğit Özer Tiftikçioğlu, Ufuk Bilkay
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Simbrakidaktili; brakidaktili, kutanöz sindaktili ve global hipoplazi özelliklerinden bir kaçı veya hepsi ile karakterize konjenital bir anomalidir. Toplumda nadir görülür ve tedavisinde ayrıntılı bir planlama ve cerrahi gerektirmektedir. Biz nadir görülen bu deformiteye sahip, bilateral etkilenimi olan bir olguya yaklaşımımızı sunmayı amaçladık

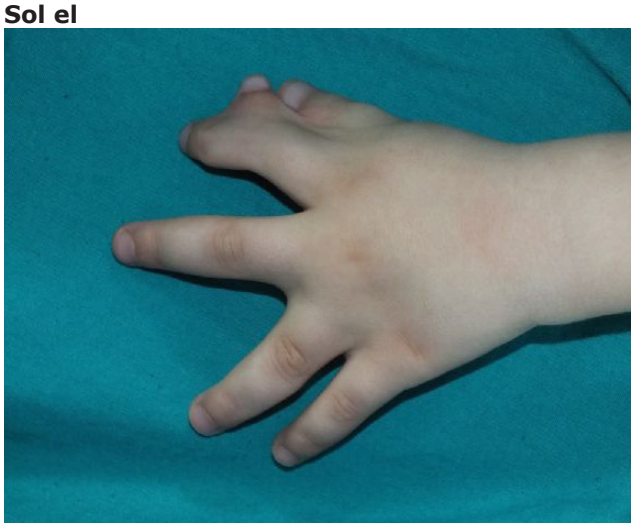
Olgu: 2015 yılında kliniğimize başvuran 2.5 yaşında erkek hastada bilateral simbrakidaktili mevcuttu. Sol elde daha ciddi olmakla birlikte bilateral birinci web aralığı derinlik kaybı, bilateral D2'de duplikasyon ve bilateral üçüncü ve dördüncü parmaklarda sinmetakarpi mevcuttu. Hastanın ek patolojisi ve aile öyküsü mevcut değildi. Sağ eldeki birinci web aralığına yönelik z-plasti ile web aralığı derinleştirilmesi yapıldı. Sol el birinci web aralığı ise klasik Hentz sindaktili tekniği ile elde edilen dorsal dikdörtgen flep ile derinleştirildi. Her iki ikinci parmak duplikasyonuna yönelik amputasyon uygulandı. Kollateral ligaman rekonstrüksiyonu ise ampüte edilen parçadan elde edilen ekstensör tendon kementleştirilerek tamamlandı. Başparmak adduktor kas serbestlemesi yapılarak web aralığı takipte korunurken parmak işlevinde de artış gözetildi. Hastanın kontrollerinde yara iyileşme sonrası fizik tedavi uygulandı. Üçüncü ay kontrollerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Sonuç: Simbrakidaktili nadir görünen bir anomali olmakla birlikte hastadan hastaya çok değişen şiddette ve çeşitte deformitelerin bütününü tanımlar. Aynı hastanın iki ayrı elinde aynı deformiteler birbirinden farklı şiddette olup, farklı tekniklerle başarıyla tedavi edilebilmiştir.

Sağ el



Sol el



x-ray



Simbrakidaktili X-ray

P-301
Yüksek Basınçlı Boya Enjeksiyonu Yaralanmalarında Maksimal Yabancı Cisim Uzaklaştırılması ve Daha İyi Prognoz Elde Etmede Yeni Bir Seçenek: Negatif Basınçlı Yıkamalı Yara Terapisi

Emre Güvercin[1], Gökhan Temiz[1], Hakan Şirinoğlu[1], Cengiz Eser[3], Kayhan Başak[2], Nebil Yeşiloğlu[1], Mehmet Bozkurt[1]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Yüksek basınçlı boya enjeksiyonları nadir olmakla birlikte morbiditesi yüksek durumlardır. Bu yaralanmaların yönetiminde en önemli basamak erken tanı, boya partiküllerinin hızla uzaklaştırılması ve nekrotik dokuların agresif debridmanıdır (1). Makropartiküller cerrahi ile uzaklaştırılabilirken mikropartiküller sıklıkla dokuda hapsolurlar ve bu durum komplikasyon oranlarının yüksekliğine sebep olabilir. Bu çalışmada yüksek basınçlı ciddi boya enjeksiyonu yaralanmalarında yıkamalı vakum yardımlı yara kapama ile mikro boya partiküllerinin uzaklaştırılması yöntemi sunulmuştur.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2011-2014 yılları arasında yüksek basınçlı boya enjeksiyonu yaralanması ile kliniğimize başvuran 5 hasta dahil edilmiştir. İki hastada enjeksiyon yeri el palmarinde, 3 hastada ise parmak volarlerinde tespit edilmiştir. Tüm hastalarda acil debridmanı ve/veya fasyotomiyi takiben açık yaralara vakum yardımlı kapama (VAC) uygulaması yapılmıştır. VAC pansumanı günaşırı olarak değiştirilmiş ve toplama kabındaki materyal makroskobik ve histopatolojik olarak incelenerek tüm örneklerde boya partikülü bulunmayana dek tedavi devam ettirilmiştir.

Sonuç: Hasta yaş ortalaması 35.8 olan çalışmada ortalama takip süresi 7 ay olarak tespit edilmiştir. Ortalama VAC tedavisi süresi 10.2 gün, hasta başı pansuman değişimi 4.8 olarak hesaplanmıştır. Tüm yaralanan ekstremiteler amputasyon ihtiyacı olmadan iyileşmiş ve anlamlı fonksiyonel sonuçlar sağlanmıştır.

Tartışma: Boya enjeksiyonu yaralanmalarında erken tanı ve tedavi eğer tablo kompartman sendromu gibi acil bir duruma tekabül etmiyorsa genellikle gecikmektedir (2). Prognoz enjekte edilen maddenşn cinsi ve miktarını bağlı olmakla birlikte mputasyon oranları literatürdeki çalışmalarda %48' kadar çıkmaktadır (3). VAC tedavisi doku ödemini ve özellikle cerrahi debridman ile giderilemeyen mikro boya partiküllerini azaltarak ekstremitede fonksiyonel kaybı ve amputasyon riskini azaltabilir.

Kaynaklar:
1)Amsdell, S. L., Hammert, W. C.High-pressure injection injuries in the hand: Current treatment concepts. Plastic and reconstructive surgery. 2013;132(4): 586e-591e.
2)Sirinoglu, H., Ersoy, B., & Bayramiçli, M.. Late presentation of a case of high pressure cement injection injury to the hand. Journal of plastic surgery and hand surgery. 2013;47(4): 331-333.
3) Smith, G. D.High pressure injection injuries. Trauma. 2005; 7(2): 95-103.

Boyan enjeksiyonu ve VAC



Negatif basınçlı yara kapama ile pansuman

Boyan enjeksiyonu ve VAC



Debridman materyali, boya

Boyan enjeksiyonu ve VAC



Fasyotomi ve debridman

P-302
Adipofasyal ulnar arter distal perforatör bazlı flep; Sakrifiye ulnar arter olmasına rağmen

Fatih Tekin[1], Çağatay Falcıoğlu[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

El ve el bileğinde ki bulunan defektler için çok çeşitli flepler tanımlanmıştır. Reverse radial ön kol flebi, reverse ulnar ön kol flebi,ulnar arter perforatör flebi, lokal flepler interpolasyon flepleri(scia vs..) serbest flepler güvenle kullanılabilen flep çeşitleridir. Yapılan vakada ulnar arter sakrifiye olmasına rağmen distal perforatörler üzerinden adipofasyal olarak flep kaldırılmıştır.

Olgu: Sağ el bileğinde scc kitlesi geniş eksizyon sonrası yaklaşık 5x5 cmlik doku defekti oluşmuştur. Ulnar arter kitle eksize edilirken sakrifiye edilmiştir. Daha sonra ulnar arter orta ve distal perforatör bazlı adipofasyal flep ile defekt kapatılmıştır. Donör saha greftlenmiştir.

Tartşma: Ulnar arter üzerinden perforatör bazlı veya reverse olarak pediküllü flepler kaldırılabilindiği gibi adipofasyal olarak perforatörler üzerinden de flep kaldırılabilinir. Peirong yu et al yaptıkları çalışmada 38 ulnar arterde 99 adet perforatör tespit etmişler. Ortalama olarak her hastada 3 adet perforatör bulunmuş. Proksimal orta ve distal olarak adlandırmışlardır. Ulnar arter perforatörleri üzeridenden pediküllü olarak veya free şekilde flepler rahatlıklar kaldırılabilmektedir. Bizim yaptığımız vakada ise ulnar arter distalde sakrifiye olmuştu. Yapılabilinecek flepler arasında serbest flep veya ulnar arter bazlı flep seçeneğimiz mevcuttu. Bizde ulnar arter orts-distal perforatörleri üzerinden flep rahatlıkla kaldırdık. Flebin avantajı olarakta hem zaman kazancımız oldu hemde başka donör saha kullanmak zorunda kalmadık.

fig1



preop scc eksizyonu öncesi

fig2



Defektten sonra ulnar arter perforatör bazlı adipofasyal flep

P-303
Nüks Tuzak Nöropatisinde Kollajen Sinir Tüpleri ve Prp'nin Kombine Kullanımı, Olgu Sunumu

Emre Güvercin, Mehmet Bozkurt, Sultan Yalçın, Cem Berkay Sınacı, Celal Alioğlu, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Tuzak nöropatiler en sık görülen hastalıkları grubundadır. 25-30 ve 40-60 yaş arasında sıklıkları artar, en sık idyopatik sebeplerle oluşurlar. Karpal tünel sendromunda median sinir bilek düzeyinde tuzaklanır. Erken olgularda cerrahi başarılı olmakla birlikte ileri süreçte başarı %50-75' e iner. Rekürrenste skar dokusu ve ikinci bir odak etkili faktörlerdir. Reoperasyonlarda progresif nörolojik defisit ve EMG sonuçları belirleyici rol oynar. Trombositten zengin plazma (Prp) içerisinde birçok büyüme faktörünü barındırır. Bu faktörler farklılaşmamış hücrelerin kemotaktik ve mitotik aktivitelerini arttırarak anjiyogenezis ve doku iyileşmesine katkı sağlarlar. Prp'nin periferik sinir iyiyleşmesinde katkısı olduğu deneysel çalışmalarda gösterilmiştir. Kollajen sinir tüpleri genellikle 3cm altındaki periferik sinir defektlerinin tamirinde kullanılan emilebilir yapıda tüplerdir. Aksonal rejenerasyonun sağlanmasını, hızlı ve efektif sinir tamirini sağlarlar. Bu çalışmamızda nüks tuzak nöropatisi ile başvuran hastada kollajen sinir tüpü ve Prp kombinasyonu ile alternatif bir tedavi yöntemini sunduk.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta, 1 yıl dış merkezde iki kez el bileği seviyesinde median ve ulnar sinir tuzaklanması tanısı ile opere edilmiş. Hasta palmar bölge ve el bileğinden başlayan ve önkola yayılan elektriklenme şeklinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede tenar ve hipotenar bölgede minimal atrofi, ulnar ve median sinir duyu alanında hipoestezi, tinnel ve phalen testi pozitifliği saptandı. EMG'de ulnar ve median sinirde sıkışma distalinde ileri derecede aksonal dejenerasyon olduğu görüldü. Hastaya eksplorasyon planlandı. Açık teknikle önceki operasyon skarından ulnar ve median sinirlere ulaşıldı. Ulnar sinirin yaklaşık 1 cm, median sinirin ise 2cm segment boyunca komprese olduğu ve kalibrasyonda azalma olduğu gözlendi (Resim 1). Komprese segmentler boyunca kollajen sinir tüpü uygulandı, distal ve proksimal ucu sütüre edilen tüpün içerisi Prp ile dolduruldu (Resim 2). Çevre skar doku eksize edildi ve sinirlere eksternal nöroliz uygulandı. Çevre doku içerisine Prp enjekte edildi. Postop 2. Günde hastanın şikayetlerinde gerileme başladı. Kontrol EMG'de sinir ileti hız ve amplitüdünde artış ve aksonal dejenerasyonda azalma tespit edildi.

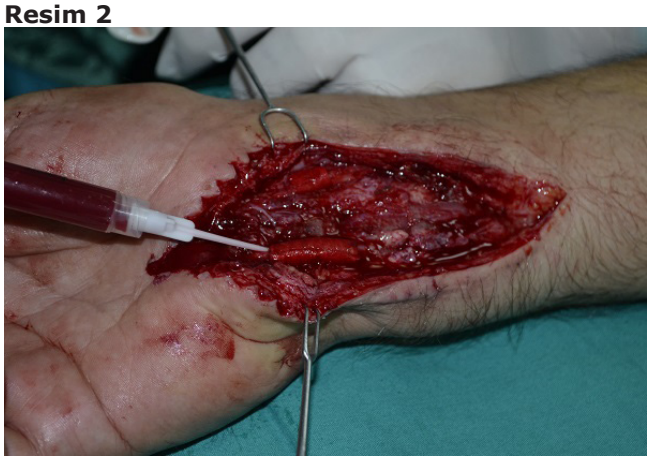
Tartışma: Kompresyon nöropatilerinin nüksleri sık ve genellikle cerrahi olarak tedavisi zor durumlardır. Hasta şikayetlerinin azaltılması ve günlük aktiviteye katılımın sağlanması güç olabilmektedir. Güncel sinir iyileşmesi çalışmalarında kullanılan kollajen sinir tüpleri, Prp ve mezenşimal/nöral kök hücrelerin kombine olarak tedaviye eklenmesi hızlı iyileşme, cerrahi ihtiyacında ve nüks oranlarında azalma gibi faydalar sağlayacaktır.

Resim 1



Eksplorasyonda median ve ulnar sinirde segmental incelme

Resim 2



Komprese sinir segmentlerine nörotüp içerinde Prp uygulanması

P-304
Ayak bileği bölgesi defektlerinin rekonstrüksiyonunda yeni bir flep

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

Giriş: Ayak bileği bölgesi, rekonstruksiyon açısından kendine has zorluklar teşkil etmektedir. Ayak bileği bölgesi hareketli bir bölge olması ve birçok tendon ve nörovasküler yapı barındırması sebebiyle fleplerle rekonstruksiyon öncelikli tercihlerimiz arasındadır. Ayak bileği bölgesinin rekonstruksiyonunda çeşitli seçenekler sunulmuştur. Bu seçenekler random paternli flepler olabildiği gibi serbest flepler de olabilmektedir. Random paternli fleplerde flep mobilizasyonunun kısıtlı olması ve en-boy oranına uyulması gereği en önemli dezavantajlardır. Ayrıca random fleplerde sonucun önceden tahmin edilebilirliği de ayrı bir sorun teşkil etmektedir.

Yöntem-Gereçler: Ocak 2014 ve Temmuz 2015 tarihleri arasında toplam iki hastanın ayak bileği anterioru ve lateralindeki defekti anterior tibial arter perforator propeller flebi kullanılarak rekonstrukte edildi. Flep planlanırken anterior kompartmandaki perforatörler ayak bileği ile kruris proksimali arasındaki bölgede el doppleri ile belirlenir. Bulunan perforatörlerin peroneus longus ve ekstansör digitorum longus kasları arasındaki septumdan çıkmaktadır. Aynı septumda yine yüzeyel peroneal sinir bulunmaktadır. Yüzeyel peroneal sinire, yüzeyel peroneal aksesuar arter çoğunlukla eşlik etmektedir. Bu arter anterior tibial arterin dalıdır ve krurisin distal yarısında kaybolmaktadır. Anterior tibial arter perforatörlerinin oluşturmuş olduğu hat üzerinde, yüzeyel peroneal sinir etrafında zengin vasküler pleksus eşlik etmektedir. Flep, proksimalden distale doğru kaldırılır ve en distaldeki iki perforatör flebe dahil edilir ve diseke edilir. Flebin proksimal sınırında peroneus longus ve ekstansör digitorum longus arasındaki septuma girilir ve yüzeyel peroneal sinir ve eğer mevcutsa, yüzeyel peroneal aksesuar arter proksimalden ayrılır. Bu yapıların flep ile bağlantıları kesilmeden, flep distalden proksimale doğru kaldırılır.

Bulgular: Bu çalışmaya dahil edilen iki hastanın birisinde yüzeyel peroneal aksesuar arter bulunmamaktaydı. Bu nedenle sadece yüzeyel peroneal sinir flebe dahil edildi. Diğer hastada ise her iki yapı da bulunmakta idi, bu durumda da yüzeyel peroneal sinir korundu. Flep donör sahaları her iki vakada da greftlenerek kapatıldı. Flepler her iki hastada da canlılığını tam olarak korudu. Bir hastada flebin distal ucunda tabandaki akıntı nedeniyle dehisens oluştu ancak, antibiyoterapi sonrası primer sütürasyonla bu alan kapatıldı.

Sonuçlar: Daha geniş serilerde bu fleplerin güvenilirliğinin tartışılması gerekmektedir. Ancak kısıtlı tecrübemizde flep canlılığı konusunda herhangibir sıkıntı yaşanılmamıştır. Giderek yaygınlaşan perforatör propeller fleplerin ayak bileği bölgesinin rekonstruksiyonunda kullanımı, daha az tahmin edilebilir sonuçları olan random fleplere veya daha komplike serbest fleplere ek bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tartışma: Alt ekstremitenin distal ucu olması nedeniyle ayak bileği bölgesindeki defektlerin rekonstruksiyonunda tanımlanmış lokal flep bulunması konusunda kısıtlılıklar mevcuttur. Random paternli fleplerde ise belli bir en-boy oranının korunması gereği olduğundan ve sağlam bir cilt pedikülü korunması gereğinden dolayı flep mobilizasyonunda kısıtlılıklar oluşmaktadır. Kullanmakta olduğumuz anterior tibial arter perforatör propeller fleplerinin planlaması sırasında anterior kompartmandaki perforatörlerin yerleri el dopleri ile tespit edilerek her damarın beslediği farklı anjiyozomların oriyantasyonu anlaşılmakta ve flep de bu perforatörlerin oluşturduğu lineer hat üzerinde planlanmaktadır. Böylece choke damarlar açılıp flebin proksimale doğru daha iyi kanlanması mümkün olabilecektir. Buna ek olarak bahsedilen intermusküler septumda yüzeyel peroneal sinir ve etrafındaki zengin vasküler pleksustan ve eğer mevcutsa yüzeyel peroneal aksesuar arterin oluşturduğu vasküler ağlar flebin beslenmesini daha güvenli bir hale getirdiği düşüncesindeyiz.

P-305
Varis Tedavisi İçin Uygulanan Endovasküler Lazer Uygulaması Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Tam Kat Doku Nekrozu

Murat Melih Can[1], Önder Karaaslan[2], Yağmur Kaan Bedir[3], Görkem Çalışkan[4], Erhan Sönmez[2], Ayşe Özlem Silistreli[5]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[2]İzmir Katip Çelebi Ünv. Atatürk Eğit ve Araş. Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[3]Manisa Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[4]Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Klniği
[5]Özel Arte Klinik, İzmir

Olgu Sunumu: Varis Tedavisi İçin Uygulanan Endovasküler Lazer Uygulaması Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Tam Kat Doku Nekrozu Günümüzde tüm dünyada trunkal varislerin tedavisinde en popüler yöntem lazer ile endovasküler tedavisidir. Bu tedavi yönteminde amaç lazer yardımıyla kontrollü olarak damarın içten tıkanmasını sağlamaktır. Lazer tedavisi sonrasında ekimoz, endurasyon ve ağrı gibi yan etkiler görülebilmekte, bazen 3 ay sürebilen parestezi gelişebilmektedir. Bu olguda varislerine endovasküler lazer uygulaması sonrası bacak distal kısmında tam kat doku nekrozu olan bir olgu takdim edilmiştir. Endovasküler lazer tedavisi sonrası bacak distalinde ve ayak bileği çevresinde tam kat doku kaybı gelişen hastaya debridman uygulaması sonrası 2 seans vakum yardımlı kapama ile yara bakımı ve deri grefti ile rekonstrüksiyon yapılmış, hasta preop ve post op fotoğraflarıyla sunulmuştur.

post op 3. ay



post op 3. ay

pre op fotoğraf



pre op fotoğraf

P-306
Elde primer aktinomiçes enfeksiyonu olgu sunumu

Devran İğrek, Serkan Balta, Abdolreza Khash
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Edirne

Yavaş seyirli kronik granülamatöz lezyonlarla karakterize bir kliniğe neden olan aktinomiçes enfeksiyonu sıklıkla servikofasiyal, torasik ve pelvik bölgelerde enfeksiyonlara neden olmaktadır. Olgumuzda aktinomiçes enfeksiyonunun nadir lokalizasyonlarından biri olan elde primer aktinomiçes enfeksiyonu değerlendirilmiştir.

Resim 1



Operasyon öncesi

Resim 2



Cilt altı kitle

Resim 3



Eksize edilen kitle

P-307
Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda 3 yıllık vaka analizleri

Semra Hacıkerim Karşıdağ, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Arzu Akçal, Dağhan Dağdelen, Hikmet İhsan Eren, Ahmet Faruk Yücel, Selami Serhat Şirvan
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Alt ekstremite yaralanmaları plastik cerrahinin yoğun uğraş alanlarındandır. Özellikle yüksek enerjili yaralanmalar ve enfeksiyona bağlı gelişen doku defektlerinin kapatımı yönünden neredeyse her hastadan plastik cerrahi değerlendirmesi istenmektedir. Bunun dışında özellikle ortopedi kliniklerince gerçekleştirilen enstürmantasyonlar ve bunları ekspoze olmasına sonrası yar kapatımı için danışılan hastaların sayısı giderek artmaktadır. Bizde kliniğimizde alt ekstremite rekonstrüksiyonu uyglanan hastaları geriye dönük değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Kliniğimizde 1 Haziran 2013- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında çeşitli sebeplerle alt ekstremite rekonstürüsiyonu uygulanan hastaları, geriye dönük olarak değerlendirdik. Değerlendirme kriterleri, yaş, cinsiyet, lokalizasyon, etyoloji,defekt büyüklüğü ve uygulanan tedavi olarak belirlendi.

Sonuçlar: Bu tarihler arasında kliniğimizde 57 hasta opere edildi. Bu hastaların %73,6'sı (n=42), %26,4'ü (n=15)'i kadındı. Yaş aralığı 3 ile 83 arasında olup ortalama yaş 38,8'idi. Rekonstürksiyon uygulanan defetklerr lokalizasyon itibariyle crus ve ayak olarak ayrı incelendi. Crus kendi içinde üst-orta ve alt olarak 3 ayrı bölümde ayak ise plantar ve dorsak yüz olarak bölümlendirildi. Crus üst 1/3 yerleşimli defekti olan hasta yüzdesi %12,2 (n=7), orta 1/3 yerleşimli defektler %24,5 (n=14), alt 1/3 %28 (n=16), alt-orta 2/3 ü içeren defekt yüzdesi %5,2 (n=3), ayak dorsal yüz defektleri %12,2 (n=7) plantar yüz defektleri %15,7 (n=19) olarak saptandı.

Uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildiğinde en sık kullanılan yöntem %50,8 (n=29) ile deri greftleri (tam ve kısmı), %35 (n=20) ile lokal flepler (sural 7, propellar 5, random 8) %15,7 (n=9) ile serbest flepler (ALT 7, LD 2) idi.

tablo -1

	Deri Greftleri	Lokal Flepler	Serbest Flepler
üst 1/3	6	2	1
orta 1/3	10	5	2
alt 1/3	8	8	1
orta-alt 2/3	-	-	3
plantar yüz	3	5	2
dorsal yüz	2	-	-

Yerleşime göre uygulanan tedavi modelleri

P-308
Epiteloid Sarkom – Olgu Sunumu

Sinem Sıngın, Mehmet Onur Öztürk, Ramazan Erkin Ünlü, Murat İğde, Burak Yaşar, Alper Burak Uslu, Ahmet Kaplan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Epiteloid sarkom nadir görülen, daha sık genç erkeklerde, ekstremite distallerinde görülen bir sarkomdur. Öncesinde travma hikayesi olan, çoğunlukla ekstremite distalinde yerleşen ağrısız, sert, fiske, belli bir sınırı olmayan kitle olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla skar görünümünde olduğu için klinik tanı alması kitlenin büyümesi ile geç dönemde olur. Tanı için patolojik değerlendirme gereklidir. Lokal agresif seyreden, sıklıkla nükslerle izleyen bir tmdür. Lenfatikler ile bölge lenf nodlarına metastaz yapabilir. Tedavisi cerrahi olarak tm – sınır elde edene kadar yapılan radikal eksizyondur. Nüks ile başvuran hastalara amputasyon önerilir. Nadir rastlanan bir tm olan epiteloid sarkomu olan bir hastamızı bu bildiride sunduk.

P-309
Lateral supramalleol flep; rahat uygulanabilen flep seçeneği

Fatih Tekin[1], Çağatay Falcıoğlu[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Furkan Erol Karabekmez[1], Ömer Faruk Taner[1]
[1]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

Alt ekstremite özellikle ayak bileği ve lateral bacak defektleri genelde sıkıntılı olabilen kemik ve tendonların ekspoze olduğu kapatılması sıkıntı defektlerdir. Burdaki defektlerde kullanılabilecek sınırlı sayıda flep seçeneği bulunmaktadır. Lokal flep kullanımı çok uygun olmamakla beraber sural flep ve serbest flep genelde düşünülen fleplerin başlarında gelir. Lataral supramalleol flap peroneal arter bazlı distal perforatörlerinden beslenen bir fleptir. Kliniğimize ayak bileğinde defekt ile başvuran hastalarda uyguladığımız fleplerden biridir.
Olgu: 28 yaşında trafik kazası sonrası ayak bileğinde defekt kalan hasta tarafımıza ortopedi kliniği tarafından sevk edildi. El doppleri ile perforatör işaretlendikten sonra perneal bazlı lateral supramalleol flep uygulanmıştır. Donör saha greftlenmiştir.

Tartışma: Özellikle alt ekstremite defektlerinde reverse sural flep uygulanmakla beraber tarcihimizi lateral supramalleol flepten yana kullanmaya başladık. Avantajları arasında lateral supramalleol flep kolay uygulanabilen rahat diseke edilen rotasyon arkıda baya geniş olan fleptir. Propellar flep şeklinde kaldırmaya müsaittir. Lateral supramalleol flep peroneal arterin distal perforatörlerinden beslenen fleptir. Peroneal arter genellikle lateral malleolun 5 cm yukarısında rahatlıkla bulunabilmektedir. 2 dala ayrılır. Deep ve superficial dallardır. Superficial dal genellikle cildi besleyen ve 12-18 cmye kadar uzunlukta ve 9 cm ye kadar olan genişlikte flebin kaldırılmasını sağlayan daldır. Genelde alt ekstremite defektlerinde sural flep uygulanmasına rağmen kliniğimizde lateral supramalleol flep kullanım sıklığı flebin kaldırılmasındaki rahatlığı ve flebin güvenirliğinden dolayı artmıştır. Eğer ayak bileğinde ve distal bacak bölgesinde defekt varsa bu flebin kullanılmasını öneriyoruz.

fig1



Erken postop

Fig2



Postop 1.hafta

P-310
Eş Zamanlı Olarak Çift Cerrah ve Sinir Grefti İle Sinir Onarımı

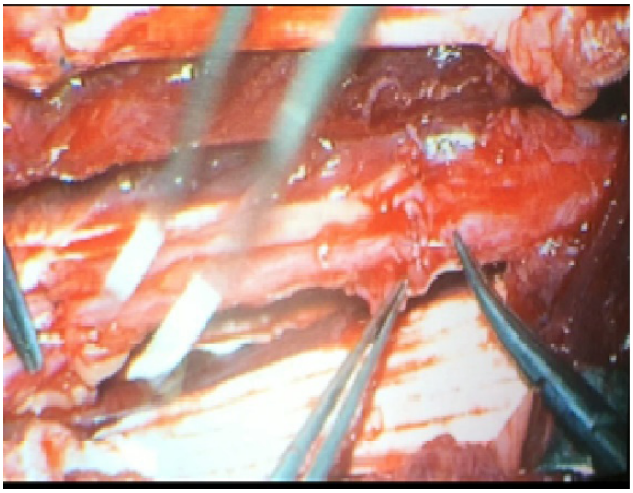
Emre Güvercin, Hakan Demirel, Celal Alioğlu, Arda Akgün, Cem Berkay Sınacı, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Üst ekstremite sinirlerinin interpozisyonel greftlerle onarımı gerilimsiz bir onarım sağlanması açısından bazı durumlarda gerekli olmaktadır. Klasik olarak sural sinir büyük miktarda sinir grefti gerekliliğinde dominant sinir kaynağı olmuştur. Median sinir onarımında sıklıkla 3 fasikül olarak kullanılır. Sinir grefti ile interpozisyonel onarımda genellikle onarım yapılan ucun kontralateralinde asistanın traksiyon yaparak gerginlik sağlaması onarımı kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmada traksiyon yerine eş zamanlı onarımla bu durumun aşılabileceği vurgulanmaktadır.

Vaka: Yirmi beş yaşında erkek hasta cama yumruk atma sonucu yaralanma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Eksplorasyonda el bileği seviyesinde tüm fleksör tendonlarda, ulnar ve median sinirde, radial ve ulnar arterde kesi saptandı. Median sinirin uçuca koaptasyona uygun olmadığı ve yaklaşık 5 cm gap olduğu görüldü. Hastadan 15cmlik sural sinir grefti alınarak 3 fasikül halinde hazırlandı. Eş zamanlı olarak 2 cerrah tarafından proksimal ve distal uca interfasiküler sinir grefti ile 9/0 naylon sütürle koaptasyon uygulandı. Postop dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Sinir onarımları kompleks arter-sinir-tendon-kas-kemik yaralanmaları gibi ciddi yaralanmalarda diğer yapılarla beraber yapıldığında genellikle sona bırakılır. Uzamış cerrahi süresi cerrahın performansında ve onarımın kalitesinde düşüşe sebep olabilmektedir. Eş zamanlı onarımla aynı zamanda kontrolateral tarafta koaptasyon yapan cerraha asistans yapılırken onarım da mümkün olacağından cerrahi süresi yarı yarıya kısalmış olur. Cerrahi turnike süresi azalır ve iskemi-reperfüzyon hasarı gibi sinir dokuda iyileşmeyi olumsuz etkileyen sebeplerin önüne geçilebilir.
1) Poppler LH, Davidge K, Lu JC, Armstrong J, Fox IK, Mackinnon SE. Alternatives to sural nerve grafts in the upper extremity. Hand (N Y). 2015 Mar;10(1):68-75.
2) Weber RV, Mackinnon SE. Bridging the neural gap. Clin Plast Surg. 2005 Oct;32(4):605-16, viii. Review.

Resim 1



Eş zamanlı onarım

P-311
Elde Elektrik Yanığına Bağlı Defektin Radial Önkol Flebi ile Rekonstrüksiyonu – Olgu Sunumu

Ahmet Kaplan, Murat İğde, Mehmet Onur Öztürk, Necip Cihan Hasçiçek, Asude Köksal, Sinem Sıngın, Mehmet Tapan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Tüm yanıklarda olduğu gibi elektrik yanıklarında da yanık çevresindeki iskemik, ödemli alanlarda ilerleyen günlerde nekroz görülebilir. Seri debridmanlar sonrası nekrozun ilerlemesi durduktan sonra rekonstrüksiyon planlanmalıdır. El yanıkları diğer yanıklardan daha özel ilgi isteyen yanıklardır ve hospitalizasyon gerektirir. El günlük yaşam aktivitelerimizin çoğunu gerçekleştirmek için kullandığımız bir organımızdır ve küçük bir alanda çok komplike motor, duyu ve dolaşım sistemleri barındırır. Elektrik yanıklarında yaralanmanın doğası gereği genellikle elektriğin giriş yeri el çıkış yeri ise ayaklardır. Tek parmaktan temas olan hastalarda çoğunlukla amputasyon gerekirken, geniş bir alandan elektrik teması olan hastalarda ise rekonstrüksiyonu zor, kemik veya vital yapıların açıkta olduğu defektler oluşur. Bu olgu sunumunda elektrik yanığına bağlı palmar bölgede defekti olan hastanın rekonstrüksiyon aşamalarını sunduk.

P-312
Çoklu Tetik Parmak: Olgu Sunumu

Derya Bingöl[1], İbrahim Avşin Öztürk[2], Mert Canlı[1], Özay Özkaya[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, El Cerrahisi Kliniği

Giriş: Tetik parmak, elde ağrı ve fonksiyon kaybının en sık sebeplerinden birisidir. Fleksör tendonun hareketi sırasında ortaya çıkan ağrı, takılma veya parmakta ekstansiyon kısıtlılığı ile bulgu veren hastalık, tüm parmakları etkileyebilmektedir(1). Kadınlarda 6 kat daha fazla görülen hastalığın en sık görüldüğü yaş aralığı 55-65 olarak bildirilmiştir(2). Yaşam boyunca tetik parmak olma insidansı literatürde % 2-3 olarak bildirilmiş olsa da, belirli sistemik hastalıklara sekonder olarak ortaya çıkan tetik parmak vakalarının insidansı daha fazladır. Tetik parmak ile en sık ilişkilendirilen hastalıklardan olan diabetes mellitus için tetik parmak görülme sıklığı %10-15 olarak bildirilmiştir(3). Bunun yanında romatoid artrit, gut, amiloidozis, böbrek hastalıkları ve hipotiroidi, tetik parmak ile ilişkili olduğu bilinen diğer sistemik hastalıklardır (4). Fleksör tendon kılıfının kalınlaşmasına bağlı olarak ortaya çıkan tetik parmak için travma öyküsü ve ellerin uzun süre aktif olarak kullanıldığı mesleklerden birine sahip olmak büyük önem taşımaktadır (3). Parmağın hem normal, hem de güç kullanımı sırasında en yüksek basınca maruz kalan A1 pulley, hastalıkta en sık etkilenen anatomik oluşumdur. Kalınlaşmış kılıfa bağlı olarak fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri ile tendonun sıkışması, inflamasyona ve tendonun kollajen yapısında değişikliklere neden olarak ilerleyen dönemde tendon üzerinde kalınlaşma ve nodül oluşumuna neden olmaktadır. Tetik parmak en sık birinci, üçüncü ve dördüncü parmakta görülmekte olup birden fazla parmağın etkilenme insidansı %20-24 olarak belirlenmiştir(5). Kortikosteroid enjeksiyonu ve cerrahi müdahale, tetik parmak için en sık kullanılan tedavi seçenekleridir. Steroid enjeksiyonu, tedavide daha çok ilk tercih olarak değerlendirilmekte ve tek parmakta 6 aydan kısa süredir mevcut şikayetleri bulunan hastalarda %93'e varan oranlarda tatminkar sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Cerrahi tedavi seçenekleri ise, daha çok steroid enjeksiyonundan fayda görmemiş ve şikayetleri altı aydan uzun süredir mevcut olan hastalar için endikasyon oluşturmaktadır. Cerrahi tedavi, nüks riskini azaltması ve semptomların operasyon sonrası dönemde kısa süre içinde tamamen ortadan kalkması nedeniyle sıkça tercih edilmektedir.

Olgu Sunumu: Kliniğimize her iki el parmaklarında hareketle ağrı ve takılma şikayetleri ile başvuran, aktif olarak sol elini kullanan 58 yaşında kadın hastanın yapılan muayenesinde, sol elin üçüncü, dördüncü ve beşinci parmakları ile sağ elin dördüncü ve beşinci parmağında aktif tam fleksiyon sonrası ekstansiyonda takılma izlenmiş olup evre 2 tetik parmak ile uyumlu bulundu. Hastanın her iki elinde, mevcut şikayetlerinin bulunduğu parmaklara ait fleksör tendonlarda A1 pulley seviyesinde palpe edilen nodülleri mevcuttu. Şikayetlerinin 4 sene önce sol elinde başladığını ve son bir yıldır sağ el parmaklarında da ağrı ve hareket kısıtlılığı oluştuğunu belirten hastanın diabetes mellitus tanısı olduğu ve son 6 senedir subkutan insülin tedavisi aldığı öğrenildi. Başka bir ek sistemik rahatsızlığı olmayan hastanın aile öyküsü negatif bulundu. Her iki ele yönelik olarak yapılan radyografik incelemede patoloji saptanmayan hasta için, tetik parmakla ilişkili olduğu bilinen romatoid artrit, diabetes mellitus, hipotiroizm ve olası böbrek rahatsızlıklarının değerlendirilmesi amacıyla gerekli tetkikler istendi. Kan şekerinin yüksek ve düzensiz syrettiği saptanan hastanın HbA1c değeri 7.2 olarak belirlendi. Her iki elinde benzer şikayetleri olan hastanın, özellikle

sol elinde ev işlerini yapmasını kısıtlayacak derecede ağrı ve hareket kısıtlılığı tariflemesi nedeniyle sol el üçüncü, dördüncü ve beşinci parmağa yönelik operasyon planlandı. Dijital blok ve sedasyon altında opere edilen hastada, palpe edilen nodüllerin mevcut anatomik pozisyonu ile uyumlu olarak longitudinal insizyonlar yapıldı. Fibrotik izlenen pulley üzerine yapılan insizyon ile fleksör tendon serbestlendi. Hastanın aktif fleksiyonunda mevcut takılma şikayetinin düzeldiği ve parmak fonksiyonlarının tam olarak kazanıldığının görülmesi ardından operasyon sonlandırıldı. İki hafta pansumanla takip edilen hastanın, postoperatif 3. ayda yapılan kontrolünde parmak hareketlerinin doğal olduğu, şikayetlerin tamamen ortadan kalktığı görüldü. Hastanın sağ el dördüncü ve beşinci parmağında mevcut rahatsızlığı nedeniyle sağ eline yönelik operasyonu planlandı.

Tartışma: Tetik parmak tedavisinde, steroid enjeksiyonun başarı oranı yaklaşık olarak %93 olarak belirlenmişse de, birden fazla parmakta tetiklenme şikayeti bulunan hastalarda bu yüzdenin çok daha düşük olduğunu gösteren klinik çalışmalar mevcuttur(6, 7,8). Bir çalışmada, çoklu tetik parmak şikayeti bulunan hastada steroid tedavisinin başarı oranı %50 den düşük olarak belirtilmiştir(6). Etkilenen parmak sayısı dışında, semptomların uzun süredir var olması ve diabetes mellitus öyküsü de steroid enjeksiyonu tedavisinin başarı şansını düşürmektedir(5, 6, 8). Lokal anestezi ile yapılacak kısa bir operasyonun ardından parmak fonksiyonlarının en kısa sürede normale dönmesi ve steroid tedavisi ile karşılaştırıldığında nüks oranlarının oldukça düşük olması, cerrahi tedaviyi tetik parmak tedavisinde ideal tedavi seçeneği haline getirmektedir(9, 10). Cerrahi tedaviye göre daha az invazif bir işlem olması nedeniyle tercih edilebilir bir yöntem olan steroid tedavisinde nüks oranının %56'ya ulaşabildiği (10) ve ilk dozda başarısızlık oranının %37.5 ile %75 arasında olduğu göz önüne alınırsa, yapılan birçok çalışmada komplikasyon riski %5'in altında olduğu gösterilen cerrahi tedavi seçeneğinin steroid enjeksiyonuna göre daha ön planda tercih edilmesi uygun olacaktır(11).

Sonuç: Eşlik eden sistemik hastalığı bulunan, semptomları 6 aydan uzun süredir mevcut çoklu tetik parmak olgularında cerrahi tedavi, steroid tedavisine göre tek seansta sağladığı yüksek başarı oranı ve düşük nüks riski nedeniyle ön planda tercih edilebilir.

1- Bunnell S. Injuries of the hand. In: Surgery of the hand. Philadelphia: JP Lippencott; 1944
2 - Koh S, Nakamura S, Hattori T et al. Trigger digits in diabetes: their incidence and characteristics. J Hand Surg Eur Vol 2010 35: 302-5.
3- Stahi S, Kanter Y, Karnielli E. Outcome of trigger finger treatment in diabetes. J Diabetes Complications. 1997, 11: 287–90.
4- Green D. Operative Hand Surgery. 5th ed. New York: Elsevier, Churchill Livingstone; 2005: 2141, 1464, 2137
5 - Fahey JJ, Bollinger JA. Trigger-finger in adults and children. J bone Joint surg Am. 1954; 36:1200-18
6- Benson LS, Ptaszek AJ. Injection Versus Surgery in the Treatment of Trigger finger. J Hand Surg 1997; 22A:138-144
7- FaunØ P, Anderson HJ, Simonsen O. A Long-Term Follow-Up of the effect of Repeated Corticosteroid Injections for Stenosing Tenovaginitis. J Hand Surg [Br] 1989; 14: 242-43.
8- Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: When to splint, inject or operate. J Hand Surg 1992; 17A:110-3.
9- Nimigan AS, Ross DC, Gan BS; Steroid injections in the management of trigger fingers. Am J Phys Med Rehabil 2006; 85:36-43
10- Yavari M., Hassanpour SE., Mosavizadeh SM. Multiple Trigger fingers in a musician: A case report. Archives of Iranian Medicine 2010; 13(3): 251-52.
11- Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of Surgical Treatment of Trigger Finger. J Hand surg 1997; 22A:145-149

P-313
Dirsek Bölgesi Defektlerinin Rekonstruksiyonunda; Lateral İnterkostal Arter Perforatör Flep Kullanımı

Reşit Burak Kayan, İsmail Melih Kuzu, Emre Gönenç Baygöl, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Dirsek bölgesi, travmaya çok açık bir bölge olmakla birlikte, bu bölgede oluşan her türlü defekt ciddi rekonstruktif girişimler gerektirmektedir.Dirsek bölgesinin cilt ve yumuşak dokusunun ince olmasının yanında kemik ve eklem yüzeyine direkt komşuluk göstermesi bu bölge defektlerinin rekonstruksiyonunda kullanabileceğimiz seçenekleri kısıtlamaktadır.Ayrıca bu bölgedeki lokal fleplerin yetersiz olması ve dönor alanlarının primer kapatılamaması, uzak flepler için ise dirsek bölgesi ve çevresindeki alıcı damarların kısıtlı olması bu bölgeye yapılacak her türlü rekonstruktif cerrahinin neden bu kadar zorlayıcı olacağını bize açıklamaktadır. Biz kliniğimize başvuran 2 hastanın dirsek bölgelerindeki; eklem kapsülü ve kemiğin ekspoze olduğu cilt ve yumuşak doku defektlerinin rekonstruksiyonunda kullandığımız pediküllü lateral interkostal arter perforatör flebi(pLİCAP) ve postoperatif sonuçlarını sizlerle paylaşmak istedik.

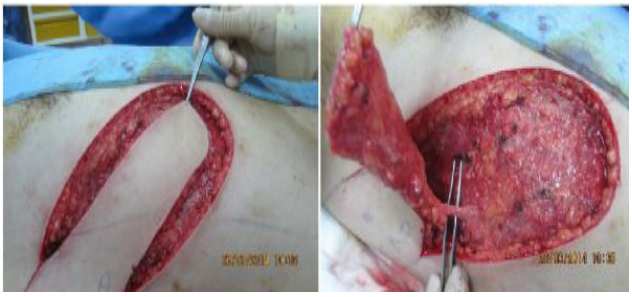
Olgular: Hastalarımızdan biri 43 yaşında diğeri 22 yaşında ve ikiside ateşli silah yaralanması sonrası sağ ve sol dirseklerinde var olan kirli bir yaralanma ile tarafımıza başvurdu.Hastalar o gün acil şartlarda yara debridmanına alındılar.Her iki hastanın da yara debridmanı sonrası olekranon ve lateral epikondili açık hale gelmişti.Hastalar 3 gün ıslak pansuman ile takip edildikten sonra, defektlerin rekonstruksiyonu için hastalara pLİCAP flebi planlandı. Hastalar supin pozisyonda genel anestezi altında steril olarak hazırlandıktan sonra 10 ve 11. Torakal kostalar işaretlendi. Flep göğüs kafesi eksenine paralel olarak dizayn edildi ve flep posterior sınırı posterior aksiller hatta kadar uzatıldı. Ardından T10 ve T11. interkostal aralıklarda interkostal perforatörler dopler ultrason yardımı ile işaretlendi.Flep disseksiyonuna anterior insizyonla başlandı. Flebe derin fasya dahil edilerek, interkostal aralıklara kadar dikkatli bir disseksiyon ile perforatörler ortaya kondu.(Resim.1) Flebin sadece posterior sınırında 4 cm'lik alana insizyon yapılmadı ve flepler saplı olarak bırakıldı, flepler ardından dirsek bölgesindeki defekte sütüre edildi.Flep donör alanlarına 1'er adet dren konularak primer sütüre edildiler. Hastalar ertesi gün taburcu edildi ve 3'er hafta sonra fleplerin posteriorundaki cilt adasının da ayrılması için hastalar yatırıldı.(Resim.2) Fleplerde ve donör alanda herhangi bir komplikasyon ve yara iyileşme problemi yaşanmadı. (Resim.3) Hastalar 4'er hafta dirsek hareketleri açısından ileri rahabilitasyon gördüler.

Tartışma: Dirsek bölgesi, buradaki cildin inceliğinden dolayı ve altında herhangi bir kas dokusu veya yeterli yumuşak doku olmamasından dolayı maruz kalınan travmalar sonrası onarımı çok zor yaraların oluştuğu bir alandır.Ayrıca bulunduğu anatomik bölge itibariyle önkol ve koldaki lokal fleplerin kısıtlı olması, oluşan defektin boyutlarında bir lokal

flep kaldırılamaması veya flep donör alanında görülen kötü kozmetik sonuçlar nedeniyle dirsek bölgesindeki defektlerin rekonstruksiyonunda çevresel lokal fleplerin kullanımı kısıtlıdır.Bu bölgedeki cildin çok ince olması ve altında yeterli yumuşak doku olmaksızın kemik ve eklem yüzeyine komşu olması dolayısıylada bu bölgenin rekonstruksiyonu greftler ile de çok mümkün olamamaktadır.Ayrıca kol ve önkolun arteriyel ve venöz ağının çok basit ve kısıtlı olması da uzak flep seçeneği düşündüğümüzde alıcı damar problemleri ile bizi karşı karşıya bırakmaktadır.Tüm bu sebeblerden ötürü dirsek bölgesi ve çevre dokularındaki cilt ve yumuşak doku defektlerinin rekonstruksiyonunda farklı bir rekonstruksiyon seçeneği olan ve aslında bu bölge defektleri için biçilmiş kaftan olduğunu düşündüğümüz pLİCAP flebi ile hasta da donör alan morbiditesi oluşturmadan, risksiz bir şekilde ve kozmetik olarak da kabul edilebilir tarzda bu bölge defektlerinin kapatılabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç: pLİCAP flebi; kolay ve basit flep disseksiyonu, donör alan morbiditesi olmaması, mikrocerrahinin getirdiği riskleri taşımaması, istenilen boyutlarda-geometride flep tasarlanabilmesi ve özellikle dirsek bölgesine pediküllü aktarımın çok kolay olması, dirsek bölgesi cilt ve yumuşak dokusunu fonksiyonel ve kozmetik olarak çok iyi taklit edebilmesi nedeniyle dirsek bölgesi defektlerinin rekonstruksiyonunda akıldan çıkarılmaması gereken bir seçenektir.

resim.1



resim.2



resim.3



P-314
Sağ ayak birinci parmakta makrodaktili olgusu

Ahmet Biçer, Mehmet Erdem, Burak Sercan Erçin, Ufuk Bilkay, Cüneyt Özek
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Nadir bir konjenital anomali olan makrodaktili elin ve daha nadir olarak ayak parmaklarının olması gerektiğinden büyük oluşu ile karakterizedir. Aşırı büyüme hem kemik hem de yumuşak dokuda gözlenmektedir. Makrodaktili bazı sendromların bileşeni olarak da, sporadik olarak da görülebilir. Fonksiyonel ve görsel özelliklerindeki farklılıklara bağlı olarak uygulanacak cerrahi tedavi şekli de farklılık göstermektedir. Bu yazıda sol ayak birinci parmağında makrodaktilisi olan dört yaşında kız hasta ve bu hastaya uyguladığımız cerrrahi yöntemi sunmayı amaçladık.

Bulgular: Dört yaşında kız hasta sol ayak birinci parmakta belirgin büyüklük ve ayakkabı giyememe şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sol ayak birinci parmakta makrodaktili ve distal falanksta dorsale angulasyon gözlendi. Ayak düz grafisinde sol ayak birinci parmak falanksları ve metatarsı normalden büyük olarak gözlendi. Makrodaktili ile birlikte görülen sendromlar açısından araştırılan hastada herhangi bir sendroma ait bulgu saptanmadı. Cerrahi olarak hastanın sol ayak birinci parmağında PİP ve MTF eklemleri ortaya konduktan sonra epifizyoliz yapıldı. Distal falanks distalinden kama şeklinde kemik eksize edilerek debulking yapıldı. Kemikte yaş ağaç kırığı oluşturularak angulasyon giderildi ve Kirschner teli uygulandı. Kemik eksizyonu yapılan alandan yumuşak dokuya da debulking uygulandı. Postoperatif bir sorunla karşılaşılmadı.

Tartışma: Nadir bir konjenital anomali olan makrodaktili tedavisinde günümüze kadar birçok cerrah teknik kullanılmıştır. Çok nadir görülen ayak yerleşimli makrodaktili hastalarında herhangi bir teknik tanımlanmamış ve basit el makrodaktili tedavi teknikleri kullanılmıştır. Makrodaktili tedavisinde parmak ampütasyonu, epifizyoliz, yumuşak doku tıraşlama operasyonuyla beraber total veya kısmi falanks rezeksiyonu ve ray ampütasyonu önerilen yöntemlerdir. Hastamız çocuk olduğundan ve parmak boyutlarının erişkin büyüklüğünde gözlendiğinden dolayı epifizyoliz, anormal dorsal angülasyon içinse distal falanks kama eksizyonu uygulandı.

foto 1



x-ray



P-315
Açık Karpal Tünel Cerrahisi Sonucu Meydana Gelen Nadir Bir Komplikasyon: Fleksör Tendon Kesisi

Fatih Ceran, Muzaffer Kurt, Salih Onur Basat, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Karpal tünel sendromu, median sinirin karpal tünel seviyesinde sıkışması sonucu meydana gelen belirti ve bulgularla karakterizedir. Tedavi elektrofizyolojik çalışmaların, belirti ve bulguların durumuna göre planlanmaktadır ve fiziksel terapi, medikal tedavi, splintleme, karpal tünele steroid enjeksiyonu ve cerrahi tedavinin ayaklarını oluşturmaktadır. Konservatif tedavilerden fayda görmeyen ileri derece karpal tünel sendromu bulguları olan hastalara cerrahi tedavi planlanmaktadır. Açık cerrahi tedavi sonucu hastalar fayda görmekle beraber çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Komplikasyonlar erken ve geç dönem olmak üzere ikiye ayrılır. Sıklıkla görülen erken komplikasyonlar inkomplet serbestlemesi, ulnar veya median sinir hasarına bağlı nöropraksi, rekürren motor ya da palmar kutan dalın zedelenmesi, süperfisyal palmar ark veya ulnar arter yaralanmasıdır. Kesi skarına bağlı hassasiyet, pillar ağrı, yakalama fonksiyonunda kısıtlılık, refleks sempatik distrofi ve fleksör tendonlarda bow string gelişmesidir. Biz de açık karpal tünel cerrahisi sonucu meydana gelen fleksör tendon kesisi vakasını sunmaktayız.

Olgu: 6 ay önce dış merkezde açık karpal tünel cerrahisi olan 55 yaşında bayan hasta tarafımıza başvurdu (Şekil). Hastanın karpal tünel sendromu şikayetlerinde azalma olmakla beraber 5. Parmak distal interfalengeal eklemde aktif fleksiyon yoktu. Bunun dışında fiziki muayenede bulguya rastlanmadı. Genel anestezi altında eksplorasyon yapıldı. Nörovasküler yapılar salim gözlendi. 5. Parmak fleksör digitorum profundus tendonunda kesi görüldü. Tendon güdüğü ve proksimali tazelendi. Primer olarak onarım gerçekleştirilemedi. Palmaris longus tendon grefti alınarak pulvertaft yöntemi ile onarım yapıldı.

Bulgular: Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülmedi. Erken dönem fizik tedaviye başlandı. Rüptür görülmedi.

Sonuç: Karpal tünel açık cerrahisi el cerrahisinin köşe taşı ameliyatıdır, basit bir ameliyat olmakla beraber bazı zorlukları da yanında getirmektedir. Operasyon esnasında cerrahi alanı iyi bir şekilde gözlemlemek ve lüzumu halinde kesi hattının genişletilmesinden kaçınmamak gerekir. Bu vakamızda olduğu gibi gereksiz ve ekstensif sinovektomilerden kaçınmak gerekir.

Şekil



Hastanın preoperatif görüntüsü

P-316
Genç bir hastada alt ekstremite ülserasyonunun son derece nadir bir nedeni: "Prolidaz eksikliği"

Yasin Öztürk[1], Kadri Özer[2], Yüksel Kankaya[1], Ali Sadioğlu[1], Uğur Koçer[1]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Kronik alt ekstremite ülserasyonu orta yaş ve ileri yaş popülasyonunun yaklaşık olarak %1'ini etkilemektedir. Bu ülserasyonların orijini, sıklıkla komplekstir ve az anlaşılagelmiştir. Biz burada, genç bir kadın hastada kronik alt ekstremite ülserasyonunun alışılmadık bir nedenini sunmayı amaçladık. 16 yaşında kadın multipl sayıda, ovoid şekilli, 2 santimetreden daha küçük boyutlara sahip her iki ayak, bacak ve uylukta oluşan ve bir travma hikayesinin olmadığı ülserasyonlar ile polikliniğimize başvurdu. Önceki medikal dosyası incelendiğinde, üç yaşında iken tanısını aldığı prolidaz eksikliği olduğu görüldü. Bu bilgi elde edildikten sonra, hastaya %5 prolin-glisin içeren pomad ile topikal tedavi başlanarak proteinden zengin diyet önerildi. İki aylık takip sonrasında tüm ülsere lezyonların sorunsuz ve tatminkar iyileştiği görüldü. Prolidaz bilindiği üzere prolin veya hidroksiprolin amino asitlerinin olduğu dipeptitleri bölen bir enzimdir, böylelikle

bazı proteinlerin yıkımının son basamağında esas oalrak görev almaktadır. Eksikliğinde, yıkılamayarak biriken dipeptitler ile hücre ölümlerine sebebiyet vermektedir. Hücrelerin ölümü ile de, içerikleri çevre dokulara yayılmakta inflamasyon gelişmekte ve cilt problemleri doğmaktadır. Literatüre bakıldığında bu hastalığa sahip birey sayısının 70 adet olduğu raporlanmıştır. Bu vaka raporu, her ülserasyonun patofizyolojisine yönelik detaylı anamnez ve araştırmaların yapılarak etiyolojiye yönelik yapılacak tedavinin başarıyı getirdiği belirtilebilir. İyileşmeyen ve alışılmadık ülserlerle karşılaşıldığında, hekimler nadir ve belki de çok nadir tüm etiyolojileri de aklına getirebilmeli, genetik hastalıkları da göz önünde bulundurmalıdır.

Resim 1



Sağ ayakta görülen en büyüğü 2 cm olan ülserasyonlar

P-317
Travmatik Total Üst Ektremite Amputasyonu: Vaka Sunumu

Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Ahmet Kaplan, Mehmet Onur Öztürk, Sinem Sıngın, Alper Burak Uslu
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Ankara

Travmatik total üst ekstremite amputasyonu oldukça nadir ve büyük morbidite hatta mortaliteye sebep olabilen yaralanmalardan biridir. İlk olarak Belchier tarafından 1737 yılında bildirilmiştir. Literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Ilk cerrahi total üst ekstremite amputasyonu Ralp Cuming tarafından yapılmıştır. Biz bu vakada total sol üst ekstremite amputasyonu olan hastanın acil servisten taburculuğuna kadar olan tecrübelerimizi ve replantasyonu esnasında yaşanılan güçlükleri sunmayı amaçladık. (Total amputasyon şeklinde olabildiği gibi cildin intakt olduğu skapulotorasik disassosiyasyon şeklinde de olabilir. Skapulotorasik disassosiyasyonsa; kapalı şekilde skalpula ve üst ekstremitenin total olarak toraksdaki bağlantılarından ayrılması olarak tanımlanmıştır.)
Vaka Sunumu: 37 yaşında sağ eli domintant taş ocağı işçisi erkek hasta sol önkolunu taş kırma makinasına kaptırması sonucu sol üst ekstremitesinin skapulayla birlikte toraks duvarından avülse olarak total ampute olduğu izlendi. Hastanın hastanemiz acil servisine olayın 30. Dakikasında 112 ekipleri tarafından getirildiği öğrenildi. Hastanın geldiğinde amputasyon güdüğünde baskılı ıslak pansuman olduğu, hastanın aktif kanamasının olmadığı, amputatın soğuk zincire uygun şekilde transfer edildiği izlendi. Hastanın acil servisteki vital bulguları şöyleydi: nabız 85/dk, solunum sayısı 17/dk, kan basıncı 130/70 mmHg idi. Hastaya acil serviste sağ femoralden santral katater açılarak hızlı laktatlı ringer infüzyonu başlandı. Hastanın kan grubu, cross-match'i, hemogram ve biyokimyasal değerleri laboratuar haberdar edilerek çok acil olarak çalışıldı. Hastaya 5 ünite eritrosit süspansiyonu acil cross match yapılarak hazırlatıldı. Hastanın gönderilen ilk hemogramında hemoglobulin değeri 13.2 g/dl, hematoktriti %38.9 olarak raporlandı. Hasta ivedilikle ortopedi ve göğüs cerrahisi tarafından da değerlendirildi. Anestezi ve reanimayon kliniğine haber verilerek acilen replantasyon operasyonuna alınmak üzere ameliyathaneye alındı. Ortopedi, göğüs cerrahisi tarafından hasta ameliyathanede değerlendirildi. Sıcak iskemi süresinin uzamaması için arter ve ven onarımı yapılarak ekstremiteye ivedilikle kan akımı sağlandı. Daha önce acil serviste hastayı değerlendiren ortopedi ve göğüs cerrahisi bölümlerine intraop hast kemik fiksasyonu yapılması için konsülte edildi. Her iki bölüm tarafından ampute uzvun skapula ile kotlar, vertebralar ya da klavikula arasında bir kemik fiksasyonu sağlanamayacağı belirtildi. Bu işlemler sırasında kol dolaşımı başta iyi seyretse de dirsek distalindeki ikinci ezilme hattında daha distale tüm operasyon süresi boyunca kan akımının iyi olmadığı izlendi. Tüm koşullar değerlendirilerek diğer bölümler tarafından kemik fiksasyonunun sağlanamaması, ven grefti dahil olmak üzere yapılan tekrarlayıcı arter ve ven onarımlarına rağmen 2. Ezilme seviyesi distalinde net bir kan akımı sağlanamaması ve hastanın operasyon boyunca major transfüzyon gerektirecek düzeyde volüm kaybetmesi göz önünde bulundurularak ilgili tüm bölümlerin ortak kararı ile hastanın kolunun sitemik dolaşımdan ayrılması ve güdük kapatılması kararı alındı. Klavikula ronger ile yendi. Tüm arter ve ven yapıları en az 2 düğüm olacak şekilde bağlandı. Brakiyal pleksus uçları nöroma oluşumunu önlemek için koterize edilerek yumuşak doku ve kaslar içerisine gömüldü. Ekspoze tüm arter/ven/sinir yapıların üzeri mevcut yumuşak doku ve kaslarla kapatılarak 2 adet Hemovac® dren yerleştirilmesini takiben sol omuz güdüğü kapatıldı. Hastaya operasyon süresince 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Postop kontrol hemogramı 11.3 g/dl olarak izlendi. Hasta postoperatif 24 saat yoğun bakımda takip edildi. Postop 1. Gün hasta servisimize alındı. Postop 3. Gün fantom ağrı tarifleyen hasta psikiyatri kliniğine danışıldı. Psikiyatri kliniğince Xanax® 0.5 mg 1x1/2 başlandı. Hastanın izleminde amputasyon güdüğünde hematom, yara yerine ayrılma, enfeksiyon bulguları olmaması üzerine postop 6. günde taburcu edildi.

Tartışma: Travmatik üst ekstremite total amputasyonu; kol, skapula, klavikula ve pektoral kasların şiddetli gerim kuvvetine maruz kalarak parçalanmasıyla meydana gelir. Genelde gövde bu kuvvete direnç gösteren sabit ünitedir. Kaza esnasında şiddetli kanama sonucu ölüm meydana gelebilir. Bununla birlikte minimal kan kaybının olduğu da bildirilmiştir. Bizim vakamızda olay yerinde hızlı bir müdehale sonucu hastanın kanaması kontrol altına alınmıştır. Cerrahi esnasında subklavyen arter ve ven tromboze izlenmiştir. Kan akımının sağlanmış olmasına rağmen kemik fiksasyonunun başarılı bir şekilde yapılamaması nedeniyle ve ön kol düzeyindeki travma distalinde akımın sağlanamaması nedeniyle başarılı bir replantasyon sağlanamamıştır. Literatürde üst ekstremitenin skapulayla birlikte total amputasyonu sonrasında kemik fiksasyonuna yönelik herhangi bir veri bulunmamaktadır. Literatürde tavsiye edilen tedavi kanama kontrolünün sağlanarak kaybedilen kan volümünün replase edilmesi, yaranın debridmanı, ekspoze damar ve sinir yapıların ligasyonu ve mümkünse bir kas flebiyle üzerlerinin kapatılması şeklindedir. Aşırı yara kontaminasyonu durumunda gecikmiş cilt kapatma ya da greftleme seçenekleri önerilmektedir. Gelişen teknolojiyle birlikte mikrocerrahi teknikteki ilerlemeye rağmen günümüzde ekstremite fiksasyonunun sağlanamaması nedeniyle bu tip amputasyonlarda çaresiz kalınmaktadır.

P-318
İdiyopatik genç jinekomasti hastalarının seksüel fonksiyonlarının ve hormon profillerinin sağlıklı erkeklerle kaşılaştırılması

Emin Sır[1], Oktay Üçer[2], Yasin Ceylan[3], Alper Aksoy[4], Melike Güngör[1]
[1]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[2]Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa
[3]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
[4]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa

Amaç: Çalışmada genç sağlıklı erkeklerle, jinekomasti hastalarının seksüel fonksiyonları ve hormon profillerinin karşılaştırılmasıdır.

Materyal-Metod: Çalışmaya 49 jinekomasti hastası ve 30 adet sağlıklı control grubu dahil edildi. Her iki grubun serum FT3, FT4, TSH, FH, LH, prolaktin, östradil, total testosteron, serbest testosteron, DHEASO4 ve total PSA değerlerine bakıldı. Her iki grubun seksüel fonksiyonları IIEF (uluslararası ereksiyon işlev değerlendirme formu) ile değerlendirildi. Hormon değerleri ve IIEF skorları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Ortalama yaş, BMI, sağ ve sol testikuler hakim her iki grupta benzer bulundu. Ortalama FSH ve T3 değerleri hasta grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0.008 ve p=0.03). Her iki grubun diğer hormon değerleri istatistiksel olarak benzerdi. Ortalama IIEF skorları hastalarda 59.10±9.17, kontrol grubunda 65.24±5.52 olarak değerlendirildi (p=0,004). IIEF erektil fonksiyon, orgazmik fonskiyon ve seksüel tatmin skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (p<0.001, p=0.004 ve p=0.001). Ortalama IIEF istek skoru hasta grubunda kontrol grubuna gore daha yüksek bulundu (p=0.002).

Tartışma: Çalışmada FT3 ve FSH harici diğer hormon değerleri her iki grupta benzer olarak bulunmuştur. Jinekomasti, erkekleri seksüel olarak etkileyen bir durumdur. Jinekomasti cerrahisi öncesi ve sonrasında hastaların erektil fonksiyonlarının değerlendirilmesi için daha ileri çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

P-319
Yetişkinlerde konjenital tek taraflı alt dudak paralizisinin tedavisinde botulinum toksin tip-A kullanımı

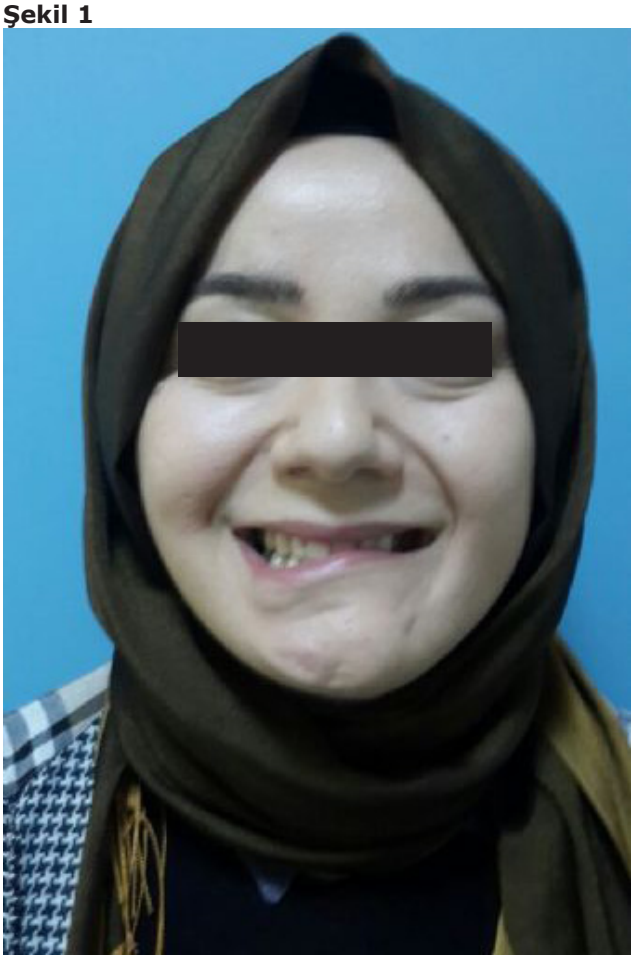
Billur Sezgin[1], Bora Özel[2]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kırıkkale

Giriş: Konjenital tek taraflı alt dudak paralizisi (CULLP), ağzın tek tarafındaki depresör anguli oris kasının doğumsal agenezisi veya hipoplazisi sonucunda gelişmektedir. CULLP klinik olarak çok rahatlıkla tanınabilmektedir çünkü bu hastalar özellikle gülerken veya ağlarken ağızlarının tek tarafında çekilme şikayeti ile başvururlar. Fasiyal paralizide tercih edilen askı teknikleri gibi cerrahi yöntemler bu hastalarda da kullanılabilmektedir ancak etkilenmemiş taraftaki kasın kuvvetsizleştirilmesi ilkesine dayanan pasif yöntemler daha popülerdir. Yetişkin CULLP olgusunda botulinum toksin tip-A ile tedavi yöntemi sunulmuştur.

Olgu: Dokuz ve yirmi iki yaşında akraba olmayan iki bayan hasta sol taraflı doğumsal alt dudak paralizisi sebebi ile başvurdu. Hastalar alt dudakta çekme şikayetlerinin özellikle güldükleri zaman belirginleştiğini ifade ettiler (Şekil 1 ve 2). Tedavi alternatifleri hastalar ile tartışıldı ve yetişkin hastada botulinum toksin tip-A uygulamasına karar verildi. Dokuz yaşındaki hastanın ebeveynleri sosyal sebepler ile tedavi için bir yıl bekleme kararı aldılar. Hastanın şikayeti gülme ile belirginleştiği için öncelikle hasta hem istirahat halinde hem de gülme halinde değerlendirilip depresör anguli oris kasının net topografisi ortaya kondu. Kasın sınırları ortaya konduktan sonra kas gövdesinin biraz mandibula tarafında yakın olacak biçimde orta noktası enjeksiyon yeri olarak işaretlendi. Kendi uygulamamızda yaklaşık 10 ünite botulinum toksin tip-A'nın (Botox®, Allergan, ABD) simetriyi sağlamak için yeterli olduğunu izlendi (Şekil 3). Ek doz ihtiyacı açısından hasta ikinci haftada tekrar kontrole çağırıldı ancak uygulama yapılmadı. Etki yaklaşık 5 ay boyunca sürdü ve bu süre sonunda uygulama tekrar edildi. Hasta tedaviden çok memnun olduğunu dile getirdi ve cerrahi alternatifler kendisi ile paylaşılsa da botulinum toksin tip-A ile tedaviye devam etmek istediğini belirtti.

Tartışma: CULLP hastaları sosyalleşme esnasında istemsiz olarak alt dudaklarında tek taraflı çekilme sebebiyle psikososyal stres yaşamaktadırlar. Çok sık karşılaşılmayan bu doğumsal patolojinin sıklığı her 160 canlı doğumda 1'dir, bu nedenle tedavi alternatifleri çok yaygın olarak bilinmemektedir. Botulinum toksin tip-A yetişkinlerde birçok kozmetik ve kozmetik olmayan amaçla geniş bir yelpazade kullanılmaktadır. Bunların arasında migren tipi başağrısı, tortikolis, distoniler ve fasiyal paralizi sayılabilmektedir. Botulinum toksin tip-A benzer şekilde çocuklarda da birçok kozmetik dışı alanda kullanılmaktadır. İsken ve ark. 16 aylık ve 4 yaşında iki genç CULLP olgusunda botulinum toksin tip-A ile başarılı tedavi bildirmişlerdir. Çalışmalarında etkilenmemiş kasın kuvvetsizleştirilmesi amacıyla 6-8 ünite kullanılmıştır. Bizim hastamız yetişkin olduğu için 10 ünite ile başarılı sonuç elde edilebilmiştir. Yetişkin erkek hastalarda daha da yüksek dozlara iytiyaç duyulabileceği akılda tutulmalıdır. Bu doğumsal patolojinin her ne kadar cerrahi tedavi alternatifleri de olsa, botulinum toksin tip-A yüz simetrisinin geçici bir şekilde sağlanmasına olanak tanıyan, hasta ve hekim memnuniyeti oldukça yüksek, etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir.

Şekil 1



22 yaşında bayan hasta, sol taraflı doğumsal alt dudak paralizisi ile başvurdu

Şekil 2



9 yaşında bayan hasta, sol taraflı doğumsal alt dudak paralizisi ile başvurdu

Şekil 3



Sağ taraftaki depresör anguli oris kasına 10 ünite botulinum toksin tip-A uygulamasını takiben hastanın işlem sonrası 10.gün görüntüsü

P-320
Geç tanı almış konjenital pitoz ve senil pitoz beraberliğinde tek taraflı konjenital pitoz onarımı; Olgu sunumu

Çağla Çiçek, Dürdane Keskin, Candemir Ceran, Mustafa Erol Demirseren
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Hayatın ilk bir yılı içerisinde meydana gelmiş olan blefaroptozis, konjenital pitoz olarak adlandırılır. Genellikle ilerleyici olmamakla beraber tedavisiz bırakılan olgular görme gelişimi ve fonksiyonlarında azalma hatta ambliyopi ile sonuçlanabileceğinden erken tanı ve tedavisi önemlidir.

Olgu: 53 yaşında bayan hasta polikliniğimize doğuştan beri olan, ilerlemeyen ancak boyun bölgesinden geçirilen bir operasyon sonrası belirginleştiğini beyan ettiği üst göz kapağı düşüklüğü şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın geçirilmiş operasyonu ile ilgili yeterli anamnez alınamaması nedeniyle hastada tek taraflı 3. Kraniyal sinir felci olabileceği düşünüldü ancak superior rectus kasının fonksiyonunda kayıp olmaması nedeniyle bu tanıdan uzaklaşıldı. Hastanın

sağ frontal kasını görme alanını genişletmek için hipertonik tuttuğu gözlendi. Hastaya unilateral (sağda) konjenital pitoz tanısı konulmasının ardından pitoz miktarı 4 mm, levator fonksiyonu ise 10 mm olarak ölçüldü. Levator kas fonksiyonu yeterli olarak değerlendirilen hastanın lokal anestezi altında levator kası diğer üst göz kapağı ile simetri sağlanacak şekilde rezeke edildi ve ilerletildi. Postoperatif dönemde dren uygulanmayan hastada erken ve geç dönemde komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Üst göz kapağının kaldırılması 3. Kraniyal sinirle uyarılan levator palpebralis superior tarafından sağlanır. Kas fonksiyonunun kaybına neden olabilecek bir çok faktör tanımlanmıştır bu nedenle cerrahi teknik seçiminde etyolojinin önemi unutulmamalıdır. Cerrahi teknik seçiminde bir diğer önemli faktör ise pitoz ve levator kas fonksiyonunun miktarıdır. Hastamızda beraberinde senil pitoz da tespit edilmesine rağmen operasyon öncesi hasta ile beraber karar verilerek kazanılmış pitozuna yönelik operasyon planlanmadı. Mevcut levator fonksiyonunun 10 mm olması nedeniyle hastaya levator rezeksiyonu yapıldı ve kas ilerletildi. Hastanın postoperatif dönemde senil pitozu ile beraber değerlendirildiğinde kapak seviyelerinin eşitlendiği ve kabul edilebilir sonuç elde edildiği görüldü. Konjenital pitoz ve kazanılmış pitozun beraber görülebileceği unutulmamalı ancak etyolojik nedenlerin farklı olması dolayısı ile cerrahi tekniğin değişebileceği bu nedenle sadece konjenital pitoz onarımı ile dahi simetri sağlanabileceği unutulmamalıdır.

P-321
Fasiyal plastik cerrahide komplikasyonlar, nedenleri, tedavi yöntemleri ve kriz yönetimi

Yasar Sarigül
Lacomed clinic

Fasiyal plastik cerrahi, estetik cerrahinin prezentasyon alanıdır. Bu alanın iyi kullanılması hem hasta hem hekimler için büyük önem taşır. Ancak sık karşılaşılan fasiyal plastik cerrahideki sorunlar hala en önemli sorunların başında gelmektedir. Yaklaşık 25 yıldan beri karşılaşılan sorunların çözümü için uyguladığımız yöntemler, bunların erken ve geç dönem sonuçları, vakalar üzerinde foto ve video görseli eşliğinde anlatıldı.

Uygun ameliyat tekniğinin planlanmaması, ameliyatlarda kullanılan (silikon, mech, alcamid vs. dolgu maddeleri gibi) materyallerin erken ve geç dönem komplikasyonları, zamanında müdahale ile önlenebilir komplikasyonlar, genetik hastalık zeminde uygulanabilir plastik ameliyatlar, Agressiv veya korkak cerrahinin sonuçları ve bunların düzeltilme yöntemleri, postop. dönemdeki kör noktalar örneklerle anlatıldı.

Komplikasyon nedenleri ve komplikasyon cerrahisindeki tekniklerin, kısa ve uzun süreli takiplerdeki sonuçlar, pratik ve uygulanabilir olma özelliklerine göre sunuma alındı.

P-322
100 CM Altındaki Kısa Boylu İki Hastada Küçültme Mammoplastisi

Özlenen Özkan[1], Mehmet Can Ubur[1],
Seçkin Aydın Savaş[1], Polat Biçici[2]
[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]DPÜ Kütahya Evliya Çelebi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kütahya

Meme hipertrofisi boyun ve sırt ağrısı, omuz ağrısı, vücut postür değişiklikleri, giyinmede zorluk ve egzersizde kısıtlılık, meme altında maserasyon gibi kadın sağlığı üzerinde hem fiziksel hem piskolojik stres oluşturan patolojik bir durumdur(1,2) Redüksiyon mammoplastisinde temel hedef meme volümünün azaltılması, nipple-areola kompleksinin korunması ve estetik sonuçların artırılmasıdır. Redüksiyon mammoplastisi ile ilgili ilk vaka Dieffenbach tarafından 1848 yılında bildirilmiştir(3). 19. Yüzyılın ikinci yarısında redüksiyon mammoplastisinin cerrahi metodları üzerinde büyük bir aşama kaydedilmiş, cilt ve parenkimal rezeksiyonlar üzerine çeşitli teknikler tanımlanmış ancak NAC transpozisyonu gerçekleştirilmemiştir. 1909 da Morestin tarafından ilk kez NAC transpozisyonu gerçekleştirilmiştir(4). Lateral glandüler rezeksiyon yapılarak L şeklinde oblik olarak kapatılmıştır (4). McKissock ilk defa 1972 te vertikal bipedikül teknik ile nipple transpositionu tariflemiştir. Bu teknik iyi kan akımını sağlar ve inseti kolaydır[5]. İnferior tabanlı pedikül ile inverte T cilt exizyonu ilk defa Robbins tarafından 1977 te tariflenmiştir(6, 7). Kısa boylu ve meme hipertrofisi olan hastalarda mobilizasyon kısıtlılığı ve skolyoz gibi şikayetlerde artma olur Kısa boylu hastalarda redüksiyon mammoplasti ile ilgili veri literatürde yeterince bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı iki vaka ile ilgili tecrübelerimizi sunmak ve literatüre katkı sağlamaktır.

Cerrahi Metod: Hastanın operasyon öncesi çizimleri hasta ayakta iken Wise-Patern olacak şekilde çizim gerçekleştirildi. Suprasternal çentik ve midklaviküler nokta işaretlendi. Suprasternal çentikten ksifoide uzanan vertikal bir hat çizildi. Her meme için midklaviküler nokta ile nipple uzaklığı ölçüldü. Meme meridyenleri yeni nipple yerine göre bilateral işaretlendi. Parmak metodu kullanılarak inframammaryan krizin meme üzerindeki iz düşümüne göre yeni nipple yeri belirlendi. NAC intakt olacak şekilde pedikül deepitelize edildi. Rezeksiyon ameliyat öncesi çizimlere göre gerçekleştirildi. Medial ve lateral pillarlardan dermoglandular wedge rezeksiyon yapıldı. Lateral ve medial meme flapleri inceltildi. Hemoztaz sağlandı. Nipple yeni yerine taşınarak stüre edildi ve pedikül üzerine katlarak stürlerle tespit edildi. Meme projeksiyonu 0 emilmeyen monoflaman sütür ile sağlandı.inverte T insizyonu kapatılmadan önce staplerlarla geçici olarak insizyonlar kapatıldı ve hastalar oturur pozisyonunda simetri ve rezeksiyon yeterliliği açısından değerlendirildi ek redüksiyon ve kontür sağlama gerektiği durumlarda tekrar sağlandı ve bilateral dren yerleştirildi.

Vaka 1: 34 yaşında kadın hastaya şubat 2012 de bilateral redüksiyon mammoplastisi yapıldı.[Şekil 1] operasyon öncesi çizimleri hasta ayakta iken mc kissock vertikal bipedikül tekniğe göre gerçekleştirildi. Her iki memenin midklaviküler nokta ile meme ucu arası mesafe 23 cm olarak ölçüldü. Yeni meme ucunun yeri hem humerus hem İMF ikisi birlikte değerlendirilerek 15 cm ve NAC ın çapı 38 mm olarak ayarlandı. Vertical bipedikül dizayn edildi. Her memeden çıkan specimen ortalama 350 g olarak ölçüldü ve specimenler histopatolojik incelemeye gönderildi.

Ameliyat sonrası dönemde hematom NAC ın tam ya da parsiyel nekrozu gibi komplikasyonlar yaşanmadı. Atletik sporcu sütyeni(brassiere) iki ay kullanıldı. Hasta üç yıl takip edildi. Hasta sorunsuz iyileşti. Histopatolojik incelemede malignite lehine bulguya rastlanmadı.

vaka 2: 29 yaşında kadın hastaya kasım 2014 te bilateral küçültme mammoplastisi yapıldı.[Şekil 2]. Ameliyat öncesi çizimleri yukardaki hastada belirtildiği gibi yapıldı. Her memenin midklaviküler nokta ile meme ucu mesafesi 28 cm ve meme ucu ile inframammary fold mesafesi 13 cm olarak ölçüldü. Hastanın humerusları kısa olduğundan yeni meme ucu yeri sadece IMF ye göre 14 cm olarak ölçüldü.NAC ın çapı 38 mm olarak ayarlandı ve inferior pediküllü redüksiyon planlandı. Pedikülün kalınlığı 7 cm olarak ayarlandı. Cilt flepleri 1.5-2 cm kalınlıkta olacak şekilde trimlendi ve superiorda NAC ın yerleşeceği bir cep oluşturuldu. Pedikül iki alanda üzerinde katlanarak stüre edildi. Totalde 5 cm kısaltıldı. Her memeden çıkan specimen ortalama 520 gram olarak ölçüldü ve histopatolojik incelemeye gönderildi ve malignite lehine herhangi bir bulguya rastlanmadı. Athletic sporcu sütyeni (brassiere) iki ay kullanıldı. Takiplerinde dehisens, seroma, hematom ya da infeksiyon gözlenmedi. Hasta memnuniyeti değerlendirildi ve her iki hastanın da memnun olduğu gözlendi. Boyun ve sırt ağrısı gibi ameliyat öncesi semptomlarının her iki hasta tarafından geçtiği ifade edildi. Nipple projeksiyonun iyi ve skarların estetik olarak kabul edilebilir düzeyde olduğu gözlendi.

Tartışma: Grebe sendromu resesif kalıtsal akromezomelik displazidir. Fenotip olarak normal aksial iskelet ve değişen derecelerde kısa ve deforme ekstremitelerle karakterizedir ve proximalden distale doğru deformite derecesi artar. Humerus ve femur rülatif olarak normal, radius/ulna ve tibia/fibula kısa ve deformedir, karpal ve tarsal kemikler füzyonedir ve değişen derecelerde metacarpal ve metatarsal kemikler yoktur. Grebe sendromu cartilage-derived morphogenetic protein-1 mutasyonu nedeniyle oluşur. Grebe tarafından 1952 de iki alman kardeşte tanımlanmasından sonra birkaç vaka bildirilmiştir.(8) Her meme için 1000-1500 gram arasında rezeksiyon gereken durumlarda inferior pedikül tekniği iyi cerrahi seçenektir. Mc Kissock, Pitanguay, inferior pedicle ve central mound teknikleri gibi diğer rezeksiyon teknikleri 1000 gram altındaki rezeksiyonlarda kullanılabilir (9). Özellikle pedikülün inferior kısmı sayesinde iyi vaskülarize dermal-parenchymal vertical bipedicle,NAC ın güvenli bir şekilde transpozisyonu, superior polde residüel meme varlığı ve buna bağlı meme şeklinde uzun dönem sonuçların iyi olması, glandüler rezeksiyon için iyi ekspojür sağlama mc kissock için avantaj sayılabilir(9) Hematom, yağ nekrozu, NAC nekrozu gibi komplikasyonlar özellikle NAC transpozisyon teknikleri kullanılan durumlarda rezeke edilen doku miktarı ile koreledir. Rezeksiyon miktarı 250 g ve altında iken komplikasyon oranı % 0.5 ve bu miktar 1000 gramın üstündeki vakalarda %5'e kadar çıkmaktadır.(9) İnferior pediküllü redüksiyon mammoplasti tekniği ile NAC'ın viabilitesinin sağlanması, kolay öğrenilebilmesi ve tüm boyutlardaki memelerin redüksiyonunda başarılı sonuçlar elde edilmesi gibi nedenlerle yaygın bir şekilde kabul görmüştür. İnframammarian foldda hipertrofik skar, meme kontürlerinin kare gibi olması ve zamanla ptoza eğilim göstermesi bu tekniğin dezavantajları olarak kabul kedilmiştir(6,7). İkinci hastanın meme hipertrofisinin daha fazla olması nedeniyle bu tekniği biz kullandık. Meme hipertrofisinin ek iskelet birlikte olması simetrik bir sonuç elde etmeyi zorlaştırır. Ameliyat öncesi asimetri, göğüs ön duvar deformitesi ve skolyoz gibi durumlar iyi değerlendirilmeli, bu şikayetlerin operasyon sonrası daha görünür olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Göğüs ön duvar deformitesi, skolyoz ve kısa boy gibi durumlar ameliyat öncesi çizimi, simetri sağlamayı ve meme ucunun yeni yerinin belirlenmesini zorlaştırır.

Sonuç olarak; 100 cm altında küçültme mammoplastisi planlanan kısa boylu hastalarda ekstremite anomalileri,göğüs ön duvarı deformitesi, skolyoz mevcudiyeti gibi nedenlerle simetri sağlama, güvenilir bir şekilde yeterli küçültme gerçekleştirmek zordur; Kullanılacak tekniğin seçiminde, meme ucunun yeni yerinin tespitinde bu gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiği kanısındayız

Şekil 1:34 y kadın hasta



Şekil 2:29 y kadın hasta



Tablo 1:

Hasta no	Yaş/Cinsiyet	Ek Anomali Varlığı	Teknik	Meme ucu yeri eski[?] yeni	Eksizyon miktarı her meme için ortalama	Takip süresi
1	34/Kadın	Göğüs ön duvar defornitesi, skolyoz,kifoz	Mc Kissock	23[?]15	360	3 yıl
2	29/Kadın	Ektremite kısalığı,kifoz	İnferior pedikül	28[?]14	520	1 yıl

P-323
Meme büyütmede kullanılan poliakrilamid tabanlı jelin geç dönem komplikasyonu

Emin Sır[1], Melike Güngör[1], Alper Aksoy[2], Nazif Erkan[3]
[1]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir
[2]Acıbadem Konur Cerrahi Merkezi, plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa
[3]Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Meme büyütme ameliyatları günümüzde en sık yapılan estetik girişim olmaya devam etmektedir. Ameliyat olmaktan korkan veya meme implantlarının kanser yaptığını düşünen hastalar enjekte edilebilir maddelerle meme büyütme yöntemine başvurmaktadırlar. Yüzyılın başında kullanılan, istenmeyen görünüme ve kötü komplikasyonlara yol açan parafin veya sanayi tipi silikonların yerini günümüzde hyaluronik asit tabanlı emilebilir dolgu maddeleri ile yarı geçirgen dolgu maddeleri almıştır.

Poliakrilamid tabanlı (%2.5 poliakrilamid, %97.5 su) dolgu maddeleri ideal bir dolgu maddesi olarak görülmesine rağmen enjeksiyon sonrası migrasyon, memede kitle ve sertlik, ağrı, enfeksiyon ve meme şeklinde bozulmalara yol açabilir. Bunlardan kaçınmak için işlem uzun kanüllerle ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Bütün bunlara rağmen enfejte edilen materyal cepten sızma veya enjeksiyon yolu boyunca migrasyona uğrayabilir.

Olgu Sunumu: 39 yaşında kadın hasta, sol meme üst kadranda şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurduğu genel cerrahi bölümünden kliniğimize yönlendirildi. Hastaya yaklaşık 4 yıl önce sedasyon anestezisi altında her iki memeye subglandüler plandan 200 cc olacak şekilde poliakrilamid tabanlı dolgu maddesi şeklinde yapıldığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde her iki meme üst iç kadranda cilt altı yerleşimli, ağrılı, sert kıvamlı ve yaklaşık 2 cm çaplı çok sayıda kitle tespit edildi. Hastanın çekilen meme MR görüntülemesinde sol memede enjeksiyon maddesinin cilt altına doğru yer değiştirdiği görüldü. Hastaya genel anestezi altında enjeksiyon maddesinin çıkartılması ve meme implantı ile ameliyat önerildi fakat hasta operasyonu kabul etmedi.

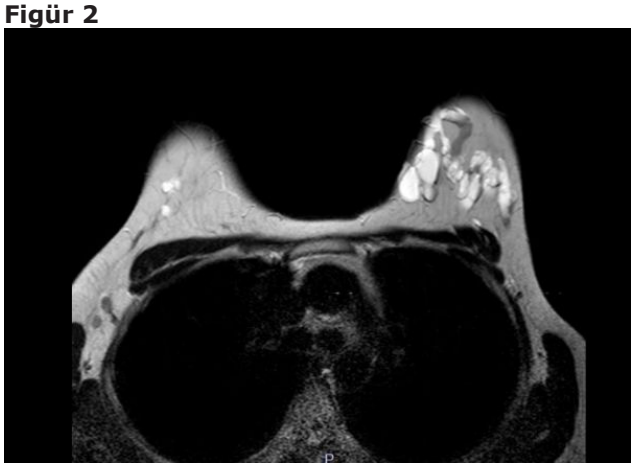
Sonuç: Poliakrilamid tabanlı dolgu maddeleri ideal bir dolgu maddesi olmasına rağmen dikkatsiz ellerde yapılması sonrası, migrasyon, sık tekrarlayan enfeksiyon, memede kitle ve meme şeklinde bozukluklara yola açabilir. Oluşan komplikasyonları düzeltmek zahmetli bir süreçtir. Literatürde bu tür vakaların ameliyatı sırasında dolgu maddesinin olduğu bölümü serum fizyolojik ile yıkama sonrası kanüllerle maddenin emilmesi, memeye baskı yaparak maddenin çıkmaya zorlanması, bütün bu işlemlerin yetersiz kalınması durumuna periareolar veya submammarian insizyonlarla açık teknik yöntemle maddenin dışarı alınması bildirilmiştir. Bu işlemlere rağmen meme dokusu içine yayılan poliakrilamid dolgu maddesinin bir miktar memede kalabilir ve bu nedenle dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar: 1 - Matton G. The history of injectable biomaterials and the biology of collagen. Aesthetic Plast Surg. 1985;9:133–40 2 - Qiao Q, Wang X, Sun J, et al. Management for postoperative complications of breast augmentation by injected polyacrylamide hydrogel. Aesthetic Plast Surg. 2005;29:156–61. 3 - Xu LY, Kong XQ, Tian ZX, et al. Magnetic resonance imaging on complications of breast augmentation with injected hydrophilic polyacrylamide gel. Chin Med J (Engl) 2006;119:1311–1314

Figür 1



Figür 2



P-324
Keutel sendromu: Tekrarlayan yağ enjeksiyonları ile burun cildi ekspansiyonu

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ahmet Kürşat Yiğit, İhsan Türkmen, Ekrem Ramazan Keskin, Hasan Büyükdoğan
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

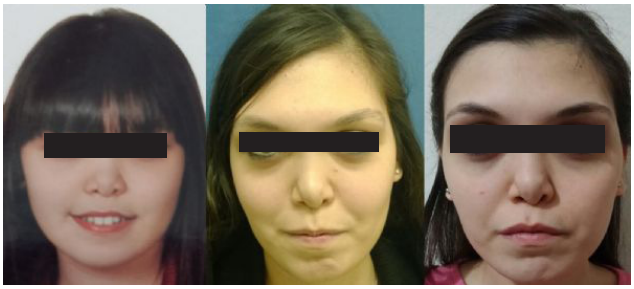
Giriş: Konjenital nazal deformitelerin, birçok doğumsal anomaliye eşlik ettiği bilinmektedir. Nazal deformiteler çeşitli formlarda görülebilmekte; kıkırdak hipoplazisi, kemik hipoplazisi, yumuşak doku eksikliği çeşitli oranlarda deformiteye eşlik edebilmektedir. Bu hastalarda nazal rekonstrüksiyonda asıl problem cilt dokusunun yetersiz olması nedeniyle cilt ekspansiyonu sağlanmadan kıkırdak çatı rekonstrüksiyonu yapıldığında ciltte oluşabilecek dolaşım problemleridir. Bu olgu sunumunda,

nazal deformitesi ve yumuşak doku eksikliği seri yağ enjeksiyonları uygulanarak cildin preekspande edilerek rekonstrüksiyona uygun hale getirildiği Keutel sendromlu bir vakayı bildirilmektedir.

Olgu Sunumu: Keutel sendromu tanısı konulmuş 20 yaşındaki kadın hasta kliniğimize burun şeklinde yakınmalar ile başvurdu. Fizik muayenede orta yüz hipoplazisi ile kısa burun, kısa kolumella ve burun kökü çöküklüğü tespit edildi (Resim 1-sol). Preoperatif değerlendirme ve paranazal bilgisayarlı tomografi görüntülemesi ile burunda mevcut olan deformite tespit edildi. Yapılacak burun rekonstrüksiyonu işleminden önce cildi genişletecek ve burun augmentasyonu rinoplastisi sırasında cilt ile ilgili daha az sorun yaşanması amacı ile preekspansiyon amaçlı yağ enjeksiyonu planlandı. Abdominal bölgeden alınan yağ greftleri ile yağ enjeksiyonu nasal tip, burun sırtı, burun yan duvarları ve kolumellada supraperikondriyal ve supraperiosteal planlara 6'şar ay ara ile sedoanaljezi altında 3 kez uygulandı. Yağ enjeksiyonlarından sonra burun cildinin ekspansiyonu sağlanmış ve hastaya burun iskeletinin rekonstrüksiyonu için otolog kıkırdak greftleri kullanılarak açık teknik ile rinoplasti planlanmıştır.(Resim 2 ve 3-orta ve sağ).

Tartışma ve Sonuç: Keutel sendromu, Gla matriks protein genlerindeki mutasyonlarla karakterize, nadir görülen otozomal resesif herediter bir sendromdur 1-2. Üst ve alt solunum kıkırdaklarının ossifikasyonu bu sendromda semptomlar ve prognoz üzerinde ciddi etkiler yapmaktadır.3 Yağ grefti özelikle rinoplasti sekelinin düzeltilmesi, dorsum düzensizlikleri, ters V deformiteleri, over-corrected lateral osteotomi ve semer burun deformitesinde uygulanmaktadır 4-5.Ayrıca, otolog yağ grefti açık ve kapalı rinoplastiyi kabul etmeyen hastalarda burun şekli ve profilinde estetik iyileşme için iyi bir alternatiftir. Konjenital nazal hipoplazi vakalarında burun cildini genişlediğine ve yumuşak doku hacmini arttırdığına ilişkin yeterli bildiri yoktur. Mischkowski ve arkadaşları, Kallman Sendromu ilişkili konjenital nasal hipoplaziyi düzeltmek için kendi kendine şişen enjekte edilebilir yuvarlak doku genişletici kullanıldığını bildirmişlerdir. Doku genişletilmesini takiben, nazal çatı rekonstrüksiyonu amacıyla otolog kostal greft kullanılmıştır 6. Hastamıza rinoplasti uygulanmamış olmamıza rağmen, supraperikondriyal ve supraperiosteal planlara yağ enjeksiyonu uygulanmasının cildi genişletmede ve yumuşak doku hacmini artırmada etkili olduğu gözlemlenmiştir. Daha sonra planlanacak rinoplasti prosedürü öncesi cilt kalitesini artırmada etkin şekilde kullanılabilir olduğuna inanılmaktadır.

Resim 1



P-325
Ektodermal displazisi olan amastili hastada tek seanslı meme rekonstrüksiyonu

Asuman Özel, Aslı Datlı, Funda Aköz Saydam, Salih Onur Basat, Karaca Başaran, Özgür Pilancı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Ektodermal displazi (ED) saç, tırnak, diş, ter bezleri gibi ektodermal yapıların en az ikisinde bozukluklarla tanımlanan bir genetik hastalıktır (1-5). 7:10.000 insidansı mevcuttur (2). Otozomal dominant, otozomal resesif ve X› e bağlı kalıtımla geçen formları mevcuttur. En sık görülen formu hipohidrotik ektodermal displazidir ve X› e bağlı geçişi mevcuttur (3-4). Amastia; tek yada çift taraflı meme ve nipple-areola kompleksi eksikliğiyle karakterize, seyrek görülen bir konjenital deformitedir (2). Ektodermal displazili ve amastili kadın hastalara çok seyrek olarak rastlanılmaktadır. Tedavileri için plastik cerrahiye yönlendirilen hastalara deri kalitelerinin kötü olması ve pektoral kaslarda hipotrofi olması nedeni ile genellikle 2 aşamalı prosedürler önerilmektedir (5).

Materyal-Metod: ED tanısı alan 21 yaşında bayan hasta tarafımıza bilateral amastia ile başvurdu. Hastamızda saçta, kaş ve kirpiklerde seyrelme; kuru ve desquame cilt, tırnaklarda distrofi, anodontiası mevcuttu (Resim 1). Kız kardeşinde de aynı semptomlar mevcut olan hastaya fizik muayene sonrasında bilgilendirme yapıldı ve tek seanslı meme protezi uygulaması planlandı. Cerrahi hazırlık ve planlama sonrasında genel anestezi altında hasta operasyona alındı. Yara iyileşme problemleri ve yara gerilimi olabileceği düşünülerek insizyon 0,5 cm inferiordan planlandı ve 4 cm› lik insizyonla girildi. Pektoral kasta hipotrofi gözlendi ve planlanan proteze göre daha küçük boyutlu, 225 cc yüksek profilli bir protez tercih edilerek subpektoral plana yerleştirildi. Ameliyat sonrası 6 aylık takip süresince kanama, hematom, enfeksiyon, yara yeri ayrılması, kapsül kontraktürü yada protez migrasyonu görülmedi. 6 ay sonunda muayenede yumuşak bir meme ve iyi görünümlü skarlar elde edildi (Resim 2).

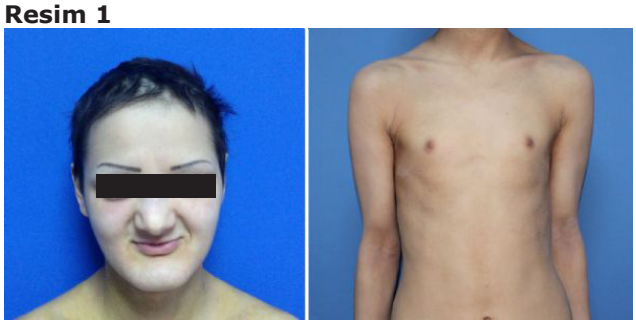
Tartışma: ED'li hastalarda yapılacak meme rekonstrüksiyonu tek yada çift seanslı protez uygulanması yada otolog dokularla (TRAM, DİEP, LD) gerçekleştirilebilir (2,5). Otolog dokularla rekonstrüksiyonun dezavantajları dikkate alındığında (çok invaziv olması, yeterli volume sağlama sıkıntısı gibi) uygun bulunmamakta ve yara iyileşme problemleri ve pektoral kas hipotrofileri nedeni ile 2 seanslı prosedürler tercih edilerek doku genişletici uygulama sonrası cilt ekspansiyonu sağlanarak nihai protez yerleştirilebilmektedir (5). Pektoral kas gelişiminde bozukluk saptanmaz ise tek seanslı protez uygulanmasının da komplikasyonsuz, mükemmel estetik sonuçları olduğu bildirilmiştir (2).

Sonuç: Amastisi olan ED› li hastalarda meme rekonstrüksiyonunda cilt problemleri ve implant migrasyonu ile ilgili kaygılar olsada tek seanslı meme rekonstrüksiyonu ameliyat öncesi dikkatli bir değerlendirme ve planlama ile güvenli bir şekilde yapılabilir.

Kaynaklar:
1- Chee SY, Wanga CH, Lina WD, Tsaia FJ. Ectodermal dysplasia (ED) syndrome. Biomedicine (Taipei). 2014;4:27.
2- Klinger M, Caviggioli F, Banzatti B, Fossati C, Villani F. Ectodermal dysplasia with amastia: a case of one-step reconstruction. Case Rep Med. 2009;2009:927354
3- Haghighi A, Nikuei P, Haghighi-Kakhki H, Saleh-Gohari N, Baghestani S, Krawitz PM, Hecht J, Mundlos S. Whole-

exome sequencing identifies a novel missense mutation in EDAR causing autosomal recessive hypohidrotic ectodermal dysplasia with bilateral amastia and palmoplantar hyperkeratosis. Br J Dermatol. 2013 Jun;168(6):1353-6.
4- Kishore M, Panat SR, Aggarwal A, Agarwal N, Upadhyay N, Ajai K, Alok A. Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia (ED): A Case Series. J Clin Diagn Res. 2014 Jan;8(1):273-5.
5- Iamin MT, Kumar VP. Complete absence of breasts in a 24-year-old woman associated with ectodermal dysplasia. Plast Reconstr Surg. 2003 Feb;111(2):959-61.

Resim 1



Hastada görülen kaş, kirpik, saç, deri, diş ve meme bulguları

Resim 2



Hastanın ameliyat öncesi, protez uygulaması sonrası 1. hafta ve 6. ay görüntüsü

P-326
Minotaur Sendromu Bulguları:İki Taraflı Temporal Kas Hipertrofisi ve Tedavisi

Teoman Eskitaşçıoğlu, Ömer Faruk Ünverdi, Osman Serdar Berk
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Amaç: Günümüzde artan iş yükü, gelişen ve büyüyen şehirlerde zorlaşan yaşam koşulları ve kişisel özellikler nedenli olabilen artmış stres düzeyi insanları sosyal ve psikolojik olarak etkilemektedir. Artan anksiyete zemininde özellikle geceleri uyku halinde istemsiz çene sıkmaya bağlı çeşitli bulgular ortaya çıkmaktadır. Çiğneme kaslarında artan hacim sonucunda insanlarda daha agresif bir görüntüye neden olabilen temporal bölgede dolgunlukla karakterize temporal kas hipertrofisi bulguları ortaya çıkabilmektedir.

Temporal bölgede dolgunluk sonucunda insanlarda daha agresif bir görüntü ortaya çıkmaktadır. Ilımlı bir yapıya sahip olmasına rağmen nedeniyle insanlar görüntüleri nedeniyle dışlanabilmektedir. Bunun sonucunda sosyal yaşantılarında da güçlük çekebilmektedirler. Bu durum antik yunan mitolojisinde gövdesi erkek gövdesi ve kafası boğa kafasından oluşan bir canavar olarak kabul edilen Minotaur ile tarif edilmektedir(1). Bu vaka sunumunda temporal bölgesinde dolgunluk nedeniyle agresif görüntüye sahip olan hastanın Botilinum toksin tip A enjeksiyonu sonrasında temporal kas hacminde meydana gelen değişikliklerin klinik ve radyolojik bulguları paylaşılacaktır.

Olgu: Kırk dört yaşında erkek hasta geceleri istemsiz olarak dişlerini sıkma ve temporal bölgesinde dolgunluk şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Normal yaşantısında ılımlı ve kibar bir yapıya sahip olmasına rağmen, daha agresif ve sert bir görüntüye sahip olmasından dolayı sosyal hayatında sıkıntı yaşadığını tarifleyen hastanın fizik muayenesinde iki taraflı temporal bölgesinde dolgunluk ve sertlik saptandı. Temporal bölgedeki dolgunluğun yumuşak doku veya kemik doku kökenli mi olduğunu saptayabilmek amacıyla radyolojik görüntüleme yapıldı. Yapılan radyolojik görüntüleme sonucunda temporal bölgedeki dolgunluğun temporal kas hacminde artan hacim nedeniyle oluştuğu saptandı. Hastanın tedavisinde 500 Ü Botilinum Toksin Tip A (Dysport) iki tarafa eşit olacak şekilde 10 farklı alana enjekte edildi. Takip eden dönemde yapılan fizik muayenede dolgunluğun azaldığı, hastanın şikayetlerinin düzeldiği ve radyolojik görüntülemede temporal kasın hacminin azaldığı saptandı.

Tartışma: Çiğneme kaslarında hacim artışı ilk olarak 1880' li yıllarda tariflenmiştir(2). Bu durum konjenital olarak gelişebileceği gibi sıklıkla edinseldir(3). Sinirli - agresif yapı ve stresli yaşam, bruksizm ve temporomandibular disfonksiyona neden olur ve sonuçta çiğneme kaslarında hipertrofiye neden olur. Çiğneme kaslarında artan hacim sonucunda insanlarda daha agresif bir görüntüye neden olabilen temporal bölgede dolgunlukla karakterize temporal kas hipertrofisi bulguları ortaya çıkabilmektedir.

Minotaur antik Yunan mitolojisinde boğa kafası ve erkek insan vücuduna sahip bir canavarı tariflemektedir. Minotaur kendi görüntüsüyle düşman bir karaktere ve eğer bu görüntüye sahip olmasaydı normal bir yaşantıya sahipti. Bu nedenle Minotaur sendromu da kişinin ılımlı ve kibar yapıya sahip olamasına rağmen agresif bir görüntüye sahip olması şeklinde tariflenmektedir. Bu şahıslar kendi görüntüleriyle barışık değillerdir ve sosyal yaşantılarında sıklıkla problemler yaşamaktadırlar(1).

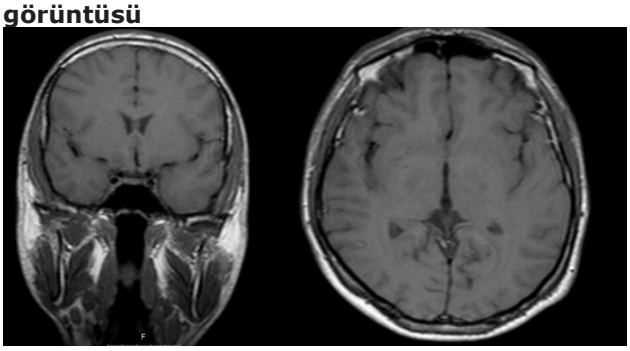
Botilinum toksini nöromusküler bileşkede asetilkolin salınımını engelleyerek paraliziye neden olmaktadır(4). Şaşılık, blefarospasm, tortikollis gibi hastalıkların tedavisinde uygulanabilmekte başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Kas fonksiyonları üzerine olan etkileri göz önünde bulundurularak temporal kas hipertrofisine olan etkisi düşünülmüş ve kas içine yapılan enjeksiyon sonrasında hacimde azalma olduğu saptanmıştır(5).

Temporal kas hipertrofisi nadir bir olgu olmakla birlikte tedavisinde konservatif yaklaşım, Botilinum toksin tip A enjeksiyonları ve nadiren temporal fossa ve temporal kasa yönelik cerrahi girişimler uygulanabilmektedir(6). Bu uygulamalar sonucunda, temporal bölgedeki dolgunluğun giderilmesi planlanmakta ve kişinin normal bir görüntüye kavuşmasını sağlamaya çalışılmaktadır.

Referanslar:
1) Morselli P.G. The Minotaur Syndrome. Plastic Surgery of the Facial Skeleton. Aest.Plast. Surg. 1993;17:99-102
2) Legg JW. Enlargement of the temporal and masseter muscles on both sides. Trans Pathol Soc Lond 1880;31:361-6
3) Da Silva K. et all. Bilateral temporalis muscle hypertrophy: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;102:e1-e3
4) Williamson LC, Halpern JL, Montecucco C, Brown JE, Neale EA. Clostridial neurotoxins and substrate proteolysis in intact neurons. J Biol Chem 1996; 271: 7694–7699
5) saacA.M.Unilateral temporalis muscle hypertrophy managed with Botilinum toxin type A. British Journal

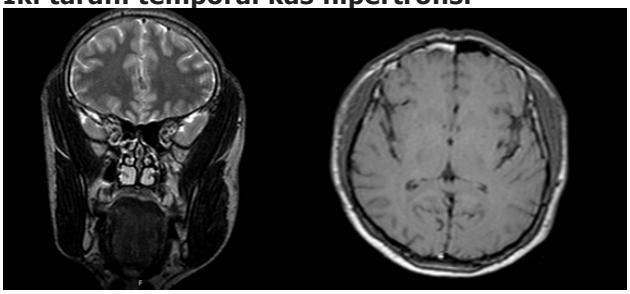
of Oral and Maxillofacial Surgery (2000) 38, 571–574
6) Parente E.V. et all. Surgical treatment of bilateral temporalis and masseteric hypertrophy: Report of a case. Open Journal of Stomatology, 2013, 3, 99-102

Dysport enjeksiyonu sonrasında temporal kas görüntüsü



Dysport enjeksiyonundan 3 ay sonra iki taraflı temporal kas hacminde gözlenen belirgin azalma.

İki taraflı temporal kas hipertrofisi



Dysport enjeksiyonu öncesinde yapılan radyolojik görünütüleme esnasında iki taraflı artmış temporal kas hacminin aksiyel ve koronal kesitlerdeki görüntüsü.

P-327
Nazal Pasajı Daraltan Sıradışı Kitle: Rhinolithiazis

Cemal Alper Kemaloğlu, Ömer Faruk Ünverdi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Amaç: Rhinolith intranasal bölgede oluşan kalsifiye materyaldir. Genellikle nasal kavitenin ön kısımlarında gelişir. Rhinolith genellikle yabancı cisim zemininde gelişmekle birlikte nadiren spontan olarak da gelişebilmektedir. Tanısında endoskopik görüntüleme en önemli aşama olmasına rağmen ayırıcı tanı amacıyla radyolojik görüntülemenin de yapılması gerekmektedir. Bu olguda nefes almada güçlük, kötü koku alma ve baş ağrısı şikayetleri bulunan hastada spontan olarak gelişen rhinolith ve tedavisi sunulmaktadır.

Vaka: On yedi yaşında bayan hasta nefes almada güçlük, kötü koku alma ve sık tekrarlayan baş ağrısı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetlerinin son 10 yılda başlayıp giderek arttığı öğrenildi. Öyküsünde çocukluk çağında yüksekten düşmeye bağlı buruna aldığı travma dışında özellik bulunmamaktaydı. Fizik muayenede nazal pasajın ön kısmında açıklığı sağa bakan deviasyonunun olduğu ve pasajın orta 1/3'lük kısmında sert kıvamlı, düzensiz yüzeyli ve temas ile kolaylıkla kanayan karakterde bir kitle olduğu saptandı. Radyolojik görüntülemede nazal pasajın orta 1/3 lük kısmında alt konkanın medialinde 3 cm lik çapa ulaşan yer kaplayıcı kitle gözlendi. Ayrıca maksiler sinüs yerleşimli ektopik dişinin olduğu gözlendi.

Hastaya rhinolithin, ektopik dişin alınması ve septal deviasyonunun düzeltilmesi önerildi. Hastanın ektopik dişe müdahale istememesi üzerine genel anestezi altında rhinolith bulunduğu bölgeden punch forseps ile alındı (Figür-3). Açık septoplasti operasyonuna başlanarak septumdaki deviasyon düzeltildi. Post operatif 7. günde yapılan muayenesinde hastanın şikayetlerinin tamamen geçtiği öğrenildi. Endoskop eşliğinde yapılan görüntülemede mukozanın sorunsuz olarak iyileştiği gözlendi.

Tartışma: Burunda kalsifiye yabancı cisime dair ilk veriler 1654 yılında Bartholini tarafından kiraz çekirdeği çevresinde yerleşmiş sert kıvamlı kitleye dayanmaktadır(1). Her ne kadar Polan tarafından burunda yabancı cisim saptanmasıyla ilgili 495 vakalık seriye dair bilgiler bulunsa da rhinolith ile ilgili bilgiler oldukça kısıtlıdır. Yabancı cisimler daha çok çocukluk çağında saptanırken, Rhinolith her yaş grubunda görülmekle birlikte özellikle genç erişkinlerde daha sık görülmektedir(2).

Rhinolithin endojen veya eksojen bir kitle üstünde Magnezyum, Demir, Kalsiyum ve Fosfor birikimine bağlı geliştiği düşünülmektedir. Nazal kavitede yerleşen kalsifiye yapılar ilk olarak Axmann tarafından kimyasal analize tabi tutulmuştur(3). İçeriklerinin %90 ını inorganik materyaller oluştururken %10 luk kısmını nazal sekresyonlara bağlı organik yapılar oluşturmaktadır.

Rhinolith endojen ve eksojen kökenli olarak iki gruba ayrılmaktadır. İnsan kökenli olmayıp buruna ulaşan veya burunda unutulan yabancı cisimlerin etrafında minerallerin birikmesine bağlı gelişen rhinolithler eksojen olarak sınıflandırılmaktadır. Ektopik diş, kemik sekestresi, pıhtı mukus gibi kişinin kendi vücudu kökenli maddelerin etrafında minerallerin birikmesine bağlı gelişen rhinolithler endojen olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle tek taraflı olan rhinolith, iki taraflı da görülebilmektedir(4).

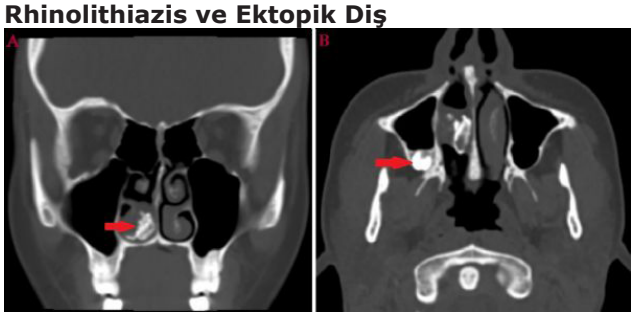
Hastalar kitle oluşmaya başladıktan sonra uzun bir süre boyunca asemptomatiktir. Kitle kendini, büyümeye bağlı nazal pasajda meydana gelen darlık sonucu oluşan semptomlarla fark ettirir. Kitlenin oluşup semptomatik hale gelmesi için gereken süre yaklaşık 15 yıllık bir zaman dilimidir. Tanı genellikle öykü ve fizik muayene ile konulabilir, yalnız ayırıcı tanının yapılabilmesi için radyolojik görüntüleme de gerekmektedir.

Sonuç: Rhinolith benign karakterli lezyon olmakla birlikte zaman içerisinde mineral birikiminin devam etmesi nedeniyle boyutunda büyüme görülebilmektedir. Kitlenin nazal kavite içinde yer kaplayan kalsifiye anjiofibrom, kondrosarkom, kondrom, osteosarkom ve kalsifiye polip gibi lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Bu nedenle fizik muayene bulguları rhinolith lehine olsa da tanının mutlaka yardımcı görüntüleme yöntemleri ile desteklenmesi gerekmektedir. Erken dönemde fark edilen kitleler lokal anestezi eşliğinde çıkarılabilir yalnız kitle pasajı daraltacak boyutlara ulaştığında çevre dokulara hasar vermemek amacıyla genel anestezi altında çıkarılması hem hastaya hem de cerraha konfor sağlamaktadır.

Referanslar:
1)Polson CJ. On rhinoliths. J Laryngol Otol.1943;58:79-116.
2) Flood TR. Rhinolith: An unusual cause of palatal perforation. Br J Oral Maxillofac Surg. 1988;26:486-490
3) Marfatia PT. Rhinolith. A brief review of the literature and a case report. Postgrad Med J. 1968;44:478-479

4) Kharoubi S. General review of rhinolithiases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2008;125:11-17

Rhinolithiazis ve Ektopik Diş



Alt konka medialinde yerleşen ve nazal pasajı tıkayan kitle ve maksiller sinüsün arka tarafına yerleşmiş ektopik dişin radyolojik görünütüsü.

Rhinolithiazisin eksizyon sonrası görüntüsü



Eksizyon sonrası 3×1 cm boyutundaki kitle

Rhinolithiazisin endoskopik görüntüsü



Nazal pasaj orta 1/3 lük kısımda alt konkanın medialinde yerleşim gösteren düzensiz yüzeyli kitle.

P-328
Olgu Sunumu: Meme Augmentasyonu Sonrası Mondor Hastalığı

Mustafa Kürşat Evrenos, Murat Yaman, Levent Yoleri
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Mondor Hastalığı (MH) subkutan yüzeyel torakoabdominal venlerin tromboflebiti ile karakterize benign, sınırlı bir hastalığıdır. Tipik özelliği, omuz abduksiyonunda ortaya çıkan ağrılı subkutan bantlardır. Etiyolojide cerrahi travma önemli bir etken olmasına rağmen, augmentasyon mammoplasti sonrası bildirilen olgu nadirdir. Biz de meme augmentasyonu cerrahisi sonrası 16. günde sağ anterolateral göğüs duvarında ortaya çıkan MH olgusunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 31 yaşında bayan hastaya bilateral hipomasti tanısı ile inframammarian insizyonla kas altı plana yuvarlak silikon jel implantlar kullanılarak augmentasyon yapıldı (Mentor® high profile 300 cc). Hasta cerrahi sonrası 16. günde, sağ toraks anterolateralinde iki gündür omuz abduksiyonu ile şiddetlenen keskin ağrıdan yakındı. Muayenesinde sağ meme inferior pol preaksiller hat medialinde, vertikal planda seyreden iki adet kurvilineer kord görüldü. Başka patoloji saptanmadı. Öykü ve klinik bulgulara dayanarak hastada MH düşünüldü. Nonsteroid anti enflamatuvar tedavi (NSAİT) ve sıcak kompres

uygulama önerildi. Hastanın takip eden haftalarda ağrı şikayeti belirgin olarak geriledi. Hastamız kord regresyonu açısından aralıklı olarak takip edilmekte.

Tartışma: Mondor Hastalığı tanısı öykü ve klinik bulgulara dayanarak güvenilir bir şekilde konulabilir. Tedavi konservatiftir. Tedavide sistemik veya topikal NSAİT ve lokal sıcak uygulanır. Genellikle kordlar, ortaya çıkmasından 6-10 hafta sonra kaybolur.

Resim 1



Cerrahi sonrası 16. gündesağ meme inframammarian skar altında 2 adet kord.

P-329
İple Yüz Germe İşlemini Ne Kadar Masum ?

Alper Aksoy[1], Omer Buhsem[2], Emin Sır[3]
[1]Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi,Bursa
[2]Serbest Hekim,Bursa
[3]izmir Egitim ve arastırma Hastanesi, İzmir

Günümüzde estetik cerrahide non-invaziv yöntemlerde hızlı bir artış görülmektedir. Cerrahi uygulama yaptırmak istemeyen hastaların ilk tercihi bu işlemlerdir. Bu operasyonun en populeri iple yüz germedir. Bu uygulaması ile insan vücudunda eriyebilir,yan etkisiz,güvenli cerrahi sütür materyali olan polidiaksanon(PDO) iplikler aracılığıyla cildin gerilmesi prensibine dayanmaktadır. 32 yasında bayan hasta 2 hafta önce ip ile orta yüz gerdirme operasyonu olduğu belirti. 1 haftadır yüzde kızarıklık ve yanma hissetmeye başlamış. Hastanın yüzünde şidettli şişlik ve kızarıklık mevcut idi. Hasta hospitalize edildi. 3 gün Intravenöz antibiyoterapi başlandı. Hastanın yüzünde şişliklerin gerilemesi ile eksterne edilen hastaya 2 hafta antibiyoterapi başlandı. Takıplerinde hastanın yüzünde gamzeleşmeler ve yer yer skarlar oluştu.

Cerrahi dışı bir yöntem olan ip ile yüz germe uygulaması ile pratik, yan etkisiz, öğle molasında dahi gerçekleştirilecek bir prosedür ile kişinin yüz veya vücudunda anlamIı değişiklikler sağlanabileneceği belirtilse de bu operasyonun ciddi komplikasyonları olabileceği akla gelmelidir.

P-330
Meme Küçültme Ameliyatı Olan Hastaların Demografik Özellikleri ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Ahter Yiğenoğlu[1], Arda Selamoğlu[1], Arif Can Özsipahi[1], Ayris Yanmaz[1], Melih Can Öner[1], Burak Kaya[2]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem III Öğrencisi, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

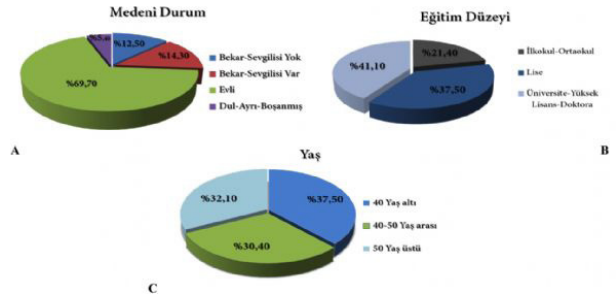
Amaç: Meme küçültme ameliyatları günümüzde sık uygulanan plastik cerrahi girişimlerindendir. Bu araştırmada, meme küçültme operasyonu geçiren hastaların demografik özellikleri belirlenerek ve memnuniyetleri değerlendirilerek elde edilen bulgular ışığında cerrahlara geri bildirimde bilgi kaynağı sağlamak ve ameliyat olacak hastalara karar verme sürecine yardımcı olmak ve amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınarak yapılan çalışma tanımlayıcı tipte olup Ankara Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2011-2013 yılları arasında meme küçültme ameliyatı olan 56 hastaya 16 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Katılımcılarla telefonda görüşülüp sözlü onam alındıktan sonra anket formu doldurulmuştur. Anketteki bağımsız değişkenler; hastanın yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, medeni durumu ve küçültme miktarının karar vericisidir. Bağımlı değişkenler ise memnuniyet düzeyine ilişkin sorulardır. Elde edilen veriler SPSS 11.5 programında analiz edilmiştir. Ki kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı 0,05'tir.

Bulgular: 56 hastanın %62,5'i 40 yaş üstünde olup, %67,9'u evlidir ve %41.1'1 üniversite ve üstü eğitime sahiptir (Şekil 1). Hastaların %76,8'i ameliyattan doktoru sayesinde, %60,7'si arkadaşından duyarak haberdar olmuştur. %83,9'unu sırt ağrıları, %78,6'sını estetik kaygı ve uygun giysi bulamama, %75'ini yük taşıyor hissi ameliyat olmaya itmiştir (Şekil 2). Hastaların %96.4'ünün şikayetleri ortadan kalmış, %75'inin sosyal iletişimi olumlu etkilenmiş, %94.6'sının fiziksel aktivitelerinde rahatlama olmuş, %82,2'sinin kendine güveni artmıştır. %87,5'i ameliyat sonrası görünümünden memnundur (Şekil 3). Sosyodemografik özelliklere göre yapılan değerlendirmelerde; yaş (p=0,396), eğitim (p=0,174), gelir (p=0,376), küçültme miktarına karar vermede hastanın etkinliği (p=0,359) ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastanın medeni durumu ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0,002). Evli olanların %68,4'ü görünümünü çok iyi olarak değerlendirmiştir.

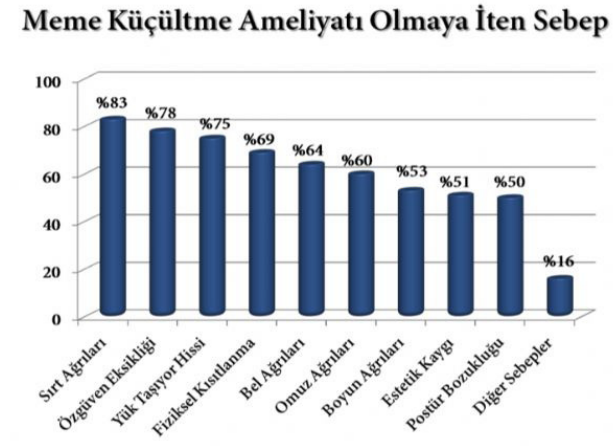
Sonuç: Meme küçültme ameliyatı cerrahi öncesi şikayetlerin ortadan kalkması, sosyal iletişimde olumlu katkı sağlaması, fiziksel aktivitelerde rahatlama ve kendine güvenin artması açısından hasta memnuniyetinin çok yüksek olduğu bir cerrahi girişimdir. Yaşam kalitesini arttıran bu operasyon oluşan görünüm açısından da çok tatmin edicidir. Elde edilen bu bulgular daha önce literatürde yer alanlarla uyumludur.

Şekil 1



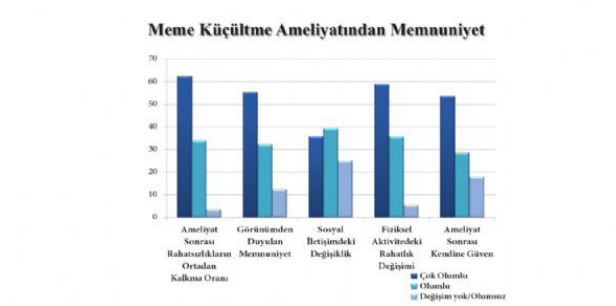
Hastaların sosyodemografik özellikleri, A: Medeni durum, B: Eğitim düzeyi, C: Yaş

Şekil 2



Meme küçültme ameliyatı olmaya iten sebep

Şekil 3



Meme küçültme ameliyatından memnuniyet

P-331
Inferior Wedge Rezeksiyon Ve Deeptelizasyon Kombinasyonu Ile Estetik Labia Minore Redüksiyonu: Konservatif Bir Bölge Olan Kars'tan Ilk Sonuçlarımız

Ebru Şen Mercan[1], Murat Bozkurt[2]
[1]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Kars*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya*

Amaç: Plastik cerrahi uygulamalarında çok çeşitli (deepithelialization, direct excision, W-shaped resection, wedge-resection, composite reduction, Z-plasty, and laser excision) labioplasti uygulamaları olmasına karşın hangi tekniğin en iyisi olduğu yönünde fikir birliği yoktur. Bu çalışmada inferior wedge kenar rezeksiyonu ve deepitelizasyon yönteminin kombinasyonu ile estetik labia minora reduksiyonu yaptığımız 16 olgunun intraoperatif özelliklerini, postoperatif morbidite ve hasta menmuniyeti sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Materyal-Metod: 20 Agustos 2014 ile 24 Şubat 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD ile Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'na genital estetik isteği ile gelen 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Operasyonların tümü iki cerrahın birlikte katılımı ile yapıldı. Daha önce labioplasti yapılıp asimetri için revizyon isteyenler, inferior wedge rezeksiyonu ve deepitelizasyon dışında farklı bir cerrahi teknik kullanılarak operasyona alınan hastalar çalışma dışı tutuldu. Hastalara antibiyoterapi ile profilaksi yapılmadı.Hastalarin yaş ortalaması 33 tü (21-46). Postoperatif 1 hafta 1 ay 3 ay ve 6 ay olmak üzere hastalar dört defa kontrole çağrıldı. Ortalama takip süresi 6 aydı. Takip sırasında gelmeyen hastalar oldu ve bu hastalarla telefonda memnuniyet değerlendirmesi yapıldı. Cerrahi Teknik: Hastanın estetik ve fonksiyonel isteklerini karşılamaya yönelik wedge rezeksiyon yapılacak alan redüksiyondan önce işaretlendi. Gerilimsiz kapanmaya izin verecek şekilde kolay taşınabilmesi için rezeksiyondan önce superior flep pensetle tutulup posterior fourchette göre ayarlandı. Labial kenarın kıvrımli siyah alanını azaltmak amacı ile yapılan rezeksiyonu takiben derin olan interlabial sulkustan eliptik deepitelizasyon yapılarak sulkus sığlaştırıldı. Süperiorda ki flep distalinin posterior fourchette sütüre edilmesi sonrası separe sütürlerle deri ve mukoza onarıldı (Resim 1).

Bulgular: Operasyon isteme nedenlerinde birden fazla etken vardı.11 hasta (% 68) labia dudaklarının doluluğunun rahatsızlık vermesi veya kıyafetlerde rahatsızlık yaratması (özellikle belirli kıyafetleri giyinmede zorluk) nedeni ile, 4 hasta (%25) vaginal görünümünden mutsuz olmasından (estetik kaygılar), 6 hasta (%37) eşinin memenuniyetsizliğinden, 3 hasta (%18) cinsel aktiviteyi kötü etkilemesinden (disparonia ve erezyon), 9 (%56) hasta kötü hijyen ve kronik enfeksiyondan dolayı operasyon istiyordu. Tüm hastalarda spinal anestezi yöntemi kullanılmıştır. 4 (%25) hastada spinal anesteziye bağlı başağrısı izlendi. Kafeinli analjezikler ve oral sıvı alımı ile başağrısı düzeldi.Hastaların tümünde bilateral labioplasti uygulandı. Ortalama operasyon süresi 48 dakika idi. Ortalama hemoraji 125 cc idi. Hiç bir hastada yara yeri dehissansı görülmedi. Hiç bir hastada geç yara yeri enfeksiyonu, hipertrofik skar, skar kontraktürü, nekroz ve labial kenar distorsiyonuna bağlı rahatsızlık gelişmedi. Hiç bir hastada labia minoralarda postoperatif asimetri gelişmedi. Dolayısı ile revizyon cerrahi uygulanmadı. Sonunda tüm hastalar estetik görünüm açısından oldukça menmundular. Hasta tatmini %100 dü (Resim 2).

Sonuç: Inferior wedge rezeksiyon ile kombine deepitelizasyon yöntemiyle labia minora redüksiyonu hasta menmuniyeti yüksek, düşük komplikasyon oranlarına sahip basit ve güvenli bir tekniktir. Bizim görüşümüze göre, bu kombine teknik, labia minoraları hipertrofik olan ve özellikle labialarının doğal serbest kenar görüntüsünün bozulmasını istemeyen hastalara önerilmelidir.

Resim 1



Inferior wedge rezeksiyon ve deepitelizasyonun tasarlanması ve uygulanması

Resim 2



Postoperatif erken ve geç dönem sonuçlar

P-332
Inferior Wedge Rezeksiyon ve Deeptelizasyon ile Estetik Labia Minore Redüksiyonu Seksuel Disfonksiyonu Düzeltir mi??

Murat Bozkurt[1], Ebru Şen Mercan[2]
[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Kars,*

Amaç: The Female Sexual Function Index (FSFI), 19 soruluk anket ile kadınların sexual fonksiyonlarını (cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel doyum ve ağrıyı sorgulayan) öz değerlendirme aracı olarak kullanılan kısa geçerliliği kanıtlanmış bir skorlama sistemidir. FSFI in kadın sexual istek bozuklukları, kadın orgazmik hastalıkları ve hipoaktif seksuel istek azlıklarında geçerliliği kanıtlanmıştır. Labial hipertrofili hastalarda seksuel disfonksiyona azımsanmayacak ölçüde rastlanılmaktadır. Bu çalışmada, labial hipertrofinin yanısıra sexual disfonksiyon şikayetide olanlarda, Inferior wedge rezeksiyonve deepitelizasyon ile estetik labia minora reduksiyonu tekniği kullanarak yaptığımız cerrahi tekniğin sexual fonksiyona etkisini FSFI skorlama sistemi kullanılarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod: 20 Agustos 2014 ile 24 Şubat 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD ile Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD vaginal estetik isteği ile gelen 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Operasyonların tümü iki cerrahın birlikte katılımı ile yapıldı. Daha önce labioplasti yapılıp asimetri için revizyon isteyenler, inferior wedge rezeksiyonu ve deeptelizasyon dışında farklı bir cerrahi teknik kullanılarak operasyona alınan hastalar çalışma dışı tutuldu. Hastalara antibiyoterapi ile profilaksi yapılmadı. Postoperatif 1 hafta 1 ay 3 ay ve 6 ay olmak üzere hastalar dört defa kontrole çağrıldı. Ortalama takip süresi 6 aydı. Takip sırasında gelmeyen hastalar oldu fakat tümüyle telefonda iletişime geçildi. Sexual disfonksiyon tarifleyen olguların tümünde, preoperatif ve postoperatif ilk cinsel ilişkiden 2 ay sonra FSFI ile sexual fonksiyon değerlendirildi.

Değerlendirme Ölçütleri: Ölçek, arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel başarı ve ağrı olmak üzere altı 6 ayrı başlıktan oluşmaktadır. Her başlık 0 veya 1 ile 6 arasında puanlanmaktadır. En düşük puan iki (2) ve en yüksek puan otuz altıdır (36). Yüksek puan daha iyi fonksiyon anlamına gelmektedir.

Bulgular: 16 hastanın 13’ ü (%81, 25) sexual olarak aktif iken 3 hasta (% 18,75) virgo idi. 13 hastanın 10 unda (%76.9) sexual disfonksiyon mevcut idi. 3 (% 23.1) hasta normaldi. Seksuel disfonksiyon olan olgularda ortalama yaş 33 (21-46) idi. Olguların %60 (n=7) üniversite mezunu %40(n=4) ı lise ve ilköğretim mezunuydu ve çalışmıyordu. Olguların hepsi (n=10) en az bir vaginal doğum yapmıştı ve sezaryan operasyonu yoktu. Ortalama vaginal doğum 3(1-6) idi. Ortalama evlilik süresi 12 yıl idi. 10 hastanın 8 nde (%80) seksuel disfonksiyon düzelirken, 1 hastada daha da kötüleştiği(%10) ve 1 nde ise (%10) değişmediği öğrenildi. Preoperatif ortalama FSFI skoru 16 (8-23) idi. Postoperatif FSFI skoru 30 idi (23-34). Preoperatif ve postoperatif FSFI skorları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılığa ulaşan iyileşme izlendi ($p=0.028$ $p<0.05$). Logistik regresyon yapıldığında, seksuel disfonksiyon yaşayan hastalar yaşamayan 3 hasta ile karşılaştırıldığında yapılan incelemede cinsel ilişki sırasında disparoni yaşayanların yaşamayanlara göre 4 kat daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu yaşama riski olduğu bulundu. Seksuel

disfonksiyonu kötüleşen olguda sütürlerin açılacağı kaygısı ve vaginal lubrikasyonda azalmanın etiyolojide rol alan faktörler olduğu bulundu. Vaginal estrofem (Estriol vaginal krem 35 gr ASSOS krem) kullanılarak ve psikiyatr konsultasyonu ile sexual disfonksiyon geriledi. Diğer hasta da hipoaktif cinsel istek azlığı mevcuttu. Hasta ek bir tedavi istemedi.

Sonuç: Labial hipertrofi nedeniyle inferior wedge rezeksiyonu ve deeptelizasyon yapılan olgularda seksuel disfonksiyonun büyük bir oranda gerilediği bu çalışmada gözlendi. Seksuel disfonksiyona katkısı olabilecek anatomik nedenlerin değiştirilmesi sadece fonksiyonel açıdan değil aynı zamanda psikolojik olarak ve de eşin algısı değiştirilerek sexual fonksiyon parametrelerinde iyileşme sağlayabilir. Bu konuda plasebo kontrollü randomize çift kör çalışmalara ihtiyaç halen devam etmektedir.

P-333
Inferior Wedge Rezeksiyon ve Deeptelizasyon Ile Estetik Labia Minore Reduksiyonu Yapılan Olgularda Labial Hipertrofinin Franco Klasifikasyonu Ile Değerlendirilmesi

Ebru Şen Mercan[1], Murat Bozkurt[2]
[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Kars
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya

Amaç: Labial hipertrofinin derecesinin evrelendirilmesi ile ilgili çeşitli sınıflama sistemleri olmasına rağmen halen hangisinin daha kullanışlı ve iyi olduğu yönünde bir görüş birliği yoktur. Bu çalışmada inferior wedge kenar rezeksiyonu ve deeptelizasyon ile estetik labia minora reduksiyonu tekniği kullanarak yaptığımız 16 olguda labial hipertrofinin Franco klasifikasyonu kullanarak, preoperatif ve postoperatif değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod: 20 Agustos 2014 ile 24 Şubat 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD ile Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi AD a labial estetik isteği ile gelen 16 hastadan 9 u çalışmaya dahil edildi. Operasyonların tümü iki cerrahın birlikte katılımı ile yapıldı. Daha önce labioplasti yapılıp asimetri için revizyon isteyenler, tanımlananan wedge rezeksiyonu dışında farklı bir cerrahi teknik kullanılarak operasyona alınan hastalar çalışma dışı tutuldu. Hastalara antibiyoterapi ile profilaksi yapılmadı. Postoperatif 1 hafta 1 ay 3 ay ve 6 ay olmak üzere hastalar dört defa kontrole çağrıldı. Ortalama takip süresi 6 aydı. Takip sırasında gelmeyen 7 hasta ölçüm yapılamadığından çalışmadan çıkarıldı.

Labial hipertrofi ve Franco Klasifikasyonu: Labial hipertrofi konjenital, endojen ya da eksojen androjen fazlalığı, hızlı ve çok fazla kilo alma ve kronik irritasyona bağlı kazanılmış olabilir. Bununla birlikte labia minoraların ölçüsü ile standartları yoktur. Genel kabul edilen labia majoraların minorleri kapaması ve hastanın bacakları fleksiyonda iken labia minoraların superiora doğru birleşmesi ve kısmen klitorisi kapatmasıdır. Franco klasifikasyonu labial hipertrofinin objektif olarak değerlendirilmesini sağlayan bir sistemdir (Tablo 1). Böylelikle hasta menmuniyetinin değerlendirilmesi, cerrahinin başarısını ortaya koymada Plastik Cerrahları subjektiflikten kurtarır.

Bulgular: Tip 1 olan hastalar opere edilmedi, bilgilendirildi ve psikiyatr konsultasyonu yapıldı. 1 (%11) hasta Tip 2, 6 (% 66) hasta Tip 3, 2 (%22) hasta Tip 4 olarak değerlendirildi. Operasyon sonrası 8 (%88) hasta Tip 1, 1 (%11) hasta Tip 2 olarak değerlendirildi. Hasta menmuniyeti %100 dü. Tip 3 olan hastaların Tip 1 dönüşmesi hastalar açısından oldukça tatmin edici bulundu. Postoperatif Franco klasifikasyonuna göre düşük tiplerle hasta menmuniyeti doğrusal bir oran gösteriyordu. İki cerrah arasında bu klasifikasyonun kullanılması başarı oranını ve hasta menmuniyetini öngörmede oldukça başarılı olmuştur. Her iki cerrah da Tip 3 den Tip 1 e düşen hastaların menmuniyetini %83,3 (6 hastanın 5 i) doğrulukla tahmin etmişlerdir. Kendi aralarındaki öngörüleri %100 (6 hasta sıralandığında aynı sıralama paterni elde edilmiştir) dür.

Sonuç: Hasta açısından Franco klasifikasyonuna göre yüksek tipler ile hasta menmuniyetsizliği arasında doğrusal bir oran vardır. Franco klasifikasyonu ile labial hipertrofinin değerlendirilmesi cerrahlara operasyonun planlamasını sağladığı gibi postoperatif cerrahi başarıyı değerlendirmede de yardımcıdır. Değişik cerrahlar arasında ortak bir objektif konuşma dili yaratır. Populasyonumuzda kullanılabilecek bir klasifikasyon sistemi olabilir. Bu konuda çok merkezli farklı bölgelerden yapılacak çalışmalar bu konu hakkında daha kesin sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

Tablo 1

Tip 1	2 cm>
Tip 2	2-4 cm
Tip 3	4-6 cm
Tip 4	6 cm<

Talita Franco Sınıflaması

P-334
Alışılmadık bir kartilaj skoring yöntemi ile otoplasti

Nazım Gümüş[1], Sarper Yılmaz[2]
[1]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana
[2]Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: İdeal otoplasti yöntemi ciddi ve düzeltilmesi güç komplikasyonları azaltmalı ve iyi bir estetik sonuç sağlamalıdır. Ancak tüm kulak deformitelerine uygulanabilecek standart bir otoplasti yöntemi yoktur. Bu çalışmanın amacı, ön cilt diseksiyonu içermeyen sadece kulak arkası yaklaşımlı ve tam olmayan kıkırdak kesileri ile sütür tesbiti içeren yeni bir otoplasti yöntemi sunmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma 42 iki yanlı kepçe kulak hastasını içerdi. Hastaların 24'ü kadın 18'i erkek olup, ortalama yaşları 16 idi. Yaşlar 8 ile 31 arasında değişti. Kıvrılmamış antiheliks ana deformite olmakla birlikte kimi hastalarda konkal fazlalık vardı. Otoplasti işlemi asıl olarak kulak arkası cilt çıkarılması, ardışık büyüktür '>' işareti şekilli tam olmayan kıkırdak kesileri, kıkırdağa matres sütür koyulması, kulak lobulü düzeltilmesi ve gerekli ise konkal fazlalığın azaltılması işlemlerinden oluştu. Operasyon öncesi yeni antiheliks ve ön ve arka sınırı çizildi. Bu sırada kulak arkaya doğru eğildi. Posterior kulak bölgesi lidokain ve adrenalin içeren lokal anestezik ile infiltre edildi. Bu diseksiyonu kolaylaştırıp, hemostazı hızlandırdı. Ön bölge işaretleri metilen mavisi ile işaretli iğneler ile arka cilt ve kartilaja geçirildi. Kulak arkası

fazla cilt telefon ahizesi şekilli bir cilt eksizyonu ile alındı. Bu sırada perikondriyum da eksize edildi. Açığa çıkan kartilajın üzerine ardışık olarak büyüktür işareti (>) şekilli inkomplet kesiler yapıldı. Skafal ve konkal hatların arasına üç sıra olarak yapılan kesiler ön kulak yüzeyinde keskin kenar bırakmadıklarından doğal ve yumuşak hatlara sahip bir postoperatif görüntü bıraktılar. Konkal fazlalık varsa konkamastoid sütür veya 2-6 mm genişlikte konka eksizyonu işleme eklendi. Konkal ve skafal çizgiler arasına 3-4 adet Mustardee tipi 4/0 emilebilir monoflaman matres sütür yerleştirildi. Böylece kulağın geriye gelmesi ve heliks oluşumu sağlandı. Cilt sütürasyonun ardından kulak arkası doldurularak pansuman yapıldı.

Bulgular: Bu otoplasti işlemi kolay, basit ve hızlı cerrahi işlemlerden oluşup, anterior cilt diseksiyonu ve kartilaj skoringi gerektirmemektedir. Bu nedenle erken ve geç postoperatif dönemde düşük komplikasyon oranına sahiptir. Ortalama 3 yıl olan takip süresi 1-9 yıl arasında değişti. Erken ve geç takiplerde hematom, kondrit, yara enfeksiyonu, deri nekrozu, nüks, asimetri, hipertrofik skar, granüloma veya yüzey düzensizliği görülmedi. İyi bir simetri ve doğal bir görünüş sağlandı. Hastalar sonuçtan memnundu ve toplam komplikasyon oranı %7 olarak tesbit edildi.

Sonuç: Sunulan yöntem anterior deri diseksiyonunun istenmeyen etkileri ve çekincelerini aşmada etkili olup, anterior deri nekrozu, kondrit, kartilaj nekrozu, tahribatı ve kulak düzensizliği gibi ciddi komplikasyonları azaltır. Ayrıca yöntem, kulak ekimozu, şişlik, ameliyat süresi ve dikiş açığa çıkması ile nüks ihtimalini azaltır.

Kaynaklar

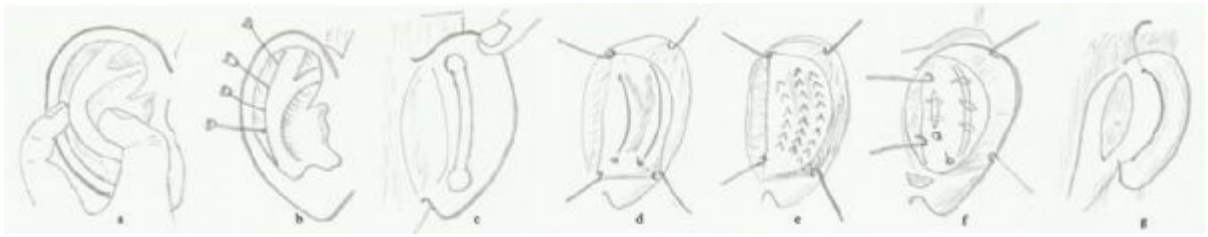
1. 1. Jeffery S. Complications following correction of prominent ears: an audit review of 122 cases. Br J Plast Surg. 1999;52: 588.
2. Tan K. Longterm survey of prominent ear surgery: a comparison of two methods. Br J Plast Surg. 1986;39: 270.
3. Hassanpour SE, Moosavizadeh SM. Posterior scoring of the scapha as a refinement in aesthetic otoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63(1):78-86.
4. Ozturan O, Dogan R, Eren SB, Aksoy F, Veyseller B. Percutaneous adjustable closed otoplasty for prominent ear deformity. J Craniofac Surg. 2013;24(2):398-404.
5. Szychta P, Stewart KJ. Comparison of cartilage scoring and cartilage sparing techniques in unilateral otoplasty: a ten-year experience. Ann Plast Surg. 2013;71(5):522-7.

Resim 3



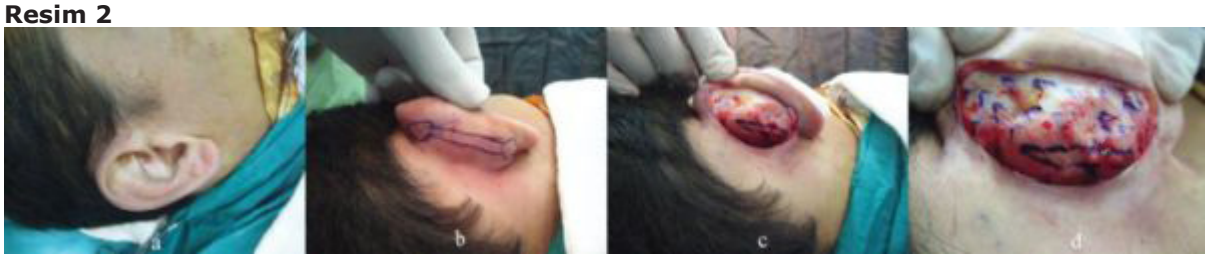
Yöntem ile onarılan bir prominent ear hastasının ameliyat öncesi ve geç postop bulguları

Resim 1



Şematik olarak uygulanan otoplasti yönteminin gösterilmesi

Resim 2



Ameliyat sırasında işlemin planlanması ve uygulanması

P-335
Yaşlı Görünüme Neden Olan, Derin Horizontal Alın Çizgileri Olan Genç Bir Olgu

Muzaffer Durmuş[1], Ercan Çalışkan[2], Abdül Kerim Yapıcı[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Deri ve Zührevi Hastalıklar AD

Amaç: Estetik sorunların çözümünde plastik cerrahlar birçok tedavi modalitesine sahiptir. Bu modaliteler temel olarak cerrahi yöntemler ve cerrahi dışı yöntemler olarak ayrılabilir. Son yıllarda Plastik Cerrahi pratiğinde giderek artan oranlarda cerrahi dışı yöntemlerin popülarize olduğu görülmektedir. Cerrahi dışı yöntemler arasında en sık botoks (BTX) uygulamaları, kalıcı ve geçici dolgu uygulamaları, kollajen ve PRP (Platelet-Rich Plasma) uygulamalarının yapıldığı görülmektedir. BTX uygulaması muayenahane koşullarında en sık uygulanan işlemdir. Bu uygulamada etki yaklaşık 3-5 günde başlamakta ve yaklaşık 10-14 günde maksimuma ulaşmaktadır. Hastaların çoğunda tatminkar sonuçlar sağlamaktadır. Bu çalışmada derin alın çizgilerine sahip, cerrahi istemeyen bir olguda yapılan uygulama ve sonuçları sunulacaktır.

Olgu Sunumu: On dokuz yaşında erkek hasta yaşlı görünüme yol açan alında derin kırışıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde alın bölgesinde horizontal seyirli dinamik kırışıkların olduğu, hasta psikolojisini olumsuz yönde etkilediği görüldü (Resim1). Hastaya BTX uygulanmasına karar verildi. İşlem sonrası hasta 2.haftada kontrole çağrıldı. Hastanın kontrol muayenesinde uygulama sonrası derin kırışıklıkların totale yakın şekilde kaybolduğu izlendi (Resim2). Bu olgumuzda hastanın erkek olması yanında hipertrofik yapıda frontal kas olması nedeniyle ilaç dozu iki katına çıkarılarak uygulandı. Bayan hastalarda arzulanan kaş kaldırma işlemi erkek hastalarda çoğu zaman arzulanmaz. Feminen özelliğin oluşmaması için hastaya uygulanan ilaç, midpupiller hattın hafif lateraline doğru uygulama noktaları kaydırılarak yapıldı.
Tartışma ve Sonuç: Yüz bölgesinde aging (yaşlanma) en belirgin şekilde alında görülmektedir. Bu durum hastaların psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Bu dışında kaz ayakları (crow's feet), glabellar yöre (vertikal glabellar furrows), bunny lines (tavşan çizgileri) diğer etkilenen bölgelerdir. Yüz bölgesinde mimik kasları ile oluşan dinamik kırışıklıklar BTX uygulaması sonrası giderilebilmektedir. Bu etki geçici olup 2-6 ay sürmektedir. Bu olgumuzda cerrahi istemeyen ancak yüz bölgesinde, alnında derin kırışıklık şikayeti olan hasta BTX ile başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bazı olgularda kalıcı ya da geçici dolguların kombinasyonu ile özellikle glabellar yörede başarılı sonuçlar rapor edilmiştir. Sonuç olarak yüz bölgesindeki dinamik kırışıklığı olan olgularda BTX uygulaması ile iyi sonuçlar elde edilebilir. Özellikle güçlü kas yapısı olan erkek hastalarda hiperdinamik yapıya bağlı gelişen kırışıklıklarda botulinum toksin iyi bir seçenek olarak görülmektedir.Bu sayede kısa süreli bile olsa hastanın günlük yaşamına pozitif bir katkı sağlanabilir.

Kaynaklar: 1. Connor MS, Karlis V, Ghali GE. Management of the aging forehead: a review.Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Jun;95(6):642-8. Review. 2. Kang SM, Feneran A, Kim JK, Park O, Kim JE, Won CH, Chang S, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Youn CS, Cho S, Lee SH. Exaggeration of wrinkles after botulinum toxin injection for forehead horizontal lines. Ann Dermatol. 2011 May;23(2):217-21. 3. Salti G, Ghersetich I. Advanced botulinum toxin techniques against wrinkles in the upper face. Clin Dermatol. 2008 Mar-Apr;26(2):182-91.

Resim1



Botoks uygulama öncesi derin alın çizgileri görülmektediri.

Resim2



Uygulama sonrası çizgilerin belirgin oranda azaldığı izlenmektedir.

P-336
Problemsiz Biten Rinoplasti Operasyonlarından Sonra Karşımıza Çıkan Nadir Komplikasyonlar; Vaka Sunumları ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Musa Kemal Keleş[1], İbrahim Alper Aksakal[2], Çağlayan Yağmur[2], Tae Hwan Park[3], İsmail Küçüker[2]
[1]Beyhekim Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Bölümü, Konya
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun
[3]Buleun Health Care Center, Plastik Cerrahi Bölümü,

Incheon, Republic of Korea

Giriş: Hiçbir cerrahi işlem komplikasyonsuz değildir. Karşılaşılabilecek komplikasyonlar basit problemlerden, beklenmedik çok ciddi durumlara kadar değişiklik gösterebilir. Septorinoplasti operasyonlarında komplikasyon görülme ihtimali nadir değildir. Son çalışmalarda rinoplasti komplikasyonlarının yaklaşık %5-18 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız problemsiz bir şekilde geçirilen septorinoplasti operasyonlarından sonra karşımıza çıkan nadir komplikasyonlarımızı paylaşmak ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermekti.

Gereç ve Yöntem : Bu çalışmada 2007 - 2015 yılları arasındaki septorinoplasti ve rinoplasti operasyonu geçiren hastaların klinik kayıtları incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, operasyon detayları, postoperatif takip dokümanları, komplikasyon belirtileri ve tedavi yaklaşımları kaydedildi. Çalışmada 4 adet vakada görülen nadir rinoplasti ve septorinoplasti komplikasyonları detaylı literatür taraması ile birlikte sunulmaktadır.

Vakalar: Vaka1: 26 yaşında bayan hasta primer septorinoplasti operasyonu sonrası hsv enfeksiyonu gelişti. Vaka2: 20 yaşında bayan hasta primer septorinoplasti operasyonu sonrası tek taraflı pitoz gelişti. Vaka3: 25 yaşında bayan hasta primer rinoplasti operasyonu sonrası hastada periorbital amfizem gelişti. Vaka4: 22 yaşında bayan hastaya 2013 yılında primer septorinoplasti operasyonu yapıldı vakada ikinci derece yanık meydana geldi. Tüm vakalar uygun tedavilerle problemsiz olarak tedavi edildiler.

Tartışma : Sorunsuz septorinoplasti operasyonlarından sonra literatürde birçok beklenmedik komplikasyon bildirilmiştir. Bunlar arasında kanama hastalıkları, alerjik reaksiyonlar ve dermatit, görme kaybı, mide kanaması, benign paroksismal vertigo, yalancı anevrizma, pnömosefalus, tapia sendromu, kavernöz sinüs trombozu ve prolen dikişe karşı cilt reaksiyonu sayılabilir. Bu tür nadir ve sorunsuz cerrahiden sonra oluşan komplikasyonları önlemede dikkatli hasta hikayesi alınması, cerrahın rutin uygulamalarındaki ufak değişiklikler, radyolojik değerlendirmelerde sadece buruna değil tüm yüz yapılarına odaklanmak, hastanın sık vizitlere çağırılması faydalı olabilir. Ayrıca onam formlarında bulunacak bu nadir komplikasyonlar cerrahlar için kurtarıcı olabilir.

P-337
Rinoplastide implant kullanımı: çözüm mü problem mi?

Ebru Şen Mercan[1], Aslı Datlı[2], Asuman Özel[2]
[1]Kafkas Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Revizyon rinoplasti hem yönetimi hem de cerrahi planlaması zor olan bir prosedürdür. Fonksiyonel ve estetik burun cerrahisinin popülaritesi her geçen gün yükseliş göstermekle birlikte hastaların ve cerrahların operasyonlardan beklentileri de artmaktadır. Burnun üç boyutlu anatomisi iyi analiz edilmeden yapılan ameliyatlarda hasta ve doktorun memnuniyetsizliği kaçınılmazdır. Bu yazımızda anabilim dalımıza başvuran çok sayıda rinoplasti ve revizyon rinoplasti ameliyatları olmuş bir hastada gelişen komplikasyonu ve sürpriz neticeyi sunmaktayız.

Olgu: Daha önce 3 kere rinoplasti ve 10 kere rinoplastilere bağlı gelişen problemler nedeni ile revizyon operasyonları geçiren 36 yaşında kadın hasta anabilim dalımıza başvurdu. Son geçirdiği rinoplasti ameliyatı sonrası 1 yıldır devam eden akıntı, burun içinde ele gelen yabancı cisim, kötü koku ve burun tip ve dorsumunda hiperemisi mevcuttu. Alınan detaylı anamnezde ilk operasyondan sonra devam eden deviasyon nedeni ile sekonder operasyonunu olduğu öğrenildi. İkinci operasyon sonrası gelişen saddle nose deformitesi için bir başka doktorda tedavisine devam eden hastaya otolog kıkırdak grefti yerine sentetik dorsum implantı kullanılmıştı. Ameliyat sonrası 8. ayda burunda akıntı, ağrı, kızarıklık ve kötü koku nedeniyle doktoruna başvuran hastanın mukozasını ekspoze eden polietilen implantın burun içinden lokal anestezi altında kesildiği ve hastaya antibiyotik reçete edildiği öğrenildi. Şikayetleri gerilemeyen hasta geçen dönemin ardından tarafımıza başvurdu. Spekulumla yapılan muayenede tip altı mukozada bilateral ekspoze implant, mukozalarda hiperemi ve şiddetli akıntı olduğu gözlenmesi üzerine hastanın ameliyatı planlandı. İmplant infrakartilajinöz insizyon ile çıkarıldı. Oluşan boşluğa yerleştirilen anjioket ile 3 gün süreyle RİF ile yıkama yapıldı. Ameliyat öncesi 30 dk önce yapılan proflaksiye ek olarak, postoperatif gentamisin ve ampisilin sulbaktam ikili antibiyotik tedavisine 7 gün süre ile devam edildi. Ameliyat sonrası 1. haftada hastanın şikayetleri tamamen geriledi. Saddle nose deformitesi gelişmesi nedeni ile polietilen implant kullanılarak yapılan revizyon rinoplasti ameliyatı sonrası hastada deformitenin devam ettiği ancak implant çıkarıldıktan sonra ileri derecede fibrozisten dolayı deformitenin ilerlemediği gözlendi.

Tartışma: Rinoplasti ameliyatı yapan hekimlerin sayısının her geçen gün artması ile sekonder cerrahi gerektiren olguların sayısı da yükseliş göstermektedir. Burnun üç boyutlu anatomisi iyi analiz edilmeden yapılan ameliyatlarda hasta ve doktorun memnuniyetsizliği kaçınılmazdır. Hastaların çoğunda rezidüel ve iyatrojenik estetik deformite sekonder cerrahi endikasyonları doğurmaktadır. Bu yüzden bu konu rinoplasti ile ilgilenen tüm cerrahların hakim olması gereken bir durumdur. Revizyon rinoplasti planlanan bir hastada cerrah mutlaka ayrıntılı bir değerlendirme yapmalıdır. Deformitelerin neler olduğunu ve bu deformiteleri düzeltmek için hangi teknikleri kullanacağını önceden planlamalıdır. Estetik burun operasyonlarındaki başarısızlık hastayı psikolojik yönden etkilerken doktoru da zorlu bir hukuksal sürece sokabilir. Otolog dokularla yapılan rekonstrüksiyonlarda donör alan morbiditesi ve sonuçların implantlara benzer olmasının yanında enfeksiyon, yabancı cisim reaksiyonu ve ekspozisyon riski olmaması avantajlarıdır. Kullanılan implantın ekspose olduğu ve enfeksiyon geliştiği durumlarda antibiyotik kullanılmasına rağmen gerileme söz konusu değilse yabancı cisim çıkarılarak tedavi planlanması faydalı olacaktır. Bu olgu aracılığıyla gözlendi ki geçirilen birden fazla operasyonlar sonrası gelişen fibrozis, burunda bir çatı oluşturmakta ve implant çıkarılmasına rağmen burun şeklini korumaktadır.

Sonuç: Birden fazla operasyon geçirme neticesinde yoğun fibroz gelişen hastalarda, uzun dönemde burun şeklini koruduğundan dolayı implantın çıkarılmasında sakınca olmayabilir. Otolog dokularla rekonstruksiyonun üstünlüğünü tekrar hatırlatırken, enfeksiyon gelişen hastalarda implantların çıkarılarak tedavi edilmesini önermekteyiz. Yine de her hastanın ayrı özellikleri olduğundan, olgu bazında bu durumu değerlendirmek daha faydalı olacaktır.

Resim 1



Ameliyat öncesi hastanın önden ve yandan görünümü. Yapılan tüm revizyon rinoplastilere rağmen saddle nose deformitesi devam ediyor.

Resim 2



Solda: tip altı mukozada ekspoze implant. Sağda: implantın çıkarıldıktan sonraki görüntüsü. Daha önceki müdehalede kesildiği için görülen keskin kenarlar.

Resim 3



İmplant çıkarıldıktan 6 ay sonraki önden görünüm. Fibrozis nedeni ile burun şeklinde belirgin bir değişim yok.

P-338
Problemden Çözüm Üretme Sanatı: Plastik Cerrahi

Aslı Datlı[1], Asuman Özel[1], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kartal, Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Jinekomasti, erkeklerde benign, aşırı meme gelişimi olarak tanımlanmakla birlikte, en sık pubertal dönemde saptanmaktadır. Çoğu zaman idiyopatik olarak ortaya çıkan jinekomasti, kalıcı olması durumunda cerrahi olarak tedavi edilebilir. Hipertrofik skar ise predispoze kişilerde derinin travmaya karşı aşırı doku reaksiyonu olup, benign fibröz büyümelerdir. Bu çalışmada, kliniğimize başvuran hem jinekomastisi hem de hipertrofik skarı mevcut hastada planladığımız cerrahi tedaviyi sunmaktayız.

Olgu: 16 yaşında erkek hasta kliniğimize 10 yıl önce sıcak sıvı yanığı sonrası gelişen izler ve her iki memede büyüklük şikayetleri ile başvurdu. Yapılan muayenede hastada evre 2a jinekomasti ve gövde ön yüzde özellikle sternum üzerinde hipertrofik yanık skarı gözlendi. Skar herhangi bir fonksiyonel kısıtlılığı sebep olmamakla birlikte hastanın özellikle yaz aylarında kaşıntı ve kabarma şikayetleri mevcuttu. Hasta ve hasta yakınlarına verilen detaylı bilgi sonrasında hastanın ameliyatı bilateral memeye liposuction ve elde edilen yağ greftlerinin skar içerisine enjeksiyonu şeklinde planlandı. Her iki memeye adrenalinli solüsyon infiltrasyonu sonrasında gövde laterallerinden yapılan birer cmlik insizyonlar ile liposuction işlemi yapıldı. Toplam 140cc yağ grefti elde edildi. Skar kırıcı kanüller ile skar altında oluklar oluşturulduktan sonra elde edilen yağ greftleri skar altına enjekte edildi. Ameliyat sonrası hastaya elastik bandaj ile pansuman yapıldı.

Tartışma: Başlangıçtaki yara sınırlarının dışına taşmaması özelliği ile keloidden ayrılan hipertrofik skarın bir diğer özelliği ise uzun bir süre sonunda normal yara görünümüne ve sınırlarına dönebilmesidir. Hem hipertrofik skarın hem de keloidin tedavisinde ilk akla gelen steroid enjeksiyonu iken aslında vücudumuzda skar kalitesini arttırmak için kullanabileceğimiz yağ dokusu çoğu zaman atlanır. Otolog yağ greftleri değişik kozmetik ve rekonstrüktif endikasyonlarda sıklıkla kullanılmakla birlikte yaptığımız bir çok ameliyat sonrası elde ettiğimiz ancak değerlendirmediğimiz dokulardır. Örneğin, jinekomasti, abdominoplasti, küçültme mammoplastisi ya da vücut şekillendirme ameliyatları sonrasında elde edilen yağ greftlerinin yanlızca yüz, vücut, bacak, kol ve ellerinin yeniden şekillendirilmesinde değil, hipertrofik skar ve keloid gibi yara iyileşmesi problemlerinde skar kalitesini arttırmak amaçlı da kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç: Cerrahi müdahale, jinekomastinin tedavisinde en önemli ve etkili seçenek olup, en az skar ile büyümüş meme dokusunu küçültmeyi hedefler. Erken evre jinekomastilerde yeterli bir tedavi yöntemi olan liposuction ile elde edilen yağ greftlerinin bu gibi seçilmiş olgularda skar kalitesini arttırmak için kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Ameliyat öncesi hastanın oblik görüntüsü. Bilateral evre 2 jinekomasti ve gövde ön yüzde hipertrofik yanık skarı

Resim 2



Bilateral evre 2 jinekomasti ve liposuction sonrası memelerin görüntüsü

Resim 3



Bilateral memeye yapılan liposuctionın ardından elde edilen yağ greftlerinin kanül yardımı ile skar içerisini enjeksiyonu

P-339
İleri evre Jinekomasti olgularının izole liposuction ile yönetimi

Medeni Volkan Kıyak, Erkan Yüce,
Hikmet İhsan Eren, Mecd Atıf Cezairlioğlu,
Semra Hacıkerim Karşıdağ, Kamuran Zeynep Sevim
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Jinekomasti erkeklerde en sık görülen meme ile ilgili hastalıktır. Stromal ve duktal elemanların benign hiperplazisi ile oluşmaktadır. İnsidansı %32-36 arasında değişmekte ve otopsi serilerinde %40 olarak bildirilmektedir. Klinikte daha sık rastladığımız idiopatik jinekomasti sirkülasyonda östrojen artışı, androjen azalması veya androjen reseptörlerinin disfonksiyonu nedenleri ile ortaya çıkmaktadır.

Materyal Metod: 2015 yılında kliniğimize başvuran yaş aralığı 22-32 arasında değişen Simon klasifikasyonuna göre evre 2B jinekomasti olarak değerlendirilen 4 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif yapılan değerlendirilmelerde herhangi bir patoloji saptanmayan hastalarda jinekomasti sebebi idiopatik olarak değerlendirildi. Hastaların cilt kalitesi yüksek ve meme dokusu yağ dokudan yoğun olarak değerlendirilmesi sebebiyle izole liposuction planlandı. Hastalara standart

tümesan teknikle liposuction(suction assisted lipectomy) yapıldı. Her iki hastada operasyon sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Postoperatif 1. günde taburcu edildi. Hastalara operasyon sonrası iki ay boyunca korse kullanılması önerildi. Aylık kontrollerle takip edilen hastaların postoperatif 6. ayda sonuçları gayet başarılı ve hasta memnuniyeti oldukça yüksek olarak görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Jinekomasti tedavisi hastaya göre planlanmalıdır. Tedaviyi planlarken gland dansitesi, yağ doku miktarı, cilt fazlalığı ve cilt kalitesi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Fizik muayene ve değerlendirmeler yapıldıktan sonra meme dokusunun eksizyonu, liposuction ve ya bu ikisinin kombinasyonu yöntemlerinden birisi seçilebilir. Yağ dokusu fazla olan olgularda izole liposuction yeterli olabilecekken yoğun gland dokuları olan olgularda meme dokusunun eksizyonu veya pull through gibi yöntemler tercih edilebilir. İleri evre cilt fazlalığı da olan olgularda tedavide redüksiyon mammoplasti teknikleri kullanılması önerilmektedir. Genç ve cilt kalitesi yüksek hastalarda liposuctionla cilt altı yağ dokusu boşaltıldıktan sonra oluşan geçici sarkıklığın zamanla cildin tabana yapışması ve toparlanması ile düzeldiği bilinmektedir. Klinik deneyimimizde iki ileri evre jinekomasti olgusu izole liposuction(suction assisted lipectomy) yöntemi ile başarı bir şekilde tedavi edilmiştir. Genç ve cilt kalitesi yüksek hastalarda hafif cilt fazlalığı olsa bile tedavi planlanırken izole liposuctionla başarılı sonuçlar alınabileceğini düşünmekteyiz.

P-340
Kepçe kulak cerrahisinde konkamastoid açı düzeltilmesinde sekiz figür şeklinde atılan Furnas sütür ile belirgin lobül oluşumunun azaltılması

Yunus Doğan, Fethi Sarper Mete, Erol Kozanoğlu, Samet Vasfi Kuvat
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD

Lobül, kulağın alt 1/3 lük kıkırdak içermeyen parçasıdır. Kepçe kulak deformitesi mevcut hastalarda lobül de belirgin olabilmektedir. Lobül belirginliği deri ve yağ fazlalığına bağlı olabileceği gibi helix kuyruğunun aşırı uzun olmasına bağlı lobulün laterale çekilmesi sonucu da görülebilir. Çoğu kepçe kulak düzeltme cerrahisinde, aurikulanın setback i ve antihelikal foldun yeniden yapılandırılması sonrası lobul belirginleşmektedir. Belirgin lobül düzeltilmesi için tanımlanan cerrahi seçenekler lobul posteriondan farklı paternlerde deri eksizyonları yapılması, helikal kuyruğun farklı dikiş teknikleri ile konkaya yaklaştırılması, lobul dermisinden mastoid fasyaya uzanan dikiş kullanılması ve dermisten konkaya uzanan dikiş kullanılmasıdır. Biz bu bildirimizde çoğu kepçe kulak düzeltilmesi vakasında kullanmak zorunda kaldığımız konkamastoid sütürün horizontal matress yerine sekiz figür şeklinde atılması ile lobül belirginleşmesinde artış görmediğimizi ve bu sayede tanımlanmış daha komplike yöntemlerin kullanımından kaçınabildiğimizi aktarmak istedik.

P-341
Unilateral Jinekomastiye Yaklaşım ve Klinik Deneyimlerimiz

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Fatih Ceran, İbrahim Karaca Bşaran, Funda Akoz Saydam
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbuul

Giriş: Jinekomasti;erkeklerde meme dokusunda görülen duktal, stromal ya da yağ dokunun benign hipertrofisidir(1). Fizyolojik jinekomasti, insan yaşamının neonatal, pubertal ve ileri yaş olmak üzere 3 evresinde sık görülür. bu evreler dışında her hangi bir zamanda görülen jinekomasti; patolojik jinekomasti olarak adlandırılır(2) Bilateral ya da unilateral olarak görülebilen jinekomastinin toplumda insidansi %32-40 olarak belirtilmiş olup, adolesan dönemde %65 e kadar yükselmektedir(3). Etyolojik sebepler arasında en sık idiopatik olmakla birlikte endokrin patolojiler, ilaç kullanımı, sistemik hastalıklar, tümörler jinekomasti sebepleri arasında sayılmaktadır. Jinekomasti sıklıkla bilateral görülmekle birlikte nadir de olsa unilateral ya da asimetrik olarak da görülebilir. Bu çalışmada, kliniğimizde unilateral jinekomasti tanısı ile opere ettiğimiz hastalarda cerrahi yaklaşımımız ve klinik sonuçlarımızı sunmaktayız.

Materyal-Metot: 2010-2013 yılları arasında Simon sınıflamasına göre evre 2A ve evre 2B unilateral jinekomastisi olan 9 erkek hastanın,detaylı hikaye, fizik muayene, laboratuar sonuçları, ilaç kullanım öyküleri ve fotoğrafları retrospektif olarak incelendi(tablo2-3). Hasta yaşları 17 ile 22 arasında(ort 19.2) idi. 1 hastada Klinefelter sendromu mevcuttu, diğer hastalarda herhangi bir sistemik hastalık saptanmadı. Ortalama takip süresi 13.4 aydı.Tüm hastalar preoperatif olarak Meme USG ile değerlendirildi. Cerrahi eksizyon yapılan tüm hastaların eksizyon materyali patolojik incelemeye gönderildi.

Materyal-Metot: 2010-2013 yılları arasında Simon sınıflamasına göre evre 2A ve evre 2B unilateral jinekomastisi olan 9 erkek hastanın,detaylı hikaye,fizik muayene, laboratuar sonuçları,ilaç kullanım öyküleri ve fotoğrafları retrospektif olarak incelendi(tablo2-3). Hasta yaşları 17 ile 22 arasında(ort 19.2) idi. 1 hastada Klinefelter sendromu mevcuttu,diğer hastalarda herhangi bir sistemik hastalık saptanmadı. Ortalama takip süresi 13.4 aydı.Tüm hastalar preoperatif olarak Meme USG ile değerlendirildi. Cerrahi eksizyon yapılan tüm hastaların eksizyon materyali patolojik incelemeye gönderildi.

Bulgular: Hastaların 3 ü sağ taraflı,6 sı sol taraflı jinekomasti idi. Preoperatif meme USG değerlendirmesinde 7 hastada mikst tip,1 hastada yağlı tip,1 hastada glandüler tip jinekomasti saptandı. Hastaların eksizyon materyallerinin değerlendirilmesi sonucu hiçbir hastada malignite saptanmadı. 1 hastada komplikasyon olarak drene edilmesi gereken hematom görüldü. Hiçbir hastada enfeksiyon,meme başı nekrozu, meme başı retraksiyonu görülmedi.

Tartışma: Jinekomasti; (yunanca gyne:kadın; mastos: meme); erkek meme dokusunun benign hipertrofisidir(4). Multifaktöriyel olmakla birlikte çoğu vakada bir neden saptanamamaktadır. Neonatal jnekomasti genelde birkaç hasta içinde, pubertal jinekomasti yaklaşık olarak 2 yıl içinde geriler.Pubertal jinekomastinin cerrahi tedavisi için en az iki yıl beklenmelidir;nonpubertal 1 yılı aşkın süredir var olan jinekomasti sıklıkla regrese olmaz hatta dens fibröz doku artışı ile progrese olur(5). Jinekomastinin histolojik olarak 3 tipi bulunmaktadır. Florid tipte genişleyen duktal kanallar ile birlikte stromada sellülarite artışı bulunur. Fibröz tip;duktal

proliferasyonun olmadığı ya da miminal olduğu,stromada dens fibröz doku artışı ile karakterizedir. İntermadiate tipte hem fibröz hem florid tip bulunmaktadır.florid tipte fibröz tipe progresyon;yaklaşık 1 yıl sürmektedir(6) Edinsel jinekomasti nedenleri,metabolik,endokrin,neo plastik,ilaç ilişkili olarak sayılabilir.Bir çok ilaç direkt ya da indirekt olarak östrojen ve testosteron seviyelerini değiştirerek jinekomastiye sebep olmaktadır.(tablo-4). Etkeni ortadan kaldırmak ve hormon imbalansını düzeltmek için medikal tedavi uygulamak;cerrahi dışı tedavi seçenekleridir(7).Medikal tedaviler arasında;testo steron,antiandrojenler ve danazol kullanılmaktadır ancak başarı oranları yüksek değildir(8).Cerrahi seçenekler; liposuction,gland eksizyonu,bu iki yöntemin kombine uygulanması,gerekirse cilt eksizyonu yapılmasıdır. Cerrahi planlamada amaç;normal meme konturunu minimal skarla sağlarken,aynı zamanda hipertrofik dokunun patolojik tanısını yapmak olmalıdır.Tanı ve tedavi yönetimi için hastanın ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile değerlendirilmesi gerekmektedir.Cerrahi teknik seçiminde jinekomastinin evresi ve gland-yağ doku oranı göz önünde bulundurulmalıdır.hastanın lezyonu glanduler,yağlı ya da karışık özellikte ve Simon evre 1 ya da 2A ise liposuction uygun tedavi seçeneği olabilir.liposuction'ın başarılı olmadığı durumlarda pullthrough tekniği kullanılabilir.Hastada fibröz doku ağırlıklı ya da Simon evre 2B jinekomasti varlığında ise açık eksizyon tercih edilmelidir.

unilateral jinekomasti ile birlikteki hastların özellikleri

	YAŞ	GRADE	TARAF	EK HASTALIK	USG BULGULARI	CERRAHİ TEKNİK	KOMPLİKASYON	PATOLOJİ
1	20	2A	SAĞ	-	Mikst Tip	GE+LS	-	Jinekomasti
2	20	2A	SOL	-	Mikst Tip	LS	-	Jinekomasti
3	19	2B	SOL	-	Lipomatöz Tip	GE	-	Fibroklistik alanlar içeren jinekomasti
4	17	2A	SOL	-	Mikst Tip	GE	HEMATOM	Jinekomasti
5	22	2A	SOL	-	Mikst Tip	GE+LS	-	Jinekomasti
6	17	2A	SAĞ	-	Mikst Tip	GE	-	Jinekomasti
7	20	2A	SOL	Klinefelter S.	Glandüler Tip	GE	-	Fibroadipöz meme dokusu
8	21	2A	SOL	-	Glandüler Tip	GE+LS	-	Jinekomasti
9	17	2A	SAĞ	-	Mikst Tip	GE	-	Jinekomasti
10		2B	SOL	-	Mikst Tip	GE	-	Jinekomasti

P-342
Vitiligo Tanılı Hastanın Blefaroplasti Operasyon Sonuçları

Necip Cihan Hasçiçek, Mehmet Onur Öztürk, Burak Yaşar, Ramazan Erkin Ünlü, Ahmet Kaplan, Sinem Sıngın, Asude Köksal
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Vitiligosu olan ve perioral bölgede ve periorbital bölgede vitiligoya ait lezyonları olan hastanın blefaroplasti operasyonu sonrası sonuçlarını paylaşmayı amaçladık. 46 yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır vitiligo tanısı mevcut.Üst göz kapağının sarkık olmasından şikayetçi olan hastanın pozitif lateral kantal eğimi mevcut.Üst göz kapağında lateralde ve solda daha belirgin sarkma mevcut,sağ üst göz kapağında medyalde hiperpigmente lezyonu mevcut.Hastanın görme problemi yok. Hasta oturur pozisyonda nötral ve gülümserken çizimi yapıldı,lateralde skar kaz ayağına gelicek şekilde planlandı. Öncelikle midpupiller hat seviyesinden üst göz kapağı çizgisi 8mm olacak şekilde işaretlendi takiben işaretlenen noktalar üst göz kapağı eğimine uygun şekilde birleştirildi, lateral kantusda çizim kirpik hattından yukarı doğru kavis verildi, nazal tarafda daha az eksizyon planlandı. Hastaya %2 lik lidokain ve 1:100000 lik epinefrin içeren lokal anestezi dental enjektör ile üst göz kapağına lateral kantusa ve inferior orbital köşeye enjekte edilerek anestezisi sağlandı uygun sha temizliği ve örtünmeyi takiben hastanın çizimleri üzerinden cilt orbikülaris oküli kasına kadar insize edildi kanama kontrolünü takiben orbikülaris okuli kasıda insize edilip septum ekspozisyonu sğalandı nazal ve santral yağ yastıkcıklarından uygun miktarda yağ çıkarıldı A çatı deformitesini önlemek için fazla miktarda çıkarılmadı..Takiben fazla deri ve kas levator kas sonlanma noktası korunarak eksize edildi, cerrahi saha granülom gelişimini engellmek için bol serum fizyolojik ile yıkandı ve lateralden başlayarak kas ve cilt suturasyonu yapıldı. Lokal anestezi altında vitiligosu olan ve üst göz kapağı blefaroplastisi yapılan hastanın postoperatif ek komplikasyonu olmadı.Periorbital vitiligo lezyonları da olan hastanın estetik ve fonksiyonel sunucu tatamin edici olduğu görüldü.

P-343
Yeni Bir Metot Olarak Homolog PRP Uygulamalarımız

Zeynep Karacor Altuntaş, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Platelet-rich plasma (PRP) kişinin kendi kanından elde edilen platelet konsantresidir ve özellikle son zamanlarda doku rejenerasyonunu stimüle etme ve hızlandırma üzerine olan etkileri tartışılmaktadır. Trombositlerde bulunan yüksek konsantrasyondaki büyüme faktörleri ve sitokinler alternatif tedavi yöntemi olarak gerek yara iyileşmesi gerekse kozmetik amaçlı kullanımaktadır. Bu çalışmamızda otolog PRP den farklı olarak kan merkezinde hazırlanan homolog PRP uyguladığımız hasta gruplarını ve etkilerini inceledik. Autologous PRP kişinin kendi periferik veninden alınan kanın santrifüj edilerek az bir plazma içinde yüksek konsantrasyonda trombosit elde edilmesidir. Elde edilen PRP daha sonra dokuya enjekte edilir. Genellikle başlangıçta alınan kan miktarına göre 3-6 cc PRP hazırlanır. Homolog PRP ise kan merkezinde random –donör platelet konsantreleri olarak tam kan donörlerinden veya aferez plateletleri olarak tek bir donörden elde edilir. Kan merkezlerinden 50-70 cc PRP hazır olarak bulunmakta ve istenildiğinde kolayca temin edilebilmektedir. Homolog PRP, rutin tedavide kanser, gastrointestinal hastalığı veya trombositopenisi olan hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda trombosit transfüzyonu (Homolog PRP) esnasında ABO uyumu aranmamaktdadır. Şunuda biliyoruz ki, Rh-pozitif donörler Rh negative hastalara verilebilmektedir.

Bu bilgiler ışığında, otolog PRP den farklı olarak yeni bir metot olarak homolog PRP uygulamasını başlattık. İlk uyguladığımız hastada tenisçi dirseği mevcuttu. Hastada hiçbir komplikasyon ve yan etki tespit etmedik ve hastnın şikayetlerinin geçmesi üzerine diğer hastalarımıza uygulamaya başladık. Daha sonra 5 hastada temporomandibular ekleme, 3 hastada kozmetik amaçlı yüze, 52 hastada diz eklemine, 1 hastada yağ grefti ile kombine ederek yanık doku defektine, 10 hastada omuz eklemine, 5 hastada tenişçi dirseğine uyguladık. Hiçbir hastada herhangi bir komplikasyon ve yan etki görülmedi ve hastaların şikayetlerinde iyileşme görüldü.

Homolog PRP uygulaması yeni bir metot olarak ilk kez kliniğimizde başlatılmıştır ve uygulamalarımızda hiçbir komplikasyon ve yanetki görülmemiştir. Hastalarımızda klinik olarak belirgin iyileşme ve olumlu kozmetik etkileri tespit edilmiştir. Bu yeni ve pratik yöntemin gelecekte uygun vakalarda otolog PRP ye alternatif bir yöntem olacağını düşünüyoruz.

Resim 1



Temporomandibular ekleme Homolog PRP uygulaması

Resim 2



Tüm yüz dermabrazyon ve Homolog PRP uygulaması Preoperatif görüntü

Resim 3



Postoperatif erken dönem görüntüsü

P-344
Diyabetik Yara Ülseri olan Hastalarda BMAC ve Adipoz Kökenli Mezenkimal Kök Hücre Uygulamaları

Barış Çin[1], Oğuzhan Demirel[1], Salih Onur Basat[1], Funda Aköz Saydam[1], Karaca Basaran[1], Emre Güvercin[2], Murat Sarıcı[2], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Diyabetik ayak ülserleri harcanan efor, tedavinin uzun sürmesi, bu süreçte oluşan komplikasyonlar ve uzuv kaybeden hastanın psikolojisini göz önünde bulundurduğumuzda tedavisi zor klinik problemlerdir. Bu hastalarda VAC tedavisi, topikal ilaçlar, cerrahi tedavi gibi seçenekler uygulanır ancak sonuç yine de beklenildiği kadar başarılı olmaz. Bunun sebebi ise zayıf doku perfüzyonu, yüksek kan şekeri seviyeleri, komorbid hastalıklar, hasta uyumunun zayıf olmasına bağlanabilir. Kemik iliği aspirasyon konsentratı ve adipoz kökenli mezenkimal kök hücre enjeksiyonu yara iyileşmesi ve kapanmasında; perfüzyonu ve hastanın mobilitesini artırdığı gösterilmiş bir tedavidir.

Materal/ Method: 23 adet rastgele seçilmiş diabetik ayak ülseri olan hastanın yaraları cerrahi olarak debride edildikten sonra vac tedavisi ve greft uygulanmıştır. Bu hastalara greft sornasında BMAC ve AD-MSC enjeksiyonu yapılmıştır. Hastalar düzenli olarak 3 ay boyunca fotoğraflar, subjektif şikayetler, mobilite ve ülser boyutu açısından takip edilmiştir.

Sonuçlar: Ağrısız yürüme mesafesinde artma gözlenmiştir. Hastalarda ülser boyutu küçülmüş veya tamamen yara kapanmıştır.

Tartışma: Hastanede yatış süresi, yara iyileşmesi, mobilize olmanın aynı tedaviyi alan diğer hastalara kıyasla BMAC ve AD-MSC enjeksiyonu yapılan hastalarda daha hızlı olduğu gözlenmiştir.

BMAC



P-345
Kawasaki Hastalığı Sonrası İnatçı Mikrostominin Düzeltilmesinde Trombositten Zengin Plazmanın Etkinliği: Vaka Takdimi

Funda Aköz Saydam, Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mikrostomi; doğumsal veya kazanılmış olarak meydana gelen ağız açıklığındaki azalmayı tanımlayan klinik bir durumdur. Genetik hastalıklar, yanıklar, travmalar ve perioral cerrahi mikrostominin temel nedenleridir. Kawasaki hastalığı, ilk olarak 1967 yılında pediatrist Tomisaku Kawasaki tarafından tanımlanan, etyolojisinde viral etkenlerin düşünüldüğü, tedavi edildiğinde iyi bir prognoza sahip, erken çocukluk döneminin akut febril vaskülitik sendromudur. Ülkemizde her yıl ortalama 30 çocuk bu hastalıktan muzdarip olmaktadır. Bilateral konjonktivit, üveit, el ve ayakta eritem ve ödem, myokardit ve perikardit, çilek dili ve dudak fissürleri ile seyreder. Dudak fissürleri sonrası hastaların iyileşme döneminde mikrostomi görülebilmektedir. Biz de kawasaki hastalığı sonrası oluşan inatçı mikrostomi vakasını ve bu vakanın tedavisinde trombositten zengin plazmanın etkinliğini sunmaktayız.

Olgu: Daha önce kawasaki hastalığı geçirmiş mikrostomisi olan 6 yaşında çocuk vaka dış merkezden tarafımıza yönlendirildi (Şekil 1.). Hastada mikrostomi olması üzerine komissürotomi operasyonu yapılmış, operasyondan sonra mikrostominin tekrarlaması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya genel anestezi altında tekrar komissürotomi yapıldı, hastadan hazırlanan trombositten zengin plazma (PRP) dudağa ve perioral bölgeye enjekte edildi (Şekil 2.). Hastanın 1 yıllık takiplerinde tekrarlama veya ağız açıklığında azalma görülmedi.

Sonuç: Kawasaki hastalığı sonrası inatçı mikrostomi oluşabilir ve bu durum hastanın yaşam kalitesini azaltabilir. Bu hastaların tedavisinde cerrahi mutlak olmakla birlikte trombositten zengin plazma gibi hücresel tedavilerin kombinasyonuyla tekrarlama olasılığını azaltmak mümkündür.

Kaynak:Newburger JW, Taubert KA, Shulman ST, Rowley AH, Gewitz MH, Takahashi M, et al. Summary and abstracts of the Seventh International Kawasaki Disease Symposium: December 4-7, 2001, Hakone, Japan. Pediatr Res. 2003 Jan. 53(1):153-7.

Şekil 1.



Hastanın operasyon öncesi görünümü.

Şekil 2.



Hastanın ameliyat sonrası görünümü.

P-346
Spontan periorbital subkutan amfizem

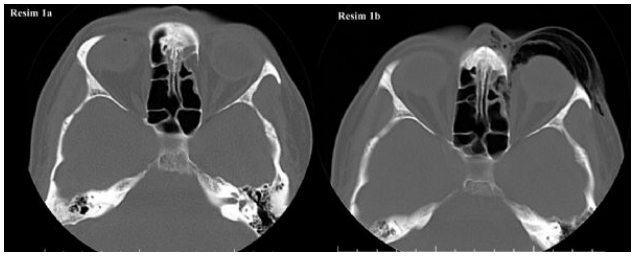
İbrahim Sağlam[1], Yasin Yücel Bucak[2], Şerif Yavuz[2]
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Denizli Tavas Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği

Giriş: Subkutan periorbital amfizem künt kafa travması sonrasında nadir gelişen bir durumdur. Genellikle intranazal basıncın arttığı durumlarda paranazal sinüslerdeki havanın periorbital cilt altı dokuya yayılması ile karakterizedir. Genellikle spontan gerilemesine rağmen, görme kaybına sebep olabilecek kadar ilerleyebilir. Bu yazıda kliniğimize geçirdiği künt kafa travmasından iki gün sonra, hapşırma sonrası subkutan periorbital amfizem gelişen bir hastayı sunduk.

Olgu Sunumu: 35 yaşında bayan hasta acile sol göze künt travma nedeni ile başvurdu. Muayenede periorbital bölgede hiperemi ve minimal ödem saptandı. Göz muayenesi normaldi. Çekilen tomografisinde patolojik bulguya rastlanmadı (Resim 1a). Hasta poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi. Hasta 2 gün sonra hapşırma sonrasında sol göz çevresinde ani şişme ve gözde kapanma şikayetleri ile tekrar başvurdu. Tomografide ilk incelemede olmayan periorbital hava değerleri izlendi (Resim 1b). Korneal ödem ve hiperemi, palpasyonda krepitasyon vardı (Resim 2a). Artmaya devam eden ve ağrıya sebep olan şişlik, iki noktadan 20 G iğne ucu ile girilerek dekomprese edildi. Şişliğin azaldığı ve ağrının hafiflediği görüldü (Resim 2b). Proflaktik antibiyotik tedavisi başlanan ve 24 saat müşahade altında tutulan hastaya belirli aralıklarla iğne ile dekompresyon uygulandı. Hastanın 3 gün sonraki kontrolünde şişliğin gerilediği (Resim 3a), 2 hafta sonraki kontrolünde ise tamamen kaybolduğu izlendi (Resim 3b).

Sonuç: Travma öyküsü olan hastalarda, herhangi bir kırık olmasa bile, intranazal basıncı ani arttıran hapşırma,sümkürme, ıkınma, ağırlık kaldırma ve öksürme gibi durumlardan sonra periorbital subkutan amfizem gelişebilir. Görme kaybına kadar ilerleyebilecek bu durumda hastalar yakın takipte tutulmalı, proflaktik antibiyotik başlanmalı ve gerekirse dekompresyon uygulanmalıdır.

Resim 1



1a: Travma sonrası çekilen BT'de patolojik bulguya rastlanmadı.
2a: Hapşırma sonrası çekilen BT'de izlenen hava değerleri

Resim 2



2a:Hapşırma sonrası yüzde gelişen şişlik ve kızarıklık 2b: Dekompresyon sonrası yüzün görünümü

Resim 3



3a: Hastanın 3 gün sonraki görünümü 3b: Hastanın 2 hafta sonraki görünümü

P-347
Konjenal Dermoid Kist Eksizyonu Sonrası Metilmetakrilat ile Rekonstrüksiyon

Zeynep Karacor Altuntaş, Serhat Yarar, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Dermoid kistler infant ve çocuklarda görülen en yaygın orbital tümörlerdir. Tüm orbital ve periorbital kitle lezyonlarının yaklaşık %25'ini, 18 yaş altı bireylerde ise tüm orbital lezyonların yaklaşık %50'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Periorbital bölgede en yaygın olarak frontozygomatik sütür hattında lokalize olurlar. Genelde soliter, mobil, düzgün sınırlı, ağrısız, orbital rime yakın oval kitlelerdir. En belirgin kemik değişikliği kemiğe basının sebep olduğu çukurlaşmadır. Histolojik olarak benign olmakla beraber genişleme göstererek kemik erozyonu ve orbital yer değiştirme yapabilirler. Bu makalede frontozygomatik sütür hattına yerleşik kemik erozyonu yapan dermoid kisti olan olguda şekillendirilmiş metilmetakrilat ile rekonstrüksiyon anlatılmıştır.

Olgu Sunumu: Doğuştan beri sol kaş dış tarafında kitle olan 19 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Kitlenin muayenesinde periosta yapışık ve mobil olduğu

görüldü. BT ile değerlendirmesinde 25x22x15 mm çapında, periosta yapışık, santrali hipolusen olan kitlenin, orbital veya kranial uzantısı olmadığı görüldü. Hastaya cerrahi eksizyon önerildi. Genel anestezi altında operasyon yapıldı. Cilt altından orbiküler kas geçildi ve kitleye ulaşıldı. Kist tamamen çevre dokulardan diseke edildi ve altındaki periost ile birlikte eksize edildi.Kitlenin kemikte çökme yaptığı tespit edildi. Eşzamanlı şekillendirilmiş metilmetakrilat kemik yapı üzerine kemik konturuna uygun olarak yerleştirildi. Operasyon sonrası 1. yıl takiplerinde hiçbir şikayeti görülmedi.

Tartışma: Dermoid kistler konjenital kalıntılardan gelişen benign kistik lezyonlardır. Keratinize skuamöz epitelle döşeli kistik yapı içinde saç, sebase ve ter bezleri gibi dermal ekler vardır. X-ray, BT, MR ve ultrasonografi ile dermoid kistleri benign ve malign tümörlerden ayırıcı tanısını yapmak mümkündür. BT tetkiki ile kiste ait internal kalsifikasyon, kemik ekskavasyon, dermoid kitlenin büyümesine bağlı intrakraniyal ekstansiyon saptanabilir. Çocuklarda dermoid kistleri mukosel, ensefalosel, sebase gland kistleri ile ekinokokkal kistlerden ayırt etmek önemlidir. Erişkinlerde ise özellikle ilerleme öyküsü varsa tiroid oftalmopatiden, lakrimal gland tümörü, primer ve metastatik tümörlerden ayırt etmek önemlidir. Orbital dermoid kistlerin cerrahi tedavi endikasyonu subjektif ağrı duyusu ve kistin büyümesinin yol açabileceği ek komplikasyonların gelişeceğinin öngörülmesine bağlıdır. Artan yaş ve kitle boyutu ile birlikte inflamasyon varlığının artması ve inflamasyon birlikteliği ile çevre doku değişikliklerinin ortaya çıkması nedeniyle, erken dönemde yapılan cerrahi eksizyon ile komşu doku yapılarının korunması ve komplikasyonların en az düzeye düşürülmesi sağlanabilir. Artan kitle boyutu ile kemik ekskavasyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır. İnflamasyonun, klinik değerlendirmede ve radyolojik tetkiklerde saptanmasa dahi kist duvarında ve komşu dokularda erken dönemlerde başladığı görülmüştür. Bu nedenle dermoid kitle eksizyonunun erken dönemde uygulanması önerilmektedir.

Sonuç: İleri yaşlara kadar opere edilmeyen dermoid kistler kemik erozyonuna bağlı yüzde kontur bozukluğuna sebep olabilmektedir. Rekonstrüksiyon amacıyla şekillendirilmiş metilmetakrilat kullanımı cerrahi tedavi için seçenek olabilmektedir.

Kaynaklar:
1- Nicholson DH, Green WR. Tumors of the eye, lids, and orbit im children, in: R. Harley(Ed.), Pediatric Ophthalmology, second ed., W.B. Saunders, Philadelphia, 1983
2- Sherman RP, Rootman J, Lapointe JS. Orbital dermoids: clinical presentation and management. Br J Ophthalmol 68:642- 652;1984
3- Frontozigomatik bölgede dermoid kisti bulunan bir olgu nedeniyle insizyon tekniklerinin gözden geçirilmesi Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 47: 1, 2013
4- Albert H. Park, Faizi Siddiqi. An approach to pediatric brow demoids: An upper eyelid crease incision. İnternational Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 70:349-351; 2006

Resim 1



Preoperatif görüntü

Resim 2



Dermoid kist eksizyonu sonrası uygun olarak şekillendirilmiş metilmetakrilatın yerleştirilmesi

Resim 3



Postoperatif 3. ay görüntüsü

P-348
Omuz Yerleşimli Malign Melanom

Şükrü İşler
Afyon Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Afyonkarahisar

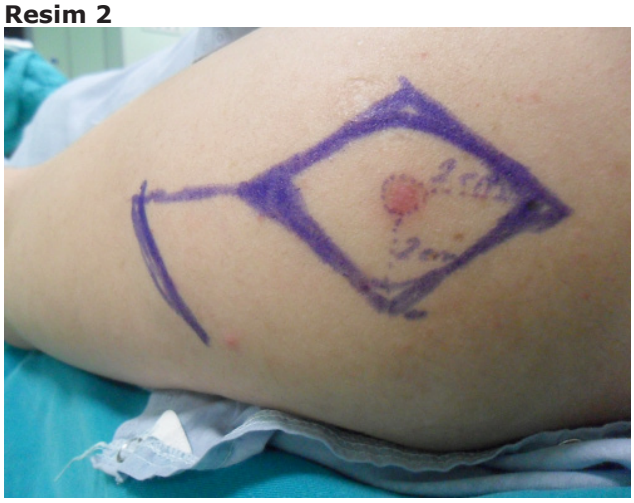
Giriş: Melanositler ve nevus hücrelerinin malign tümörü olan malign melanomun (MM) en önemli yerleşim yeri deridir. Nadiren mukozalar, meninksler, göz ve iç organlardan da kaynaklanabilir. MM tüm deri kanserlerinin yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır. Olgu: 41 yaşında bayan hasta sol omuz bölgesinde yerleşimli kitle nedeni ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol omuz bölgesinde yaklaşık 2x2 cm alanda düzensiz yerleşimli, pigmente kitle mevcut idi.Hastaya PET CT istendi ve yayılımın olmadığı saptandı. Aksiller LAP mevcut değil idi. Kitle 2 cm güvenlik sınırı ile tam kat fasya dahil olacak şekilde eksize edidli. Oluşan defekt omuz lateral bölgeden hazırlanan fasyokutan flep dokusu ile onarıldı. Sonuç: Malign melanom derinin her yerinde görülebilmektedir. Sıklıkla burun alın, yanak, saç, kulak ve sırt bölgesini tutmakta iken bizim olgumuzda sol omuz yerleşimli melanom vakası mevcut idi.

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Flep planlaması

Resim 3



Flep planlaması

P-349
Alar Kanadın Neredeyse Tamamını İçeren Doğumsal İzole Alar Yarığı

Ertan Günal[1], Metin Temel[2], Ömer Berberoğlu[3]
[1]SEV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY
[3]Özel Primer Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep.

Giriş-Amaç: Doğumsal izole alar yarığı nadir bir doğumsal bir anomali olup tek başına yada diğer yüz anomalileriyle birlikte görülebilmektedir (1,2). Bu anomali basit bir çizgisel yarıktan burunun bir tarafını içerecek kadar geniş yarıklara kadar değişen boyutlarda olabilmekte ve onarım için seçilecek yöntem yarığın büyüklüğüne göre değişmektedir. Doğumsal izole alar yarıklı hastaların tedavisinde literatürde tanımlanan yöntemlerin kozmetik sonuçlarının yetersizliği bu yarıklarının tedavisi için yeni bir teknik arayışı içine girmemize neden olmuştur (3,4). Bu çalışmada, geniş ve düzensiz izole burun yarıklı bir olguyu ve yarığın onarımında kullandığımız yeni bir yöntemi sunuyoruz.

Gereç-Yöntem: 6 yaşında erkek hasta doğumsal olarak sağ burun kanadında 1.5 cm uzunluğunda ve 1 cm eninde tam kat, kıkırdak düzensizliklerinin bulunduğu burun yarığı tanısıyla kliniğimize başvurdu. Sağ alar kanadın laterali superior yerleşimli olup, alar kanadın ortasında yarık çizgisel olarak superiora doğru devam etmekteydi. Anne miyadında doğum yapmış ve gebeliği esnasında herhangi bir x-ray etkisine, hastalığa veya ilaç kullanımına maruz kalmamıştır. Aynı zamanda hastanın burun dorsumundan glabellar bölgeye uzanan dermoid kisti de mevcuttu. Hastanın tedavisinde; ilk olarak nazal defektin deri komponenti MUTAF'ın üçgen defekt kapatım tekniği ile onarıldı, mukozal örtü ise aynı tekniğin ters yönlü kullanımı ile sağlandı. Bu esnada, alar kanadın orta hattında yer alan kıkırdak eksikliği septumdan alınan kıkırdak grefti ile giderildi. Ameliyat sonrası alar kanadın lateral kısmının rotasyonun eksik olduğu ve alar kanadın medialinde bir miktar yarığın devam ettiğinin gözlendi. İlk ameliyattan 8 ay sonra, Stair-step flebi ile alar kanat rotasyonu sağlandı

ve medialdeki alar defekt onarıldı. Hasta ameliyat sonrası 4 ay burun kalıbı kullandı. Bu şekilde burnun tüm katmanları oluşturulmuş oldu. Her iki operasyonda da flepler sorunsuz olarak iyileşti. Son ameliyattan 1 yıl sonra hastada fonksiyon ve estetik olarak başarılı sonuçlar elde edildi.

Sonuçlar ve Tartışma: Literatürde toplam 5 adet doğumsal izole burun yarığı rapor edilmiştir. Bu yarıkların hepsi alar kanat ortasında yer alan tam kat alar rim defektinden ibarettir. Bizim olgumuzda ise, alar kanadın lateral 1/ 3' ü superiora doğru rotasyon yapmaktaydı ve rotasyonun bitiş noktasından itibaren yarık superiora doğru 1 cm kadar daha uzanmaktaydı. Alar kanadın bu lateral rotasyonu nedeni ile, ölçülen yarık alar kanadın nereyse tamamını içermekteydi. Literatür bilgimize göre bu olgu şimdiye kadar sunulan en geniş doğumsal izole alar yarık olgusudur. Birisi domda diğeri rotasyonun bitiği yerde olmak üzere inferior lateral kıkırdak iki yerde kıvrılmıştı. Burunun deri, kıkırdak ve mukoza katmanlarını içeren bir defekt görünümündeki geniş ve kıkırdak düzensizliklerinin bulunduğu doğumsal burun yarıklarının onarımında deri flepleri ile kombine edilmiş kıkırdak ve mukoza greftleri ya da kulaktan alınan kompozif greftleri kullanmak mümkündür. Ancak bu tekniklerde dönor alan problemleri ve greft yaşayabilirliği ile ilgili potansiyel sorunlar söz konusudur. Bizim sunduğumuz bu olguda ise başka bir anatomik bölgeden doku alınmadan, doku ve renk uyumu tam olan bölgesel deri ve burunun kendi mukoza ve kıkırdağı kullanılarak onarım yapılmıştır. Her iki kullanılan tekniğin z plasti temelli olması burun dorsumunda uzun ve belirgin skar formasyonu oluşmasını engellemiştir. Sonuç olarak, MUTAF'ın üçgen defekt kapatım tekniği izole alar yarıkların onarımında etkili ve kullanışlı bir yöntemdir. Alar kanat lateral kısmının rotasyonunun eksik kaldığı, rekonstrüksiyonu zor geniş ve düzensiz yarıkların onarımında Stair-step flebi ile kombine kullanımı, estetik ve fonksiyonel açıdan başarılı rekonstrüksiyon imkanı sağlamaktadır.

Kaynaklar
1. Saraiya H. Isolated congenital unilateral alar defect: a rare anomaly. Plast Reconstr Surg. 1996; 97:246-248.
2. Bilen B, Kilinc H. A congenital isolated alar cleft. J Craniofac Surg. 2006; 17:602-4
3. Mutaf M, Bekerecioğlu M, Erkutlu I, Bulut Ö. A new technique for the closure of large myelomeningocele defects. Ann Plast Surg. 2007;59: 538–543
4. Newman MH, Burdi AR. Congenital alar field defects: clinical and embryological observations. Cleft Palate J. 1981; 18:188-192

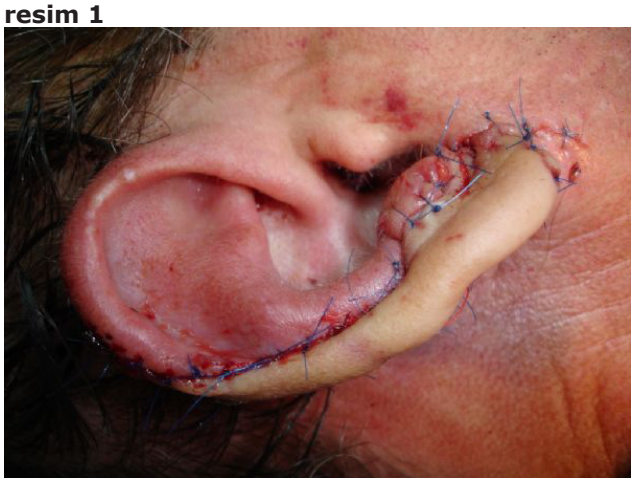
P-350
İnsan ısırığına sekonder heliks ve lobül rekonstrüksiyonu, olgu sunumu

Mehmet Dadacı[1], Halil İbrahim Canter[2], Aycan Kayıkçıoğlu[3]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya
[2]Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul
[3]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

Giriş: Kulak heliks ve lobül yaralanmaları sık görülen yaralanmalardır. Kopan kulak helik ve lobülünün kompozit greft olarak konulması, postauriküler cilt altına gömülmesi, temporal fasiaya sarılıp yerine sütüre edilmesi yada damar seğmentleri bulunabilirse tek arter onarımı ile replantasyonu ile rekonstrükte edilebilir. Kulak rekonstrüksiyonu genellikle çoklu kademeli ve zaman isteyen işlemlerdir. Uyumlu hastlarda çoklu kademeli işlemlerle güzel sonuçlar alınabilir. Kulak heliks ve lobül ampütasyonu nedeni ile amputatı kompozit greft olarak konulan ve başarısız olan hastada çoklu kademede kulak rekonstrüksiyonu sunulacaktır.
Olgu sununu: 50 yaşında erkek hasta kavga sırasında kulak heliks ve lobülünün kopması nedeni ile acil serviste tarafımıza konsülte edildi. Hastanın muayenesinde heliks ve lobülün total ampute olduğu ve ek travmatik proplemlerinin olmadığı görüldü. Heliks ve lobülde loop altında görünen damar seğmenti olmaması nedeni ile kompozit greft olarak sütüre edilip buz tedavisi uygulandı. 1 hafta sonra total nekroz gelişen hasta kompozit grefti yerinden alındı ve sekonder iyileşmeye bırakıldı. 1 ay sonra lobül yapışma yeri alt bölgesinden üçgen flep kaldırılarak lobül rekonstrükte edildi. 1 ay sonrada postauriküler alandan bipediküllü flep oluşturulup kulak heliksine sütüre edildi. Donör alan primer kapatıldı. 3 hafta sonra pedikülleri ayrıldı. Postoperatif 6. ayında hastanın kulak rekonstrüksiyonu tamamlandı.

Tartışma: Kulak rekonstrüksiyonunda çok kademeli ve sabır isteyen rekonstrüksiyonlardır. Bu hastada rekonstrüksiyon basamağı kompozit greften başlamış, başarısızlık nedeni ile diğer kademelere geçilmiştir. Plastik cerrahideki temel prensiplerden biride kayıp dokuyu kendisi yada en yakın bölgedeki dokudan rekonstrükte etmektir. Bu nedenle lobül alt bölgesinden ve postauriküler alandan alınan dokular ile rekonstrüksiyonlar yapılmış ve uygun renk ve doku uyumu sağlanmıştır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-351
Yağ enjeksiyonu ile malar augmentasyon; Olgu sunumu

Çağla Çiçek[1], Soner Tezcan[2], Dürdane Keskin[1], Candemir Ceran[1], Mustafa Erol Demirseren[1]
[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Cilt yaşlanması gibi cilt ve yumuşak doku atrofisi ile giden durumlar kadar travma gibi yumuşak doku atrofisine neden olan olgularda da oluşan defektin doldurulması amaçlanmalıdır. Bu vaka sunumunda travma sonrası oluşan sol malar bölgedeki depresyonun giderilmesine yönelik kullanılan yağ grefti uygulamasının klinik sonucunun tartışılması amaçlandı.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta yaklaşık 8 yıl önce trafik kazası sonucu yaralandığını ve sol yanakta diğer yanağına oranla çöküklük olduğunu beyan ederek polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol malar prominensin sağa oranla deprese olduğu ve geçirilmiş travmaya bağlı sol yanakta çok sayıda skarı olduğu tespit edildi (Resim 1). Mevcut bulguları ile değerlendirilen hastaya otolog olarak abdominal bölgeden yağ grefti alınması planlandı. Genel anestezi altında hastanın sol malar bölgesine "over correction" yapacak şekilde yaklaşık 20 cc yağ grefti enjekte edildi. Erken ya da geç dönemde komplikasyon görülmedi (Resim 2).

Sonuç: Malar bölge hacminin tekrar sağlanması yüz gençleşmesinin en önemli basamağını oluşturur. Bugüne kadar bu bölgenin augmentasyonu için implant kullanımı, dermal greftler ve yag enjeksiyonu gibi bir çok teknik tanımlanmıştır. Olgumuzun genç olması ve travmaya bağlı yumuşak doku atrofisinin gelişmesi nedeniyle hastamıza öncelikle kontur düzensizliğine yönelik yağ grefti uygulanması planlandı. Uygulanan yağ greftinin %50-60 oranında absorbe olacağı ön görülerek, ihtiyacından fazla yağ grefti uygulanmasına rağmen postoperatif dönemde migrasyon ya da enfeksiyon görülmedi. Kranifasyal travmaya bağlı yumuşak doku düzensizliklerinde yağ enjeksiyonu diğer cerrahi tekniklere oranla düşük morbiditeli ve güvenilir bir seçenek olması nedeniyle kullanılabilirliği her geçen gün artmaktadır.

Resim 1



Preoperatif

Resim 2



Postoperatif

P-352
Nazal rekonstrüklsiyon klinik deneyimlerimiz

Hasan Sahin, Alper Geyik, Mustafa Yılmaz, Haluk Vayvada
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş Ve Amaç: Nazal rekonstrüksiyon rekonstrüktif cerrahi içerisinde zorlu ve karmaşık bir süreç olarak önemini ve yerini korumaktadır. Günümüzde bu alanda kullanılan çağdaş yöntemlerin gelişimi, nazal lining oluşturulması, nazal çatı desteğinin sağlanması ve estetik ünitelerin korunmasının detaylı şekilde anlaşılması, ile sürmektedir.

Uygun yapı ve fonksiyonun nazal rekonstrüksiyon ile tekrar kazandırılabilmesi adına çeşitli yaklaşımlar bildirilmiştir. Günümüzde en sık olarak tümör eksizyonları,travmalar ve rinoplastiye sekonder gelişen semer burun deformitesi nedeniyle nazal rekonstrüksiyon yapılmaktadır.

GereçVeYöntem:Ocak2010–Temmuz2015tarihleriarasında Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi kliniğinde çeşitli yöntemlerle nazal rekonstrüksiyon yapılan 35 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Toplamda yaşları 19 ile 70 arasında değişen 35 hastanın 14'ü kadın (% 40), 21'i erkek (%60) idi.

Bulgular: Etyolojik olarak incelendiğinde 35 olgunun 4 tanesi konjenital sebeplerden (2 tanesi yarık dudak burnu onarımı, 1 tanesi maksiller ve nazal kemik hipoplazisi, 1 tanesi konjenital hemanjiom), 31 hasta edinsel nedenlerden (15 tanesi nazal travma, 11 tanesi geçirilmiş septorinoplasti, 4 tanesi tumor) ötürü nazal rekonstrüksiyona ihtiyaç duymuştur. Tümör nedeniyle nazal rekonstrüksiyon yapılan olguların 2 tanesi BCC, 1 tanesi SCC, 1 tanesi ise anjiosentrik T-hücreli lenfoma nedeniyle lokal flep ve greftler ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Tedavi modalitesi olarak 15 olguda kostal kartilaj,9 olguda auriküler kartilaj, 1 olguda her ikiside kullanılmış,4 hastada nazal kartilajlar rekonstrüksiyonda yeterli olmuştur.4 hastada lokal flepler kullanılmış olup,bunların hepsi tümör hastalarıdır. 2 hastada free flep ile onarım yapılmış, bu hastalarda tekrarlayan flep revizyonları ve kıkırdak greft kullanımı gerekmiştir. Tüm hastalar genel anestezi altında opere edilmiş olup diğer olguların hiçbirinde pnömotoraks, rejeksiyon, enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişmemiştir. Olguların tamamında nefes darlığı veya burunda şekil bozukluğu şikayetlerinden biri bulunmaktaydı. 1 olguda OSAS, 1 olguda wegener granülomatozisi, 1 olguda psöriazis bulunmaktaydı.Hastaların 11 tanesi aktif olarak sigara kullanmasına karşın kullanılan greft veya fleplerde sorun yaşanmadı.

Sonuç: Nazal rekonstrüksiyon günümüzde gelişmelere karşın zahmetli ve karmaşık bir prosedür olmayı sürdürmektedir. Seçilecek tedavi modalitesine karar verirken hastanın şikayetleri ve muayenesi önem arz etmektedir.Bu yüzden en sık görülen travma ve geçirilmiş operasyon nedenlerinden ötürü opere edilecek hastaların muayenelerinde yumuşak doku, kartilaj çatı veya her ikisinin eksikliği olup olmadığına karar verilmelidir. Yumuşak doku eksikliğinde lokal flepler, kartilaj çatı eksikliğinde konkal ve kostal kartilaj kullanımı, her ikisinin eksiklğinde free flepler kliniğimizce kullanılmaktadır. Özellikle yapılan free flep operasyonlarından sonra tekrarlayan flep revizyonları gerekmektedir. Sigara içen veya ek komrbid hastalıkları bulunan hastaların yara yeri iyileşmesi, greft vitalitesi ve flep viabilitesinin yakın takibinin yapılması önerilir. Nazal rekonstrüksiyonda fonksiyonelliğin sağlanması ön planda olmakla birlikte estetik açıdan tatmin sağlanması iyi olabilir.

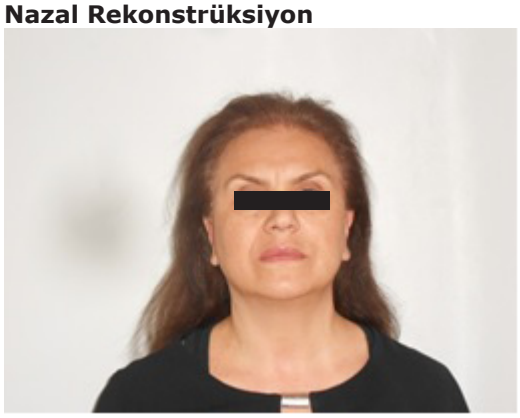
Kaynaklar:
1. emedicine.medscape.com/article/1820512-overview
2. 2010 Apr;125(4):138e-150e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181d0ae2b.Nasal reconstruction.1.
3. 2008 Nov;122(5):130e-139e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31818823c7. Nasal reconstruction with local flaps: a simple algorithm for management of small defects.

Nazal Rekonstrüksiyon



olgu postop

Nazal Rekonstrüksiyon



olgu preop

P-353
Kulak rekonstrüksiyonunda Temporal fasya flebi kullanımı

Mehmet Dadacı[1], Gökhan Bacak[2], Aycan Kayıkçıoğlu[3]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya
[2]Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Antalya
[3]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

Giriş: At ısırığına bağlı total ya da subtotal kulak ampütasyonu nadir görülen bir yaralanmadır. Tedavide ilk tercih, mikrocerrahi yöntem ile kopan parçanın tekrar dikilmesidir. Ampute parçanın replantasyonu en güzel estetik sonucu verir. Alternatif olarak kulak kıkırdağının bankalanması, kulak arkasına gömülmesi ya da geç onarım ile kosta grefti ile yapılması alternatifler arasındadır. 1898 yılında ilk olarak alt göz kapağı ve kulak rekonstrüksiyonu sırasında kullanılmıştır. 1983'de Brent tarafından aksiyel paternli flep olarak sekonder kulak rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır. İnce katlanabilir bir flep olması ve deri greftinin rahatlıkla tutabilmesi nedeni ile sıklıkla kullanılmıştır. Teknik olarak ampute kulak kıkırdağı soyularak yerine sütüre edilir ve etrafı fasiya ile sarılır. Fasiya üzerine deri grefti konulur. Temporal fasiya flebi ile kulak rekonstrüksiyonu yapılan hasta postoperatif 7 senelik sonucu ile sunulacaktır.

Olgu Sunumu: 33 yaşında hasta trafik kazası sonrası kulak üst heliksinin total ampute olması nedeniyle acil serviste görülerek acil ameliyata alındı. Mikroskop altında kulak lobülü diseke edilip replantasyon için uygun damar aranmasına rağmen bulunamadı. Temporal fasiya flebi ile rekonstrüksiyonu planlandı. Kopan kulak segmentinin kıkırdak ve derisi soyulup kıkırdak 5-0 prolen ile yerine sütüre edilip üzeri temporal fasiya ile sarıldı. Temporal fasiyanın ön yüzüne kopan kulak seğmentinin derisi tam kat olarak konuldu. Posterior alana flep takip amacı ile yarıkat deri grefti konularak ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif ciproflaksasin (2x500 mgr) başlandı. Postoperatif flep dolaşımında sorunu olmayan hastanın greftleri tuttu. Postoperafif 3. ayda ön yüze flep inceltilmesi yapılan hasta takipten çıktı. 7 sene kontrole gelen hastanın flebinin şişliğinin minimale indiği gözlendi.

Tartışma: Temporal fasiya flebi kulak rekonstrüksiyonu için aksiyel paternli, uygun pedikül uzunluğu, geniş doku desteği ve kulağa yakınlığı nedeni ile rekonstrüksiyonda akılda bulundurulması gereken bir basamaktır. Primer ve sekonder kulak deformitelerinde güvenle kullanılabilir. Saçlı derideki izi, pedikül bölgesine geç dönmede revizyon gerektirmesi ve uzun süren ödemli görünümü dezavantajlarıdır.

resim 1



resim 2



resim 3



P-354
Maksillofasiyal Travma ve Tatuaj Oluşturan Ramazan Topu Patlaması

Furkan Kurdal, Barış Yiğit, Gamze Özkan
Düzce Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş: Maksillofasiyal travmaların etiyolojisinde sıklıkla görülen trafik kazası, darp, düşme, ateşli silah yaralanması gibi durumlara karşı ramazan topu ile yaralanma oldukça nadir görülen bir durumdur (1,2). Türkiyede Ramazan ayında iftar vaktini duyurmak için eski bir gelenek olan ramazan topu kullanılmaktadır. Havan topu, barut ve fitilden oluşan düzenekte top öncelikle yükseğe fırlatılıp sonrasında içeriğinin patlatılması amaçlanır.

Vaka: 45 yaşında erkek hasta ramazan topunun düzenek içinde patlaması sonrası maksillofasiyal travma ile Düzce Üniversitesi acil servisine başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde üst ve orta yüz bölgesinde patlamaya sekonder tatuaj ve yanıklar izlendi. Sağ frontal bölge ve periorbital bölgede yüzeyden deprese ve ekimoze alanlar görüldü. Yüz sağ tarafında frontal kemik ön ve arka duvar çok parçalı fraktürü, sağ lateral orbital rim farktürü ve orbita tabanı blow-out fraktürü tespit edildi. Ayrıca hastanın sağ gözünde görme kaybı tespit edildi. Dura hasarı olan hasta Beyin ve sinir cerrahisi tarafından acil şartlarda operasyona alındı ve operasyon sırasında frontal kemik ön ve arka duvar çok parçalı fraktürlerinin onarımı mümkün görülmediği için ekstripe edildi. Hastanın frontal kemik bölgesindeki defekti ve lateral orbital rim, orbita tabanı rekonstrüksiyonu hastanın cildindeki yanık ve tatuajların geçmesi ve cilt kalitesinin iyileşmesi sonrasında

gerçekleştirmek üzere planlandı.

Sonuç: Literatür taramalarında maksillofasiyal travma etiyolojisinde trafik kazası, darp, düşme, ateşli silahla yaralanma gibi etiyolojik faktörler tariflenmesine rağmen ramazan topu patlamasına dair herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Dünya literatüründe bahsedilmemiş olsa da ülkemizde karşılaşılması muhtemel bir durum olarak maksillofasiyal travmaya bağlı fraktürler, ciltte doku defektleri, göz ve benzeri organ kayıplarına neden olabilir. Ramazan topu kullanıcısı kişilere eğitim verilmesi, kullanım için ehliyetlendirme, mekanzimaların modernizsayonu veya bakımı gibi basit önlemlerle bu tür kazaların neden olabileceği fiziksel ve maddi kayıplar önlenebilir.

Referanslar:
1) Etiology and incidence of zygomatic fracture: a retrospective study related to a series of 642 patients. Ungari C1, Filiaci F, Riccardi E, Rinna C, Iannetti G. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Oct;16(11):1559-62. 2) Maxillofacial fractures in the province of Latina, Lazio, Italy: review of 400 injuries and 83 cases. Arangio P1, Vellone V2, Torre U1, Calafati V1, Capriotti M1, Cascone P1. J Craniomaxillofac Surg. 2014 Jul;42(5):583-7. doi: 10.1016/j.jcms.2013.07.030. Epub 2013 Sep 12.
«

Tatuaj



P-355
Konjenital Nazal Septum Agenezisi Olgularında Operasyon Yaşı Ne Olmalıdır?

Metin Temel[1], Halit Akçiçek[2], Ebru Yaman[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp Fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Nazal septum kuadrangüler septal kıkırdak, etmoidin perpendiküler laminası, palatin ve maksiller krest ve vomerden meydana gelir. Nazal septumda tüberküloz, kronik iritasyon, neoplazm, travma, enfeksiyon ve kronik enflamatuvar hastalıklara bağlı olarak defektler gelişebilir. Nazal septumun doğuştan anomalileri ise genellikle kompleks kraniyofasiyal anomalilerle beraber izlenir. Kliniğimizde takip ettiğimiz doğuştan nazal septumun oluşmadığı bir olguyunun verilerinin paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 5 yaşında erkek hasta burunda basıklık ve nefes alamama ve şekil bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Hastanın herhangi bir darbeye maruz kalmadığı veya ilaç kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi. Hastanın nazal septumunun kıkırdak komponentinin hiç olmadığı görüldü. Hastanın sosyalleşmeye başladığı ve akranları tarafından yüzündeki bu deformite nedeniyle dışlandığı öğrenildi. Hastaya kosta grefti ile septum rekonstrüksiyonu planlandı.

Sonuçlar ve Tartışma: Nazal septumun arka kısmının büyük bir bölümünü vomer oluşturur. Embriyolojik gelişimi üç fazda gerçekleşir. Birinci faz gestasyonun sekizinci haftasında iki paralel kıkırdağın gelişmesiyle ve intramembranöz ossifikasyonu ile başlar. İkinci faz gestasyonun 17. haftasında ossifiye olmuş vomer tarafından nazal septumun kaudal kısmının oluşumu ile devam eder. Üçüncü fazda ise 17. haftadan sonra kemik yapıların Y şeklinde füzyonu gerçekleşir (3,4). Doğuştan vomer yokluğu ile ilgili iki teori öne sürülmüştür. Birincisi emriyolojik gelişim esnasında meydana gelen gelişmemiş kemikleşme (immatur ossifikasyon) odağı teorisi, ikincisi yetersiz aşağı büyüme (incomplete downward growth) teorisidir. Literatürde bildirilen doğuştan vomer yokluğunda genellikle septum deviyasyonu, nazal polip, adenoid hipertrofisi, alt konka kuyruklarının hipertrofisinin eşlik ettiği bildirilmiştir. Literatürde nazal septumun kemik komponentinin gelişmediği bildirimiş ancak izole olarak konjenital kıkırdak septum gelişme bozukluğu bildirilmemiştir. Bu hastalarda operasyon yaşı genel olarak yüz ve nazal kemik gelişiminin bitmesi beklenmektedir. Bu hastanın erişkin yaşlara kadar fiziksel ve psikolojik olarak yaşayacağı travma ve konforsuz nefes alma problemlerinin okul öncesi yapılacak cerrahi müdahalerle giderilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Paranazal sinüs tomografisinin aksiyel ve koronal kesitleri bu defektif alanın görülmesinde ve ek patolojilerin saptanmasında yardımcı olacaktır.

Kaynaklar:
1. Dr. Selçuk Uçar, Dr. Ömer Aydın, Dr. Murat Öztürk, Doğuştan vomer yokluğu, Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2015;25(3):182-184

P-356
Üst Göz Kapağı Tam Kat Defektinin Septal Mukokondral Greft Ve Alın Flebi İle Tek Aşamalı Rekonstrüksiyonu

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

Giriş: Gözkapağı defektleri konjenital, travmatik veya tümöre ikincil olabilir. Sıklıkla bazal hücreli karsinomanın yarattığı göz kapağı defektleri için çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Ne var ki; üst göz kapağı defektlerinin rekonstrüksiyonunda, alt göz kapağının kullanılıyor oluşu, çoğu tekniğin dezavantajıdır. Üst göz kapağının bazal hücreli karsinoma ikincil tam kat defektinin septal mukokondral greft ve alın flebi ile tek aşamalı rekonstrüksiyonunu sunulmuştur.

Olgu – Teknik: 54 yaşında sigara içicisi bayan hasta sol üst göz kapağında kitle yakınmasıyla başvurdu. 1 yıl önce başka bir merkezde üst göz kapağındaki kitle çıkarılmış, bazal hücreli karsinom olarak raporlanmış, ancak tekrarlamış. Hastanın üst göz kapağının tam kat invaze olduğu saptanarak tüm üst göz kapağı eksize edildi. (Şekil 1) Oluşan defekt için nazal septumdan kapalı teknik ile mukokondral greft alındı, bu greft posterior lamella rekonstrüksiyonunda kullanıldı. Hastanın hiç levator adale güdüğü olmadığından kartilaj kısım, serbestlenen frontal adalesine sütüre edilerek göz kapağı açma hareketinin frontal adale yardımıyla simülasyonu sağlandı. Sol paramedian alın flebi anterior lamella rekonstrüksiyonunda kullanıldı. Hasta postoperatif 3 yıl boyunca takip edildi. (Şekil 2)

Sonuç: Üst göz kapağı rekonstrüksiyonu, çevreleyen dokunun çok kısıtlı olması, şekil ve fonksiyonun korunması gerekliliği açısından, alt göz kapağı rekonstrüksiyonuna göre daha zorlayıcıdır. Özellikle tam kat defektlerin rekonstrüksiyonunda; eksik yapıları tam olarak yerine koyabilmesi, grefte göre daha az kontrakte olması ve göz kapağına kas desteği verebilmesi açısından mutlaka flep cerrahisi gerekmektedir. Tanımlanmış tekniklerin tam kat defektlere uygun olmaması, alt göz kapağının bir bölümünün feda edilmesini gerektirmesi, gözün kapalı kalması, birden çok aşamalı olması, başta marjin olmak üzere rekonstrükte edilen kapağı destekleyememeleri söz konusu olabilmektedir. Mukokondral greft ve alın flebi kombinasyonu ise; anatomik olarak tam ve estetik olarak kabul edilebilir bir cerrahi tekniktir. Gözün kapalı kalma süresi, hastanın frontal adalesini kullanmayı öğrenme süresincedir. Bu kombinasyonun, üst göz kapağına ait geniş ve tam kat defektlerin rekonstrüksiyonunda akılda tutulmalıdır.

Şekil 1. Defektin ortaya konuluşu



Şekil 2. Postoperatif 3 yıl



P-357
Mandibula Radiküler Kistlerinin Olgularında Tedavi: Dekompresyon? Kistektomi?

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe, Şeyda Güray, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Genellikle periapikal kist, lateral radiküler kist veya rezidüel kist olarak göze çarpan radiküler kistler, erişkin mandibulasının sık görülen kistlerindendir ve imflamatuar kistler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kistlere tedavi yaklaşımı cerrahidir, ancak özellikle büyük tümörlerde hangi oranda agresif olunması gerektiği tartışmalı olabilmektedir. Mandibuladaki radiküler kistlerin tedavilerinin yönetiminin vakalar eşliğinde gözden geçirilmesini amaçladık.

Materyal-Metod: 2013-2015 yılları arasında radiküler mandibula kisti ile tedavi edilen 8 olgu retrospektif olarak değerlendirilerek çalışmaya dahil edildi. 8 olgunun 3ünde kortekste genişleme mevcuttu. Tedavi olarak bu 3 hasta için dekompresyon yapıldı. Bu cerrahi esnasında pencere şeklinde osteotomi yapılarak kist içeriği boşaltıldı, agresif küretaj ve irrigasyonun ardından spongioz kemik grefti konularak pencere yerine kapatıldı. Kalan 5 olguda ise, agresif büyüme olmadığından kistektomi, kemik greft ve rekonstrüksiyon plağı ile tespit uygulamaları yapıldı.

Bulgular: 8 hastanın takibinde (3 ay – 2 yıl) 1 dekompresyon hastasında postoperatif 10. Ayda nüks saptandı. Hastaya kistektomi uygulandı. Diğer 7 hastada nüks gözlenmedi, hastaların takibi devam etmektedir.

Sonuç: Radiküler kist benign bir lezyon olup ilk amaç az morbidite ile tedavi sağlamaktır. Ne var ki rekürrensin önüne geçebilmek için de agresif olunmalıdır. Dekompresyon mu yoksa kistektomi mi yapılacağının kararını verirken planlanan cerrahinin yarar ve zararları birlikte değerlendirilmelidir. Korteksi genişleten, agresif büyüme gösteren hastalarda dekompresyon cerrahisi uygulanabilir; ancak kendini sınırlayan olgularda kistektomi gerektiği kanaatindeyiz.

P-358
Bir Savaş Yaralanması Olarak İntraoküler Yabancı Cisimler

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe,
Tuğba Gün Koplay, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: İntraoküler yabancı cisimler; iş kazaları, trafik kazaları veya av yaralanmalarında görülebilmekle beraber; savaş yaralanmalarının neticesi olarak şarapnel parçası ile de karşımıza çıkabilmektedirler. Bu yabancı cisimler, savaş yaralanmalarındaki görme kaybının belirgin nedenidir. İntraoküler yabancı cisim mevcut 2 hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 22 yaşında ve 24 yaşında erkek hastalar; her ikisinin de sağ gözünde, savaş yaralanmasına bağlı olarak total görme kaybı mevcuttu. Maksillofasiyal tomografi incelemelerinde intraoküler yabancı cisimler saptandı. Hastalara daha sonra planlanacak soket cerrahileri için yabancı cisimlerin çıkarılması planlandı. Yabancı cisimler çıkarıldı, her ikisinde de şarapnelin etken yabancı cisim olduğu saptandı. Bölgeye nemli pansuman yapıldı, seri yara bakımlarının ardından soket cerrahisi planlandı.

Sonuç: Balistik koruyucu gözlük, çoğu asker tarafından kullanılmamaktadır. Oysaki savaş yaralanması olarak intraoküler yabancı cisimler, total veya totale yakın görme kaybı gibi ciddi sonuçlara yol açacak yaralanmalardır. Yabancı cismin çıkarılması veya çıkarılmaması; o anki görme kaybının derecesine, hasta tercihi, hekim tecrübesi, lokalizasyon ve daha sonra planlanan bir soket cerrahisi olup olmadığına bağlıdır. Etkenin genellikle şarapnel parçası olması direkt grafi, skopi ve tomografi ile kolay saptanabilmesini sağlar. Yaralanma ile gelen hastada fizik muayene ile yetinilmemeli, yabancı cisim tetkiki yapılmalıdır.

P-359
Ortognatik Cerrahi Sonrası Rinoplasti Vakaları ve Sefalometrik Değerlendirme

Gökçe Yıldıran, Mehtap Karameşe, Nuh Evin,
Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Ortognatik cerrahi ile kombine edilmiş rinoplasti, aynı seanslı olarak veya ortognatik cerrahiden sonra yapılabilir. Kliniğimizde ortognatik cerrahi sonrasında yapılan rinoplasti hastaları değerlendirilmiş ve sunulmuştur.

Materyal-Metod: 2011-2014 yılları arasında ortognatik cerrahi sonrası rinoplasti yapılan 3 hasta değerlendirildi. Hastalar, hem ortognatik cerrahi hem de rinoplasti ameliyatı öncesi ve sonrasında lateral sefalometrik grafileri çekilerek ve SNA, SNB ve sella-nasion-prn arasındaki açıları ölçülerek değerlendirildi.

Bulgular: Tüm hastalarda sella-nasion ve prn açısı, ortognatik cerrahi sonrası değişmezken rinoplasti ameliyatı sonrası artmıştır. Tüm hastalarda, SNA, SNB ve SNA/SNB açıları kendi maloklüzyonları çerçevesinde değerlendirilmiş ve rinoplastileri sonrasında istatistiksel olarak anlamsız değişiklikler saptanmıştır.

Sonuç: Ortognatik cerrahi sonrası yapılan rinoplastilerde projeksiyonun artmasına bağlı olarak prn yeri değişmiştir. Bu nedenle ortognatik cerrahi planlanan bir rinoplasti hastasında, öncelikle SNA ve SNB'nin ortognatik cerrahi ile değişimi sonrası rinoplasti ameliyatının planlanmasını öneriyoruz.

P-360
İhmal Edilmiş Uzun Süreli Arch Bar Komplikasyonu:Olgu Sunumu

Elif Akbay[1], Başar Erdoğan[1], Emre İnözü[1], Sebat Karamürsel[1], Ali Teoman Tellioğlu[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Mandibula fraktürleri maksillofasyal travmaların büyük kısmını oluşturur.Mandibula kırıklarının cerrahi tedavisi açık ve kapalı redüksiyon ile yapılabilmektedir ve maksillomandibular fiksasyon amacıyla arch bar teli sıklıkla kullanılmaktadır.Arch bar kullanımının avantajları kolay bulunması,ucuzluğu ve uygulama kolaylığıyken; dezavantajları uzun kullanım süresi,diş çürükleri,diş eti irritasyonu nedeniyle periodontal hastalıklar,beslenme zorluğudur.Kliniğimizde genellikle arc bar ile intermaksiller fiksasyon sağlandıktan sonra mini plak ve vidalarla açık fiksasyon sağlanır,4 hafta sonrasında arch bar teli çıkarılır. Bu vakamızda kontrollerine gelmeyen ve 2 yıl boyunca arc bar telini çıkarmayan hastamız ve karşılaşılan mandibula destrüksiyonu paylaşılacaktır.

Giriş: Mandibula fraktürleri maksillofasyal travmaların büyük kısmını oluşturur (1).Mandibula kırıklarının cerrahi tedavisi açık ve kapalı redüksiyon ile yapılabilmektedir ve maksillomandibular fiksasyon amacıyla arch bar teli sıklıkla kullanılmaktadır (2).

Olgu: 45 yaşında erkek hasta darp nedeniyle acil servise başvurdu ve maksillofasyal muayenesinde mandibular mobilite olan hasta maksillofasyal tomografisinde aksiyal ve koronal kesitlerde mandibula symphisis ve bilateral parasymphisis fraktürü nedeniyle yatırıldı.Ameliyat öncesi maksillomandibular fiksasyon amacıyla arch bar teli ile madibula stabilizasyonu sağlanan hasta opere edildi ve mini plak ve vidalarla fiksasyon sağlandı. Hasta kontrole çağırıldığı halde ameliyat sonrası tedaviye uyumsuzluk gösteren ve rutin kontrollerine gelmeyen hasta 2 yıl sonra kontrole geldiğinde arch barın ağzında mevcut olduğu bu nedenle kötü ağız hijyenine,diş çürüklerine ve mandibula kemikte destrüksiyonuna neden olduğu görüldü.Hastanın arch barı çıkarıldı ve diş hekimliğine yönlendirildi.

Tartışma: Kraniofasyal bölge vücudun en sık yarlanan bölgelerinden biridir ve mandibula kırıkları yüz yaralanmalarında sık görülür.Mandibula kırığı tedavisinin hedefleri yeterli ağız açıklığı,oklüzyon restorasyonu,iyi yüz ve çene simetrisi sağlanması,çenenin ağrısız mobilitesinin sağlanması ile bazal işleyişine dönmesinin sağlanmasıdır. Mandibula kırıklarının redüksiyonu açık ya da kapalı olarak yapılabilir.Kapalı redüksiyon sıklıkla arch bar,vida,teller ve lastikler kullanılarak intermaksiller fiksasyon yapılarak uygulanır.Açık redüksiyon ise sıklıkla oral mukozadan daha az sıklıkla ciltten girilerek kırık hatlarının görülüp kırık kemik segmentlerinin serbest uçlarındaki fragmanların temizlenerek debridman uygulanması,kemik segmentlerinin redükte edilmesi ve tespit edilmesidir.Arch

bar kullanımının avantajları kolay bulunması,ucuzluğu ve uygulama kolaylığıyken; dezavantajları uzun kullanım süresi,diş çürükleri,diş eti irritasyonu nedeniyle periodontal hastalıklar,beslenme zorluğudur(5).Arch bar kullanımının dişlerin vialitesini bozduğu gösterilmiştir(6).

Sonuç: Arch bar teli ile yapılan maksillomandibular fiksasyon halen yaygın şekilde kullanılmakta olup, uzun vadede çenede mevcut bulunması ile mandibulada ve diş sağlığında önemli bozulmalar ve komplikasyonlar gözlenebileceği hatırda tutulmalı ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Referanslar

1-Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery2013;19 (4):348-356
2-Facial PlastSurgClin N Am 20 (2012) 347–363
3-Facial PlastSurgClin N Am 20 (2012) 365–382
4-Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015 Jul 1;20 (4):e494-9.
5-K.B.B. veBaşBoyunCerrahisiDergisi, Cilt:1Sayı: 2, 1993
6-Hopkins, R: Maxillofacial Injuries. Rowe, N.L., Williams, J.L1, Edinburg, Curchill Livingstone, Volume 1,232-292; 1985.

mandibula fraktürü mini plak ve vidayla fiksasyonu



postoperatif 2. yılda arch barı çıkarılmamış hastanın panoramik grafi-sağ mandibular bölgede kemik destrükte durumda



P-361
Arch Bar Uygulaması Eğitimi İçin Pratik Bir Yöntem

Ersin Akşam[1], Berrak Akşam[2]
[1]*Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa*
[2]*Turgutlu Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa*

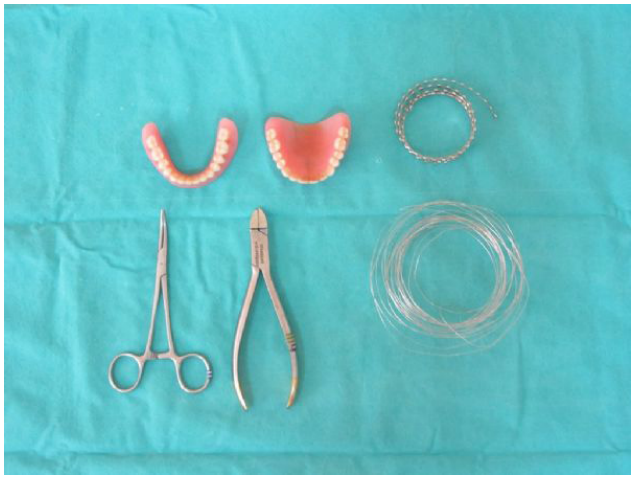
Amaç: Mandibula kırıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan "Arch Bar" uygulaması ameliyat süresinin büyük kısmını oluşturmaktadır (1). Genellikle kliniklerdeki asistan hekimler tarafından yapılan bu uygulamayı ameliyat sırasında öğretmek zor bir süreçtir. Bu çalışmada "Arch Bar" uygulaması eğitiminin daha pratik bir yolu sunulacaktır.

Yöntem-Gereçler: Diş protezlerini daha sonra kullanamayacak bir hastanın protezleri üzerinde uygun sayıda ve yerleşimde delikler açıldı. "Arch Bar" atel ölçüleri alındı, teller açılan deliklerden geçirildi ve "Arch Bar" ateller teller ile sabitlendi (Resim 1).

Sonuçlar: Yapay maddeler üzerinde yapılan çalışmalar canlı dokular üzerinde yapılanlar kadar eğitici olmasa da hastaya zarar vermemesi, ameliyat süresini uzatmaması ve daha kolay anlaşılabilir bir görsellik sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir. Diş protezlerinin "Arch Bar" uygulamalarının eğitimi için uygun bir yapay madde olduğunu düşünmekteyiz.

References:
1: Farber SJ, Snyder-Warwick AK, Skolnick GB, Woo AS, Patel KB. Maxillomandibular Fixation by Plastic Surgeons: Cost Analysis and Utilization of Resources. Ann Plast Surg. 2015 Jul 23. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26207551.

Resim 1



Diş protezleri üzerinde "Arch bar" uygulaması için gerekli malzemeler

P-362
Pediatrik Yüz Cerrahisinde Pratik Modifiye Kol Splinti

Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

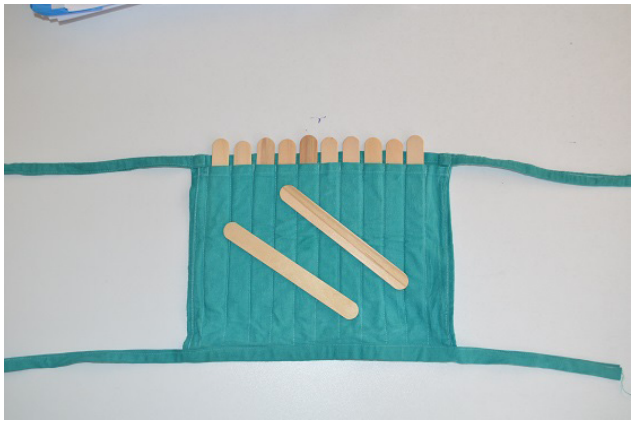
Giriş: Plastik cerrahinin önemli bir kısmını oluşturan pediatrik populasyonda özellikle yarık damak-dudak cerrahisi sonrasında kullanılması amaçlı kol splintleri tariflenmiştir. Hastaların kooperasyonu psikososyal gelişim seviyeleri nedeniyle yeterli olmadığından, operasyon bölgesine elleriyle zarar vermemeleri için tariflenen bu splintlerin kullanımı ve uygulaması zorluklar içermektedir. Bu nedenle kliniğimizde aktif olarak yüz bölgesinde yapılan cerrahi girişimler sonrasında kullandığımız splint modelini bu sunumumuzda paylaşmayı amaçladık

Metod: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği›nde yüz bölgesi cerrahisi geçiren pediatrik hastalarda (yarık damak, yarık dudak, cilt kesileri, maksillofasyal cerrahi, kitle eksizyonları) tahta abeslang kullanılarak önkol fleksiyonunu kısıtlayıcı splint yapmak için cerrahi örtüden hazırlanan kılıf oluşturuldu. (Foto 1) Örtünün 10 adet 15x2 cm boyutunda abeslang alabileceği şekilde cepler içermesi sağlandı. Kılıfın her 4 köşesine yine aynı örtünün uzantısı olarak bağlamak amacıyla kullanılacak olan ipler yerleştirildi. Kılıf içine yerleştirilen abeslanglar sayesinde pratik olarak rulo haline getirilen kılıf, köşelerinde bulunan ipler sayesinde sabitlendi. Bu yöntem ile pediatrik hastalarda uygulanan yüz bölgesi cerrahileri sonrasında hastanın önkol fleksiyonu pratik şekilde engellemiş oldu.

Tartışma: Özellikle yarık damak ve yarık dudak hastalarında postoperatif dönemdekol splinti uygulaması önerilmektedir. Klasik kitaplarda ve literatürde bu amaçla modifiye edilmiş değişik şekillerde uygulanan pratik spllint modelleri bulunmasına karşın, bu modeller tarif etmiş olduğumuz splint modeline kıyasla kullanımı daha zor ve hasta için konfor sağlayamayan modellerdir. Tarif ettiğimiz bu splint modeli eşdeğerlerine kıyasla daha pratik, malzeme israfına yol açmayan, kumaştan üretildiği için hasta cildinde maserasyon ve tahrişe neden olmayan bir model olarak öne çıkmaktadır

Sonuç: Sonuç olarak tariflediğimiz bu splint modeli haricinde, literatürde tariflenmiş pediatrik populasyonda yapılmasının ve açılmasının bu derece pratik olduğu ve her defasında aynı malzemenin sterilize edilerek kullanımından ötürü daha ucuza malolan başka bir splint modeli bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu modelin maliyet ve zaman tasarrufu sağlaması açısından faydalı olduğu kanaatindeyiz

Foto 1



Abeslang Ateli

Foto 2



Abeslang ateli

Foto 3



Abeslang ateli

P-363
Maksiller Nüks Dev Ameloblastom

Fatih Zor[1], Yalçın Bayram[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Andaç Aykan[1], Fuat Tosun[2], Murat Kutlay[3], Serdar Öztürk[1]
[1]GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD/ANKARA
[2]GATA Kulak Burun Boğaz Kliniği AD/ANKARA
[3]GATA Beyin ve Sinir Cerrahisi AD/ANKARA

Giriş: Ameloblastomlar az görülen, yavaş büyüyen ve en önemlisi yüksek rekürrens oranına sahip lokal invaziv tümörlerdir (1). Eğer tedavi edilmezler ise çok büyük boyutlara ulaşabilirler. Bunun yanında eksize edilip ileri rekonstrüktif cerrahi teknikler ile tedavi edilseler dahi sonraki yıllarda nüks ederek hastaların hayat kalitelerini büyük oranda bozabilirler. Burada yüz bölgesi ameloblastomu nedeni ile geniş eksizyon ve serbest doku ile rekonstrükte edilmiş bir olgunun geç dönemde nüks ile müracatı sonrası uygulanan cerrahi tedavi yaklaşımının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 1996 yılında maksiller ameloblastom nedeniyle başka bir merkezde eksizyon sonrası serbest rektus abdominus kas flebi ile maksilla rekonstrüksiyonu uygulanan hasta, yüz bölgesinde şişlik yakınması ile Mart 2015 yılında kliniğimize müracat etti. Muayenesinde yüz bölgesini belirgin derecede deforme eden, tüm intranazal alanı doldurarak her iki maksiller, üst alveolar bölge cildini ekspande ederek büyümüş kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülerinde kitlenin tüm intranazal bölgeyi, maksiller ve etmoid sinüsü doldurduğu, etmoid kemiğin kripriform laminasını destrükte ederek kafa tabanına ilerlediği tespit edildi. Hastaya genel anestezi altında nüks ameloblastom tanısı ile geniş cerrahi eksizyon ve onarım kararı verildi. Cilt insizyonları ekspande olmuş burun derisinin redüksiyonuna imkan sağlayacak şekilde planlandı (Resim 1). Ekspande olmuş fazla cilt dokusu eksize edildikten sonra kitlenin ekspojuru sağlandı. Kitlenin diseksiyonu esnasında yumuşak dokudan kolay bir şekilde ayrıldığı görüldü. Kranial bölgeye yaklaşıldığında kemik dokuda invazyon ve destrüksiyon alanları olduğu gözlendi. İnvaze olan tüm kemik alanları bör ile törpülenerek tümörsüz bir cerrahi saha elde edilmeye çalışıldı. Tümör eksizyonu sırasında Cribriform plate seviyesinde kafa tabanında dura ekspoze oldu. Perikranial-galeal flep eleve edilerek ekspoze olan duranın üzeri örtüldü (Resim 2). Eksizyon sonrasında preoperatif dönemde ekspande olmuş cilt ve yumuşak dokular yüz bölgesindeki defekt alanlarının kapamasında kullanıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon olmadı (Resim 3).

Tartışma: Tanısı konulduğunda birlikte yapılacak radikal rezeksiyon ve anında rekonstrüksiyon günümüzde ameloblastom tedavisi için altın standart yöntemdir (2). Küretaj veya enükleasyon gibi yöntemlerde rekürrens oranı %55 ile 90 arasında değişmektedir (3). Mandibula bölgesinde yapılan geniş rezeksiyonlar sonrasında serbest fibula flebi ile yapılan rekonstrüksiyonlar özellikle genç hastalarda yaşam kalitesini ve estetik görünümü koruyacak şekilde olumlu sonuçlar vermektedir (4). Mandibula dışında maksiller bölge tutulumu olan olgularda, bizim hastamızda olduğu gibi diğer serbest doku ile onarım seçeneklerine başvurulabilir. Ancak burada sunulan olguda olduğu gibi, serbest dokular ile rekonstrüksiyon gerektirecek kadar geniş rezeksiyonlar yapılsa dahi ameloblastoma nüksleri görülebilir. Sharma ve arkadaşları dev ameloblastomalar için 2cm sağlam kemik sınırı dahil edilecek şekilde geniş rezeksiyonlar yapmış ve tüm olgularında onarım için serbest flepler kullanmışlardır (1). Bu tedavi yaklaşımını kullandıkları 5 olguda 2 yıl süre ile nüks saptanmamıştır. Ancak unutulmamalıdır ki, bizim olgumuzda olduğu gibi geniş rezeksiyon ve serbest doku ile rekonstrüksiyondan uzun zaman sonra (yaklaşık 19 yıl) nüksler ortaya çıkabilir. Lokal-invaziv olarak ağrısız büyüme ile karakterize odontojenik bir tümör olan ameloblastomalar tedavi edilmediklerinde oldukça büyük boyutlara ulaşırlar. Burada sunulan olguda olduğu gibi kafa tabanına ve dural alana yayılım gösterebilirler. Literatürde, dura tutulumu yapacak boyutlarda rapor edilmiş Ameloblastom tipleri mevcuttur (5). Özellikle preopretaif dönemde başvurulacak görüntüleme yöntemleri ameliyat esnasında bu durumlara karşı cerrahın hazırlıklı olmasını sağlar. Bizim olgumuzda karşılaşılan bu durum karşısında eksizyon sonrasında preoperatif olarak planlanmış olan galea flebi onarım için kullanılabilmiştir.

Kaynaklar: 1- Sharma A, Shaikh AM, Deshmukh SV, Dabholkar JP. Radical management of giant ameloblastomas: a case series. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg . 2012: 64(4): 399–401.

2- Li X, Zhu K, Liu F, Li H. Assessment of quality of life in giant ameloblastoma adolescent patients who have had mandible defects reconstructed with a free fibula flap. World J Surg Oncol. 2014 Jul 8;12:201.

3- Ghandhi D, Ayoub AF, Anthony M, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF (2006) Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. J Oral Maxillofac Surg 64:1010–1014
4- Murphy BA, Ridner S, Wells N, Dietrich M: Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. Crit Rev Oncol Hematol 2007, 62:251–267.

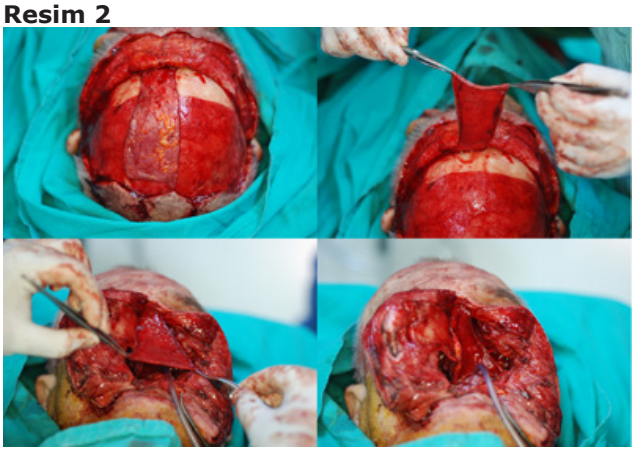
5- Raghunath V, Rath R, Kamal F, Misra SR. Massive granular cell ameloblastoma with dural extension and atypical morphology. Contemp Clin Dent. 2014 Oct;5(4):535-8.

Resim 1



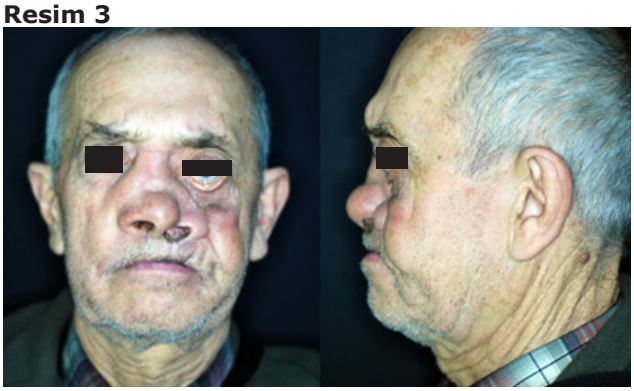
Hastanın ameliyat öncesi görünümü ve planlaması. Planlanan cilt kesileri ile iyi bir ekspojur sağlanması yanında ekspande olmuş olan fazla deri ve yumuşak dokunun eksize edilmesi amaçlanmıştır.

Resim 2



Ameloblastom eksizyonu sırasında kafa tabanında oluşan dura ekspozisyonu Perikranial-galeal flep eleve edilerek onarıldı.

Resim 3



Hastanın ameliyat sonrası 6.aydaki görünümü.

P-364
Mandibula Fraktürü Sonrası Plak-Vida İle Onarım Yapılan Hastada Plak Ekspozisyonu Olgusu

Mustafa Durgun, Osman Tan, Soysal Baş, Dağhan Işık, Mubin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Mandibula kırıkları fasiyal travmalar sonrasında nazal fraktürlerden sonra en sık görülen patolojidir. Nedenleri ülkelerin coğrafi ve sosyokültürel düzeylerine göre farklılık göstermekle birlikte en sık trafik kazaları sonrası görülür. Tanısı anamnez, fizik muayene ve çeşitli görüntülüme yöntemleriyle koyulur. Mandibula kırıklarının tedavi yaklaşımları kırığın lokalizasyonuna, tipine ve hasta özelliklerine bağlı açık ve kapalı redüksiyon olarak değişmektedir. Mini-plak ve vida ile onarım açık redüksiyon yöntemlerindendir. Yapılan tedavi sonrası değişen oranlarda komplikasyon görülmektedir. Bu komplikasyonlardan birisi de plak-vidanın ekspoze olmasıdır. Burada plak-vida ile onarılan bir mandibula fraktürü vakasının post op 1. Yıldan itibaren plak ekspoze olması ve hastanın 3 yıl boyunca ekspoze plak ile yaşaması sonrasında tarafımızca opere edilerek plağın çıkartılması vakası sunulmuştur.

ekspoze plak



plak çıkartılması sonrası



P-365
Dentofasyal Anomalilerde Sagittal Split ve LeFort I Osteotomi Tecrübelerimiz

Memet Yazar, Işıl Akgün Demir, Sevgi Kurt, Erkan Yüce, Selami Serhat Şirvan, Ayşin Karasoy Yeşilada
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Dentofasyal anomaliler, maksilla ve mandibuladaki anormal veya orantısız gelişme sonucu oluşan deformitelerdir. Ailesel geçişli olabileceği gibi dış etkenlere bağlı olarak da gelişebilir. Bu deformiteler maloklüzyonla sonuçlandığından yapılacak olan tedavi de dental oklüzyonu ve aynı zamanda yüzdeki ahengi sağlamaya yöneliktir. Yani işin bir boyutu da estetik olarak orantılı ve düzgün bir yüz elde edebilmektir. Dentofasyal anomaliler 3 ana başlıkta sınıflandırılmaktadır ve her sınıfın, hasta bazında değerlendirilmek üzere farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Çift çene cerrahisi olarak da adlandırılan bilateral sagittal split osteotomi (SSO) ve Le Fort I osteotomi kombinasyonu olan tedavi seçeneği, sınıf 3 maloklüzyon hastaları açısından oldukça yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Orta yüz deformitelerinde tek başına Le Fort I osteotomi ise maksilla manipulasyonu açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde ortognatik cerrahi uygulanan 24 hastanın değerlendirilmesi sunulmuştur.

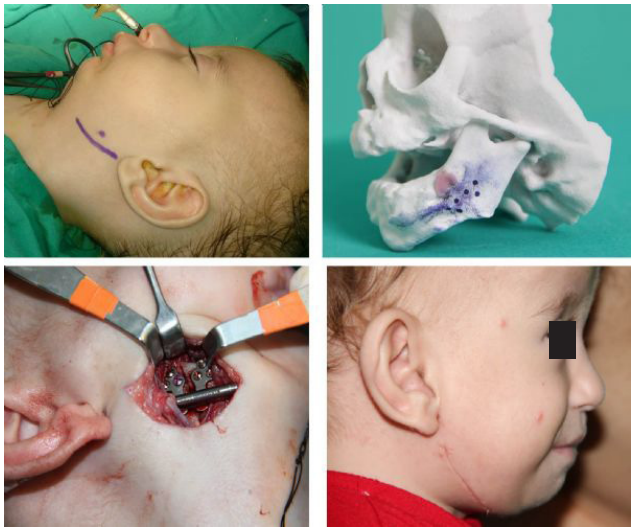
Materyal-Metod: Bu çalışmaya Haziran 2014 ve Ağustos 2015 tarihleri arasında sınıf 3 maloklüzyona sahip 24 hasta dahil edilmiştir. 12-41 yaş arası, 6 erkek, 17 kadın hasta mavcuttu. Bu hastaların 10›una SSO ve Le fort 1 osteotomisi uygulanırken 13›üne ise sadece Le Fort I osteotomisi uygulanmıştır.

Sonuçlar: Bir hastada yüzde ciddi ödem ve bir hastada da inferior alveoler sinirin kortekse yakınlığı sebebiyle sinir hasarı gelişti. Operasyon sırasında mikrocerrahi olarak

sinir koaptasyonu sağlandı. 6. ayda duyunun geri döndüğü gözlendi. Bunun dışında hematom veya nüks gibi başka bir komplikasyon gözlenmedi. Genel olarak hastalar da hem fonksiyonel hem de estetik açıdan memnun olduklarını belirttiler.

Tartışma: Başarılı bir operasyon için iyi bir ortodontik tedavi şarttır. Uygun hasta seçimi, uygun ölçümler ve iyi bir cerrahi ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.

Resim 1



Preoperatif mikrognatik çene yapısı ve modelde cerrahinin planlanması görülen hastanın intraoperatif osteotomi ve cihazın uygulaması sonrasında ve distraksiyonun bitiminde çene ucunun bariz bir şekilde öne ilerlediği görülmekte.

P-367
Pierre Robin Sekanslı Hastada Distraksiyon Osteogenez Uygulaması ve Farklılıklar

Selman Hakkı Altuntaş, Dudu Dilek Yavuz, Fuat Uslusoy, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Pierre Robin sekansı (PRS) için güncel tedavi seçenekleri, mandibular distraksiyon osteogenez (MDO) gibi modaliteler yoluyla trakeostomiden kaçınma üzerine odaklanmaktadır. Amacımız, apne şikayetleri ile başvuran bir PRS olgusuna uygulanan MDO tedavisinin etkinlik ve uygulamadaki farklılıklar açısından değerlendirilmesidir.

Olgu Sunumu: 11 aylık erkek olgu, mikrognati, inkomplet yarık damak ve glossoptozis bulguları ile kliniğimize başvuran hastanın beslenme sorunları nedeniyle gastrostomi açılmış. Geceleri apne ve iki kez kardiak arrest hikayesi ile ciddi solunum problemi bulunan hastaya distraksiyon osteogenez tedavisi planlandı. Operasyon için ilk denemelerde yaşanan entübasyon zorluğu tecrübeli bir anestezist tarafından uygulanan farklı bir teknikle kolaylıkla aşıldı. Operasyon öncesinde elde edilen çene modelinde cerrahi planlamalar yapıldı. Bilateral Risdon insizyonuyla girilerek mandibular angulus hizasında osteotomiler yapıldı. Rodlar rutin uygulamada ön taraftan çıkarılırken bu olguda hemen kulak arkasında posteriordan çıkartıldı. Operasyonda distraktörün çalıştığı kontrol edilerek cerrahi saha kapatıldı.

Bulgular: Postoperatif dönemde ihtiyaten 2 gün yoğun bakımda takip edildikten sonra, durumu stabil seyretmesi üzerine normal servise alındı. Postoperatif 7. günden itibaren 0.5 mm/gün hızında distrakte edildi. Çevirme aileye eğitim verilerek günde 4 defa çeyrek tur şeklinde yapıldı. Distraksiyon tedavisinin daha ilk günlerinden itibaren gün geçtikçe respiratuar sorunların hızla azaldığı ve O2 satürasyonunun hızla yükseldiği görüldü. Fakat beslenme sorunu hemen düzelmedi ve gastroözefajeal reflüde bir miktar artış oldu. Fakat zamanla bu sorunları da tamamen düzeldi ve tam olarak oral beslenmeye geçildi.
Sonuç: MDO tedavisi, ağır respiratuar sorunlu PRS'lı hastalarda trakeostomiden kaçınmak için ilk sırada tercih edilmesi gereken ve olguda da belirtilen modifikasyonlarla da daha uygulanabilir bir tedavi seçeneği olarak gözönünde bulundurulmalıdır.

P-368
Kompleks Maksillofasiyal Yaralanması Olan Bir Olguda Geç Dönem Rekonstrüksiyon Yaklaşımımız

Zeynep Karacor-Altuntas, Cem Yıldırım, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Maksillofasiyal kırıklar fonksiyonel ve estetik açıdan önemli sorunlara yol açabilirler. Maksillofasiyal fraktürlerin etiyolojisi ve insidansı ile ilgili yapılan çalışmalarda bunların ülkenin sosyal, kültürel, ekonomik yapısı ve çevresel faktörlerle doğrudan ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Gelişmiş ülkelerde etiyolojide darp ilk sırayı alır. Gelişmekte olan ülkelerde ise trafik kazaları ilk sırayı alır. Yüksekten düşme, iş kazaları, ateşli silah yaralanmaları ve spor kazaları gibi diğer etiyolojik nedenler de azımsanmayacak düzeyde karşımıza çıkmaktadırlar.

Olgu: Suriye'de yaşanan iç savaş esnasında patlayan bir bombadan saçılan şarapnel parçası yüzüne isabet eden hasta yüzünde deformite nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde fasiyal sinir paralizisine bağlı sol yüz yarımındaki mimik kaslarının zafiyeti, globta protrüzyon, sol gözde ektropion ve sol yanakta yumuşak doku kaybı ve skar dokular. Çekilen maksillofasiyal BT'de ise sol orbita ve maksillada kemik defekti ve sol globta oftalmik arterden beslenen travmaya sekonder internal karotid arterin kavernöz segmentinde karotiko-kavernöz fistül fistül tespit edildi. Öncelikli olarak girişimsel radyoloji tarafından genel anestezi altında fistül embolizasyonu uygulandı. Daha sonra orbital kontur ve maksiller kemik defekti için kostal kemik grefti ile rekonstrüksiyon planlandı. Sol infraorbital skar dokusu üzerinden girilerek defekt ortaya kondu ve kemik grefti uygun şekilde yerleştirilerek mini vida ve plaklarla tespit edildi. Yaklaşık 7 ay sonra sol malar bölgede bulunan yumuşak doku süspansiyonu için sağ gluteal bölgeden alınan dermofat greft uygulandı. Alt göz kapağı ektropionun düzeltilmesi için lateral kantopeksi

işlemleri uygulandı. Tedavisi halen devam edn hastaya aralıklı yağ enjeksiyonu planlanmaktadır.

Tartışma: Maksillofasiyal kırıkların insidansı ve sebepleri hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, coğrafik bölge, sosyoekonomik düzey, kültür, din ve zamana göre değişiklik göstermektedir Değişik coğrafi bölgelerde yapılan tüm çalışmalarda maksillofasiyal kırıkların erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur. Maksillofasiyal travmaların etyolojisinde trafik kazalarının ilk sırada,darbın ise ikinci sırada yer aldığı düşünülmektedir. Sıklık sırasında düşmeler ikinci, trafik kazası üçüncü sırada yer almaktadır. Bu faktörlerin sıklık sırası bazı çalışmalarda değişkenlik gösterebilmektedir.Bu değişiklik toplumların yaşayış tarzları ve gelişmişlik düzeyleri arasındaki farklıktan kaynaklanmaktadır.Bizim olgumuz ise Suriye'de çıkan iç savaş sırasında patlayan bir bombanın şarapnel parçalarının hastanın yüzüne isabet etmesi nedeniyle meydana gelmiştir. Maksillofasiyal kırıkların tedavisinde amaç kırık fragmanlarının anatomik pozisyonda redüksiyonu, oklüzyon bozukluklarının minimal morbidite ile düzeltilmesi ve oral fonksiyonlara olabildiğince çabuk geçilmesi olmalıdır. Maksillofasiyal travmalar sonucu oluşan deformitelerin rekonstrüksiyonu bazen oldukça kompleks olabilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi kostal kemik grefti, dermofat greft ve aralıklı yağ enjeksiyonu uygulaması tedavi alternatifleri olarak orta yüz rekonstrüksiyonunda uygulanabilmektedir.

Resim 1



Preoperatif görünüm

Resim 2



Peroperatif kostal kemik grefti yerleştirilmesi

Resim 3



Postoperatif görünüm

P-369
Burnun Nadir Bir Deformitesi: Medial Krural Fraktür

Fatma Betül Tuncer, Melekber Çavuş Özkan, Özhan Çelebiler
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Septal kartilaj fraktürleri, nazal kemik fraktürlerine sıklıkla eşlik eder. Ancak burnun diğer kartilaj komponentinde olan kırıklar nadirdir. Parkes ve arkadaşları direkt travmaya bağlı üst lateral kartilaj avülziyonunu tariflemiştir.(1) Ancak bildiğimiz kadarıyla alt lateral kartilajın medial krusunda izole fraktür daha önce bildirilmemiştir. Bu vaka takdiminde nadir bir burun fraktürü olan izole medial krus fraktürü ve onun tedavisi anlatılmaktadır.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta burnunda olan kitleden rahatsız olduğu için kliniğimize geldi. Fizik muayenede, sağ tarafa deviasyon gösteren nazal septumunun olduğu, sol alar kartilajın medial krusu inferiora doğru deplase olduğu ve kolumelladan çıkıntı yaptığı tespit edildi.(Figür 1.A-C). Hastanın 10 yaşında iken düşme ve muhtemelen tedavi edilmemiş nazal fraktür hikayesi vardı. Altta yatan deformitenin düzeltilmesi için hastaya genel anestezi altında operasyon yapıldı. Lokal anestetik solüsyonu (lidokain ve 1:100,000 adrenalin) ile burna infiltrasyon uygulandıktan sonra kolumellada var olan skar kullanılarak insizyon yapıldı. Açık rinoplasti tekniğine uygun olarak anterior septumun ve medial krusların diseksiyonu tamamlandı.(Figür 2) Sol alar kartilajın medial krusu kırılmış ve ikiye ayrılmış olduğu görüldü.(Figür 2.B) Kaudale deplase olmuş medial krusun medial parçası anatomik lokasyonuna getirilerek septuma ve medial krusun lateral parçasına sütüre edildi. Anterior septumu stabilize etmek için transfiksiyon sütürleri konuldu. Ekspande olmuş cildin fazla kısmı eksize edilerek insizyonlar kapatıldı.

Tartışma: Nazal fraktürlerin erken tanısı ve tedavisi, daha sonra oluşabilecek burun deformitelerinin önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Nazal septum, nazal fraktürlerde sıklıkla etkülenir. Basit nazal fraktürlerde septal fraktür oranı oldukça yüksektir ve %40-96 arasında rapor edilmiştir.(2-4) Fry yaptığı çalışmada nazal kemik fraktürü olan hastalarda komplet septal fraktür oranını %6, inkomplet septal fraktür ve septal deformite oranını %80 bulmuştur.(3) Septal fraktürler, yaralanma sırasında sıklıkla farkedilmemekte ve dolayısıyla tedavi edilmemektedir.(2) Ancak özellikle çocukluk çağında olan minör septal yaralanmalar yetişkinlikte majör sekellerle sonuçlanabilmektedir. Bu deformiteleri düzeltmek için birden fazla rekonstrüktif işlemler gerekebilmektedir.(5,6) Burun kartilaj iskeletinin diğer kısımlarında olan fraktürler daha az bilinmektedir ve nadiren raporlanmıştır. Direkt travmaya bağlı üst lateral kartilaj avülziyonu literatürde not edilmiştir. Ancak bildiğimiz kadarıyla alt lateral kartilaj medial krus fraktürü daha önce bildirilmemiştir. Tedavi edilmemiş nazal fraktürler fonksiyonel ve kozmetik sonuçları olan deformitelere ve deviasyonlara yol açmaktadır. Optimal sonuç için tüm kemik ve kartilaj yapıların tedavi sırasında repozisyonu primer amaç olmalıdır.

Referanslar:
1-Parkes ML, Kanodia R. Avulsion of the upper lateral cartilage: etiology, diagnosis, surgical anatomy and management. Laryngoscope. 1981 May;91(5):758-64.
2-Rhee SC, Kim YK, Cha JH, et al. Septal fracture in simple nasal bone fracture. Plast Reconstr Surg. 2004 Jan;113(1):45-52.
3-Fry H. The importance of the septal cartilage in nasal trauma. Br J Plast Surg. 1967 Oct;20(4):392-402.
4-Hwang K, You SH, Kim SG, et al.Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients. J Craniofac Surg. 2006 Mar;17(2):261-4.
5-Alvarez H, Osorio J, De Diego JI, et al. Sequelae after nasal septum injuries in children. Auris Nasus Larynx. 2000 Oct;27(4):339-42.
6-Sayin I, Yazici ZM, Bozkurt E, et al. Nasal septal hematoma and abscess in children. J Craniofac Surg. 2011 Nov;22(6):e17-9.

Figür-1



A-C: Preoperatif sırasıyla frontal, lateral ve basal açıdan görüntüleme D-F: Postoperatif 2.ayda sırasıyla frontal, lateral ve basal açıdan görüntüleme

Figür-2



Intraoperatif fotoğraflar. A:İnsizyonun var olan skar üzerine yerleştirilmesi B: Sol alt lateral kartilajın medial krusunun ikiye ayrılmış olduğu görüldü.(pensetler ile gösterilmektedir) C:Lateral görüntüde kaudale transpoze olmuş sol alt lateral kartilaj D:Sol alar kartilajın medial krural parçaları birbirine sütüre edildi ve medial krus yeni yerine getirildi.

P-370
Mandibula Fraktürleri İçin Pratik Bir Asistans: K Telleri

Alper Mete Uğurlu[1], Salih Onur Basat[2], Fatih Ceran[2]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mandibula yüzün alt 1/3 ünün en önemli bleşeni olmakla birlikte gevşek yumuşak doku desteği ve travmalara karşı açık bir pozisyonda durmasından dolayı mandibula fraktürleri sıktır. Mandibula kırıkları tüm maksillofasyal kırıkların %36-70 ini oluşturmaktadır ve daha çok 21-30 yaşlarındaki erkek hastalarda oluşmaktadır. Fraktrülerin etyolojisinde darp, iş, trafik ve spor kazaları karşımıza çıkmaktadır. Açık redüksiyon ve internal fiksasyon mandibula kırıkları için çokça kullanılan bir cerrahi tekniktir ve bu fiksasyon için titanyum plak ve vidaların kullanımı altın standarttır. İyi bir redüksiyon ve fiksasyon için iyi bir asistansa ihtiyaç vardır ve çoğu zaman bu gerçekleşmemektedir. Biz de bu çalışmamızda mandibula kırıklarının redüksiyon ve fiksasyonunda iyi bir asistans olarak k- tellerini sunmaktayız.

Yöntem-Gereç: 2015 yılında 28.4 yaş ortalamasına sahip 6 sı kadın toplam 25 mandibula fraktürlü olgu kliniğimize başvurdu. 10 hastada parasimfiz, 6 hastada korpus, 5 hastada ramus, 3 hastada angulus ve 1 hastada parasimfiz ve korpus fraktürü mevcuttu. Tüm kırıklar patolojik olarak deplase idi. Genel anestezi altında nazotrakeal entubasyon yapıldı, gingivobukkal insizyonlar yapılarak fraktür hatları ortaya kondu ve redükte edildi. Bir adet 0.2 mm lik K- teli ile fraktür hatları tesbit edildi (Şekil). Böylece ek asistansa ihtiyaç duyulmadı. Titanyum plak ve vidalarla fiksasyonu takiben K- telleri çıkarıldı. Kesi hatları sütüre edildi.

Bulgular: Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Operasyon süresi kısalmıştır.

Sonuç: Mandibula fraktürlerinin operasyonu güçtür ve rahat bir operasyon gerçekleştirebilmek için aynı anda çok ele ihtiyaç vardır; fakat çoğu devlet hastanesinde bu derece bir asistans bulmak kolay değildir. Kullandığımız yöntemle operasyon kolaylaşmış olup ek bir asistansa ihtiyaç duyulmamıştır. Sonuç olarak operasyon süresi kısalmıştır, cerrah daha rahat hareket edebilme imkanı bulmuştur. K-telleri ile asistans özellikle simfiz, parasimfiz, korpus, ramus ve angulus kırıkları için rahatlık sağlamakla beraber daha kompleks fraktürler için aynı yöntemin etkinliği azalmaktadır.

Kaynak: 1. Fridrich KL, Pena-Velasco G, Olson RAJ. Changing trends with mandibular fractures: A review of 1067 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1985;59:120.

Şekil



K- teli ile tesbit.

P-371
Serbest Orbita Kemik Fraktür Onarımında Multidisipliner Yaklaşım

Ayşe Özlem Gündeşlioğlu[1], Serhat Yarar[1], Lorenc Jasharllari[3], Mehmet Fatih Erdi[2]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, nöroşirürji ABD KONYA
[3]Özel Medline Hastanesi, KONYA

Giriş: Orbita kırıklarına, genellikle çoklu travmalı olgularda kafa ve yüz travmalarıyla birlikte rastlandığından, beyin cerrahisi, plastik cerrahi, göz hastalıkları kliniklerini yakından ilgilendirmektedir. Klinikler kendi açılarından hastaları değerlendirildikten sonra tedavinin multidisipliner yaklaşımla planlanması önemlidir. Ancak bu şekilde hastaya ilk girişimde ve tek seansta kozmetik ve fonksiyonel açılardan en iyi sonucun alınabileceği cerrahi girişim uygulanabilir. Orbita kırıkları klasik olarak orbitanın etkilenen duvarına göre sınıflandırılmaktadır. Travmanın yönüne ve şiddetine göre orbita kırığının yanında maksilla, nazal kemik, zigoma ve frontal kemiği de içeren multifragmanter kırıklar eşlik edebilir.

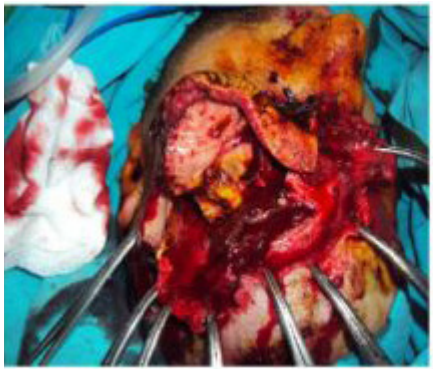
Olgu: 31 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrasında acil servise getirildikten sonra ilgili klinikler tarafından değerlendirildi. Sol frontal bölgedeki yaklaşık 10x10 cm boyunda travmatik kesi içerisinde sol orbita tavan ve posteriorun ters dönmüş olduğu, frontal bölgede çökme kırığı olduğu sol orbita alt rim ve zigomatikomaksillar batress de fraktür olduğu, sol orbita çevresinde yoğun ödem ve ekimoz mevcut olduğu beyin cerrahisi, plastik cerrahi ve göz hastalıkları tarafından görüldü. Frontal çökme nedeniyle beyin cerrahisi tarafından acil müdahale düşünüldü. Eş zamanlı olarak plastik cerrahi ve göz hastalıkları ekibide operasyona dahil oldu. Orbital yapının lateral duvar ve frontal kemikten tamamen ayrıldığı

görüldü. Cilt ile bağlantısı kesilerek kemik greft şeklinde dışarıya alındı. Yapılan eksplorasyon sonucu beyin cerrahisi kliniği tarafından çökme fraktürü ve ardından dura onarımı yapıldı. İntraoperatik göz hastalıkları kliniği tarafından globun intakt olduğu görüldü. plastik cerrahi ekibi tarafından, serbest fraktüre kemiği lokalizasyonuna uygun olarak plak vida ile rekonstrüksiyon sağlandı. Aynı seansta orbita alt rim ve batress fraktürleri de onarıldı. Postop takiplerinde vitalleri stabil olan hastanın postop 45. gün ki kontrollerinde herhangi bir şikayetinin olmadığı, görme ve göz hareketlerinin doğal olduğu görüldü.

Tartışma: Orbita kırıkları etyolojisinde erişkinlerde en sık neden trafik kazası iken, çocuklarda en sık neden düşme sonucu orbita tavan kırığı görülür. Tavan kırıklarına sık rastlanmış olmasına ragmen bunlar genellikle lineer ve nondeplasedir. Deplasmansız lineer kırıklarda cerrahi tedavi gerekmeyebilir ancak çok parçalı, deplasmanlı, kranial sinir tutulumu veya orbita içi yumuşak doku yaralanması, yada orbital hematom olan olgularda, olabildiğince erken cerrahi girişim yapılması hem kozmetik hem de fonksiyonel açıdan olumlu sonuçlar vermektedir. Ağır kafa veya genel vücut travmasının eşlik ettiği durumlarda hastanın genel durumu düzelene kadar orbitanın tedavisi ertelenebilir ancak hastaya epidural, subdural hematom veya frontal açık çökme fraktürü gibi endikasyonlarla kraniyotomi yapılacaksa EŞ ZAMANLI orbita duvar kırıklarının da onarılması gerekiyor. Eğer glob perforasyonU varsa muayenesi ve tedavisi acil olarak gerçekleştirilmelidir. Deplase orbita kırıklarında deplasmanın derecesine göre orbita içi yumuşak dokulara ekstrensek göz kaslarına ve kranial sinirlerde etkilenme görülebilir. Erken dekompresyonun büyük oranda olgularda düzelme sağladığı bildirilmiştir. Erken dönemde palpebral, periorbital ödem ve hematom nedeniyle göz açılmayabilir ve görme muayenesi sağlıklı olarak yapılamayabilir. Ayrıca globda perforasyon, hifema, retinada kanama gibi nedenlerden dolayı vizyon azalmış olabilir. Orbita kırığı şüphesi olan olgularda genel durumu stabil hale gelir gelmez kranyum ve orbita BT incelemeleri (direkt koroner ve sagital kesitler alınarak) yapılmalıdır. Cerrahi tedavi kırıkların lokalizasyon ve tipine göre değişiklikler gösterir. Dış yan duvar kırıkları açık redüksiyon + plak vida ile tespit, içyan duvar kırıkları nazal kemik kırığıda varsa kapalı redüksiyon, alçı ve tampon, taban kırıkları, açık redüksiyon, duruma göre kemik grefti veya plak- vida ile rekonstrüksiyon yapılabilir. Bilateral orbita tavan kırıklarında frontal kemikte çökme de varsa hematom boşaltılması ve dura onarımı gerekiyorsa rekonstrüksiyon için bifrontal kraniyotomi yapılması gerekir. Tek taraflı tavan kırıklarında kırık bölgesinden girilerek gerekliyse bu bölgenin üzerine küçük bir kraniyotomi yapılarak frontal sinüs ve dura onarımı yapılabilir, böylelikle geniş kraniyomiden kaçınılabilir.

Sonuç: Erken dönemde yapılan kalıcı girişimle patolojiler onarılmış ve hem estetik hem de fonksiyonel açıdan yeterli sonuçlar yeterli sonuçlar alınmıştır.Erken dönemde yapılan girişimlerle kırık fragmanlar anatomik pozisyonlarına daha rahat getirilerek tespit edilmektedir.geç dönemlerede girişimler hem daha komplike hem de estetik açıdan daha az tatmin edici olabilmektedir.Bu nedenle nöroşirurji, plastik cerrahi, göz hastalıkları klinikleri tarafından oluşturulan bir ekip tarafından orbita kırığı olan hastanın çok yönlü olarak değerlendirildikten sonra tek seansta hem dekompresyon hem de rekonstrüksiyon yapılmasının en etkin tedavi yöntemi olduğu bilinmelidir.

Resim 1



Preoperatif Görüntüsü

Resim 2:



Serbest Kemik Fragmanı(Orbita Superio, Posterior + Dış Kadran

Resim 3:



Intraoperatif Orbita Tespiti

P-372
İmplant ile meme rekonstrüksiyonunda modifikasyon: Olgu sunumu

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Tuğba Sodalı, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Meme kanseri insidansı gün geçtikçe artmakta ve tedavi yaklaşımları buna paralel olarak değişim ve gelişim göstermektedir. Öncelik kanser dokusunun ortadan kaldırılması olsa da, kanserli dokunun uzaklaştırılması kadar, memenin tekrar yerine konması da önem arz etmektedir.1 İmplant ile meme rekonstruksiyonu, doğru seçilmiş hastada mükemmel sonuçlar sağlayabilir. İmplant ile rekonstruksiyon işlemin nispeten kolay olması, uzak donör saha morbiditesinin olmaması, renk, yapı ve duyusal olarak benzer yapıların kullanılması, azalmış operasyon süresi ve hızlı iyileşme süreci tercih edilme nedenleridir.2

Olgu Sunumu: Sol meme inferolateralinde kitle nedeniyle operasyon planlanan 25 yaşında bayan hasta mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksyon isteğiyle kliniğimize başvurdu. Orta büyüklükte memeleri olan hasta sadece implant ile rekonstrüksiyon istedi. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Genel cerrahi tarafından subareolar insizyondan girilerek cilt koruyucu parsiyel mastektomi yapıldı. Hastanın medialde meme dokusu korundu (Resim 1). Hastanın sol meme inferolateralde oluşan defekt onarımı için 245 cc lik anatomik protez yerleştirilmesi planlandı. Bu amaç doğrultusunda pektoral kas üstü plandan diseksiyon yapılarak poş oluşturuldu. Karşı memenin pitoz oranı, lateral deviasyonu değerlendirildi. İpsilateral memede doku defektinin inferolateral bölgede olması nedeniyle simetriyi sağlamak için protez, protezin inferior kısmı laterale doğru çevrilerek, oblik şekilde defekt alana yerleştirildi (Resim 2). Postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hastanın tatmin olduğu, simetriğe yakın meme formu elde edildi (Resim 3).

Tartışma: İmplant ile tek aşamalı eş zamanlı meme rekonstruksiyonu için en iyi aday küçük yuvarlak ve minimal veya hiç pitozu olmayan hastalardır. Büyük ve belirgin pitotik memesi olan hastalarda prostetik rekonstruksiyon ile tatminkar sonuçlara ulaşabilmek için diğer memenin uyumunu sağlayacak ek işlemler gerekmektedir.1 Deri koruyucu cerrahi yapıldığında implant ile sadece volumetrik rekonstruksiyon yeterli olmaktadır. Hastaların ameliyat öncesi planı yapılırken subkutan mastektomi sırasında yapılacak deri eksizyonunun miktarı, meme başı areola kompleksinin durumu, ameliyat sonrası radyoterapi ihtiyacı ve hasta beklentileri göz önüne alınmalıdır.3 Genel olarak total mastektomi sonrası rekonstrüksiyonda implant vertikal şekilde yerleştirilmekle birlikte hastanın durumu, eksizyon yeri ve miktarına göre intraoperatif standart prosedürler değiştirilerek farklı çözümler üretilebilinir.

Kaynaklar: 1. Alhan D, Şahin İ, Özer F, Zor F, Nişancı M, Öztürk S, et al. Meme rekonstrüksiyonundaki 10 yıllık deneyimimiz. Turk Plast Surg 2012;20(1):1-6. 2. Serel S, Şen Z, Kaya B, Emiroğlu B, Can Z. İmplantlar ve doku genişleticiler ile meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57:3-7. 3. Uluğ BT, Kuran İ. Bilateral meme rekonstrüksiyonu. Turk Plast Surg 2006;16(3):134-139.

Resim 1



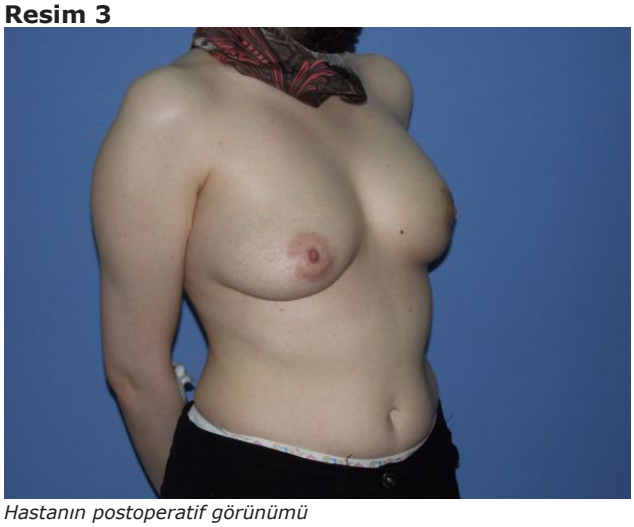
Sol meme inferolateralde defekt

Resim 2



Protez, protezin inferior kısmı laterale doğru çevrilerek, oblik şekilde defekt alana yerleştirildi

Resim 3



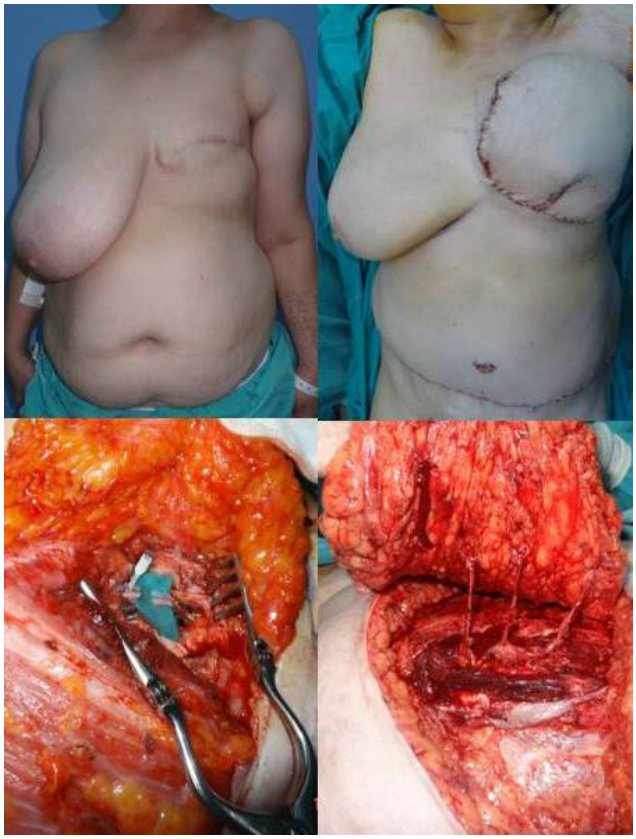
Hastanın postoperatif görünümü

P-373
Clinical Outcomes of Autolog free DIEP or Ipsilateral Pedicled Muscle Sparing TRAM for Breast Reconstruction

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Microsurgical breast reconstruction operations are routinely performed with high success rate. Real patient expectations and surgical inclusion criteria's based on mutual way are important factors to achieve a better surgical outcomes and patient satisfection. There are controversies about selection of surgical techniques. The body fat distribution, race, age, previous operations, radiadition therapy can affect the surgical operation type. Although young patient after bilateral mastectomy can be managed by expander-silicone implant based breast reconstruction with/without latissimus dorsi flap. Autolog tissue transfer from abdominal tissue is still accepted for patients with abdominal lipodystrophy. The classification of the various muscle-sparing techniques has been previously described and include the ms-0, ms-1, and ms-2 free tram flaps. By preserving fascia and muscle, DIEP flap should be preferred even for overweight and obese patients. In literature, DIEP flap was found as a safe and reliable procedure compared to the free muscle sparing TRAM operations. Especially after radiotherapy, the mastectomy area has some disadvantages such as difficulty of recipient vessels preparation. Pedicled muscle sparing tram flap harvesting from ipsilateral site decreases the sternal pedicle bulging. We present outcomes of ipsilateral pedicled muscle sparing tram and DIEP free flap for breast reconstruction. In this study only late reconstructed overweight and obese patients were evaluated on 30 patients (10 DIEP and 20 muscle sparing tram flap). The flap selection made on the recipients internal mammarian artery system and number, caliber and peroperative Doppler sound of perforators. Contralateral pedicled muscle sparing tram and bilateral DIEP flap harvesting were excluded. At least two perforators were protected during flap harvesting in DIEP group. Fascia repair was achieved without mesh. Minimal fat necrosis occurred in both groups. The two vein anastomosis was done in selective cases to prevent flap mobilization at anastomosis part. For pedicled cases the patients did not complained about sternal abdominal bulging. For symmetry, the contralateral breast reduction with reconstruction of nipple areola complex was the most preferred operation. In conclusion DIEP flap is safe and reliable flap for breast reconstruction but as a salvage procedure the ipsilateral muscle sparing pedicled tram also can be done at the same stage without any contour deformities of abdomen.

Picture 1



P-374
Faktör 5 Leiden Mutasyonu olan hastada memebaşı koruyucu mastektomi sonrası gelişen bilateral memebaşı-areolar kompleks nekrozları ve üst ekstremite arteryel tromboembolileri

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar
Yeditepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.,İstanbul

Giriş: Memebaşı koruyucu cerrahi (MKC) ve eşzamanlı meme rekonstrüksyonu son yıllarda seçilmiş meme kanserli hastalarda ve proflaktik mastektomi hastalarında radikal operasyonların yerini almaya başlamıştır. Onkolojik cerrahi prensiplerden ödün vermeden hastalıklı dokular vücuttan uzaklaştırılırken, rekonstrüksyondan sonra ortaya çıkan memenin estetik sonuçları diğer yöntemlere göre daha yüz güldürücüdür. MKC teknik açıdan zor bir operasyondur. Yapılacak diseksiyonla geride kalacak olan meme cildi ve memebaşı areolar kompleks (MAK) kanserli doku kalmayacak kadar ince ancak bu dokuların perfüzyonunu bozmayacak kadar da kalın olmalıdır. Parsiyel yada total MAK nekrozu MKC operasyonunun en sık komplikasyonlarından biridir ve estetik sonuç üzerine doğrudan etkileri vardır. Factor V Leiden, en sık görülen kalıtsal trombofilidir. Trombüslerin tamama yakını venözdür. Arteryel trombÜs konusunda ancak birkaç vaka serisi literatürde yer almaktadır. Bu vaka sunumunda MKC operasyonu sonrası Leiden V mutasyona sahip bir hastada meydana gelen MAK ve meme cilt nekrozu ve çoklu üst

ekstremite embolisine ilişkin literatürde bilinen ilk olgunun sunumu yapılacaktır.

Olgu Sunumu: 61 yaşındaki hastaya sağ memesinde bulunan 3 cm çaplı invaziv ductal karsinom nedeniyle NSM, sol memesine proflaktik mastektomi yapıldı. Memelerin rekonstrüksiyonu için aynı seansta sağ memeye doku genişletici, sol memeye doğrudan meme protezi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Intaoperatif ve postoperative süreçte problem yaşamayan hasta, post operatif 2. günde taburcu edildi. Hasta post op 5. gün kontrole geldiğinde hastanın sağ meme sağ pilarında, sağ meme MAK de ve sol meme MAK ında büller gözlendi. Büller aspire edilerek pansuman yapıldı. Hasta post op 7. günde acile sol elde soğuma his kaybı 1,2. parmaklarda morarma şikayetiyle başvurdu. Hastanın radial nabzı non palpabldı. Hastaya MR anjiyo yapıldı ve subklavian arter ve radial arterde trombüs saptandı. Hasta takip amacıyla vasküler cerrahlarca yatırıldı. 10 günlük yatış süresince hastanın önceden bül olan alanlarında tam kat cilt nekrozu, ek olarak insizyon hatlarında da tam kat nekrozlar gelişti. Hastanın medikal tedaviye yanıt vermesi ve eldeki dolaşım probleminin hızla gerilemesi nedeniyle damar cerrahlarınca girişim planlanmadı. Tam kat nekroz alanları demarkasyon hatları belli olmasını takiben debride edilerek eksizyonları sağlandı. Trombüsleri nedeniyle hematoloji tarafından değerlendirilmesini istediğimiz hastanın Faktör V Leiden heterozigot mutasyona sahip olduğu belirlendi. Hasta kemoterapileri sırasında ve sonrasında düşük molekül ağırlıklı heparin ile takip edildi. RT sonrası hastanın sol memesine meme protezi ve her iki memeye NAC rekonstrüksyonu planlanmaktadır.

Tartışma: Meme başı- cilt nekrozu meme rekonstrüksyonlarında en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir. Yüzeyel kayıplar kendi kendine iyileşebileceği gibi tam kat kayıplar enfeksiyon ve protez kaybına yol açabilir. Meme cilt kayıplarında en çok üzerinde durulan risk faktörleri; sigara, insizyon seçimi, flep kalınlığı, yaş, obesite, diyabet, hipertansiyon,önceki cerrahi girişimler, geçirilmiş radyoterapi dir.

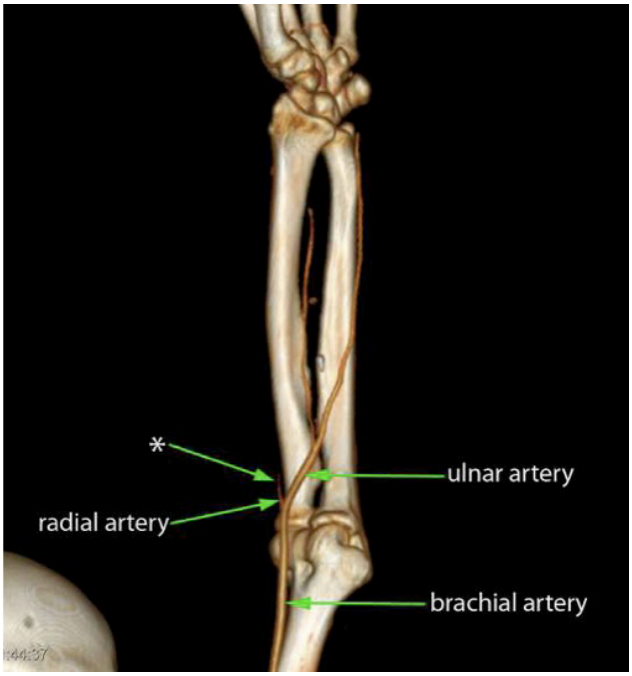
Faktor V Leiden en sık görülen kalıtsal trombofilidir ve kalıtsal hemofililerin %40-50 sini kapsar. Otozomal dominant mutasyondur. Heterozigot mutasyon Beyaz ırkta % 5-8 kadar gözlenir, tromboz riski 3-7 kat iken diğer ırklarda özellikle asyalılarda çok nadirdir. Mutasyonun homozigot şekline 0,18% 5rastlanmakla birlikte VTE riski 80 kat artmıştır. Normal şartlarda Faktör 5'in aktivasyonu thrombin tarafından başlatılır.Aktif duruma geçen faktör 5a, protombinin (FII) Trombine (FIIa) dönüşmesini sağlayan protrombinaz enzim kompleksinin parçalarından biri olarak fonksiyon gösterir.Trombin ise Fibrinojeni fibrin dönüştürür. Faktör 5 aktive protein C tarafından (APC) tarafından inaktive edilerek kontrol edilir.Leiden mutasyon sonucunda Faktör 5 proteinin 506. Amino asidi olan arginin' in yerine glutamin geçer.Bu değişiklik nedeniyle APC etkisini gösteremez ve Faktör v inaktivasyonu yavaşlar, koagülasyon kaskadı gereğinden fazla aktive olduğundan tromboz eğilimi artar.

FVL mutasyona sahip bireylerde trombüs oluşumu hemen herzaman venlerle sınırlıdır ve en sık derin ven trombüsleri gözlenir. Bu trombüslere bazen akciğer embolisi de eşlik edebilir. Derin ven trombuzu (DVT) ve akciğer embolisi dışında serebral, mesenteric ve portal ven trombüsleride bildirilmiştir. Arteryel thrombus konusu tartışmalıdır ve hepatic arter,retinal arter,popliteal arter ve brakial arter trombüsüyle ilgili bir kaç vaka sunumundan ibarettir. Özellikle 45 yaş öncesi geçirilen miyocardial infaction ile arasında zayıf ama tartışmalı bir ilişki bildirilmiştir. heterozigot mutasyona sahip bireylerde trombüsün ortaya çıkmasında kalıtsal faktörlerle çevresel faktörler birlikte rol oynar. Thrombus genellikle gebelik, sigara, doğum kontrol ilacı, cerrahi, kanser, immobilizasyon gibi gibi birçok etken tarafından tetiklenmektedir. Hastamız uyarılara ragmen erken post operatif dönemde dahil olmak üzere sigara içmeyi sürdürmüştür. Hastanın sigaranın yanında kanser ve cerrahi travma gibi önemli risk faktörlerine sahip olması NAC nekrozunun yanında arteryel trombo emboliyi de tetiklemiş olabilir.

FVL mutasyon tanısı genetik testlerle konulmaktadır ancak bu testler preop her hastaya rutin uygulanması gereken bir test değildir. Özellikle kadın hastalara anamnez sırasında gebeliklerinde problem yaşayıp yaşamadıklarını, düşük yapıp yapmadıklarını sormak akıllıca bir yaklaşım olabilir. Geç dönem gebelik kaybı veya bacaklarda derin ven trombozuna eşlik eden yada etmeyen pulmoner emboli FVL nin iyi bilinen komplikasyonlarıdır. Hastamızda post operatif dönemde bu konuyu sorguladığımızda 3 geç gebelik kaybı olduğunu öğrendik. Bu hastadan sonra polikliniğimize opere olmak üzere başvuran tüm bayan hastalarımız düşük hikayesi ve gebelik dönemleri daha ayrıntılı olarak sorgulamaya başlanmıştır. Hastalığın kalıtsal özellikte olması nedeniyle hastanın 1. Derece akrabalarına da test önerilmiş, hastanın kız kardeşinde ve iki oğlundan birinde heterozigot hastalık tespit edilerek hastalıkla ilgili olarak bilgilendirilmeleri sağlanmıştır.Özellikle gelecekte hamilelik planlayan kadın hastalarda bu bilgi bebeğin ve/ veya kendisinin hayatını kurtarabilir.

Sonuç: Plastik cerrahlar açısından doku perfüzyonu "sine qua non" dur. Faktör 5 leiden mutasyon her nekadar en sık görülen trombofili olsa da özellikle heterozigot bireylerde tetiği çeken dış faktörlerin varlığı trombo embolinin ortaya çıkması için gereklidir. Bu aşamada doku perfüzyonu için daha önceden bilinmeyen yada önemsiz olarak görünen hastaya ait faktorler önem kazanmaktadır. Uzun sürecek bir operasyon yada kanser cerrahisi öncesi anamnez alırken genç hastalarda dvt yada pulmoner emboli öyküsünün olması, özellikle bayan hastaların hamilelik dönemlerinin sorgulanması, FVL gibi preop dönemde basit laboratuvar testi ile tanısı konulamayan hastalıklarda cerraha ipucu sağlayabilir. Bilinenen risk faktörlerini taşımamasına rağmen post op dönemde açıklanamayan cilt nekrozunun,arteryel yada venöz tromboembolinin ortaya çıktığı durumlarda FVL mutasyon plastik cerrahların aklına gelmesi gereken bir hastalıktır.

resim 2



radial arterde trombo emboli

resim 3



memebaşı, pilar ve sütür hatlarında nekrozlar

resim1



subklavian areterde trombo emboli

P-375
Jinekomasti ameliyatı sonrasında gelişen meme başı kopmleksi lokalizasyon bozukluğunun ilerletme flebi kullanılarak düzeltilmesi

Fırat Özer, Yalçın Bayram
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Amaç: Jinekomasti ameliyatı sonrasında %15,5 ile % 41 arasında kopmlikasyon gelişebilir (1). Bu komplikasyonlardan hematom, seroma, kontor deformitesi gibi problemler ve tedavileri ile ilgili literatürde birçok çalışma mevcuttur (2). Bununla beraber insizyon hattında dikişlerin açılmasına bağlı meme başı kompleksinin yanlış yerleşim göstermesi ve bu komplikasyonun tedavisine yönelik literatürde yayın mevcut değildir. Bu çalışmada jinekomasti ameliyatı sonrasında meme başı kompleksinin yanlış yerleşimi ilerletme flebi kullanılarak doğru anatomik bölgesine başarılı bir şekilde taşınmıştır.

Vaka sunumu: Onbeş gün önce başka merkezde periareolar subkutan mastektomi yöntemi ile jinekomasti düzeltilmesi ameliyatı olan hasta sağ memesinde yara iyileşmesi ve meme başı asimetrisi şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Yapılan muayenesinde ‹purse-string› dikişlerin açılmasına bağlı sağ meme başının normal anatomik lokaizasyonuna göre sağ aşağıya yerleşim gösterdiği görüldü. Hasta lokal anestezi altında opere edildi. Meme başı kompleksinin lateral ve üst medial kenarlarından parsiyel kalınlıkta insizyonlar yapılarak meme başı kopmleksi ilerletme flebi şeklinde doğru anatomik bölgesine taşındı (Resim 2). Ameliyat esnasında meme başının kanlanmasının iyi olduğu görüldü. Hasta ameliyat sonrası 7. günde taburcu edildi (Resim 3).

Sonuç: jinekomasti ameliyatı sonrasıdna meme başı yerleşim bozuklukları nadir görülen komplikasyondur. Bu komplikasyoların tedavilerinde greftleme ve Z plastiler kullanılmaktadır. Bu çalışmada bu yöntemlerden farklı olarak meme başı ilerletme flebi olarak normal anatomik bölgesine başarılı bir şekilde taşınmıştır. Kolay uygulanabilir olması, flebin daha fazla mesafede ilerletebilmesi ve sonrasıdan duyu kaybının geri dönme olasılığının daha fazla olması bu yöntemin avantajlarıdır. Bununla beraber flep kanlamasının bozulması ve buna bağlı meme başı nekrozu gelişim riski ise bu yöntemin en büyük dezavantajı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kaynaklar:
1. Chun- Chang L, Ju-Peng F, Shun- Cheng C, Tim- Mo C, Shyi-Grn C. Surgical treatment of gynecomastia complications and outcomes. Ann Plast Surg. 2012;69(5): 510-5.
2. Handschin AE, Bietry D, Hüsler R, Banic A, Constantinescu M. Surgical management of gynecomastia - a-10- year analysis. World J Surg.2008;323:38-44.

Resim 1



Meme başı kompleksi 'purse string' dikişlerin açılması sonrası normal anatomik pozisyonundan farklı olarak alt laterale yerleşmiş.

Resim 2



Meme başı kompleksi inferior tabanlı olarak normal anatomik bölgesine taşınmıştır. meme başı yan sınırlarda ve üst sınırda parsiyel dermal insizyonlar yapılmış tabanda ise subdermal ve dermal pleksuslar korunmuştur.

Resim 3



Ameliyat sonrası 7. gün. meme başı normal anatomik lokalizasyonunda. herhangi bir parsiyel yada total nekroz flepte izlenmemekte.

P-376
Klinik subkutanmastektomi deneyimlerimiz

Hüsnü Hacı, Bilge Anıl Tosyalıoğlu, Hasan Şahin, Mustafa Yılmaz
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cer Anabilim Dalı, İzmir

Giriş Ve Amaç: Meme kanseri kadınlarda mortalitesi akciğer kanserinden sonra 2. en sık kanserdir. Her yıl 100.000 kadından 120 si meme kanseri teşhisi almaktadır. Yaklaşık olarak her 8 kadından 1'i hayatlarının bir döneminde invaziv meme kanseri tanısı almaktadır. Meme kanserindeki temel tedavi yöntemi mastektomi olup buna ek olarak, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi, aksiller sentinel lenf nodu incelemesinin sonucuna göre aksiller diseksiyon gibi tedaviler kullanılmaktadır. Bazen yüksek riskli hastalarda (aile öyküsü, erken yaş vb.) bilateral ya da meme kanseri nedeniyle tek taraflı mastektomi yapılmış hastalarda kontralateral profilaktik mastektomi yapılabilmektedir. Mastektomi sonrası erken dönemde protezle rekonstrüksiyon; geç dönemde ekspander sonrası protez uygulaması, regionel flepler ve free fleplerle meme rekonstrüksiyonu yapılabilmektedir.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışmada Temmuz 2010 – Temmuz 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda unilateral ya da bilateral subkutan mastektomi ve protezle rekonstrüksiyoın yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: BU süre içerisinde toplam 41 vaka opere edildi. Hastalar 29 – 66 yaş aralığındaydı ve ortalama opere edilme yaşı 45.9 olarak hesaplandı. Hastaların tanılarına bakıldığında 15'i invaziv duktal karsinom, 4'ü invazif lobüler karsinom, 8'i duktal karsinoma in situ, 1'i lobüler karsinoma in situ, 2'si kronik granülomatöz mastit, 1'i fibrokistik hastalık, 1'i metaplastik karsinom olarak saptandı. Kombine tanıları olan hastaların da olduğu görüldü. Bu hastaların 1'inin DCIS+ LCIS, 2'sinin duktal + lobüler karsinom, 1'inin DCIS+ LCIS+ invaziv papiller karsinom, 1'inin DCIS + invaziv lobüler karsinom tanısı aldığı görüldü. İlk patolojik tabıları dış merkezde konulan ve patoloji sonuçlarına ulaşamadığımız 4 hastanın ise patolojisi bilinmemektedir. 13 hastada 1. ve 2. derece akrabalarda meme kanseri öyküsü mevcut. Daha önce tek taraflı mastektomi yapılmış olguların operasyon bölgesine TRAM flep, latissimus dorsi flep, ekspander ve ardından protez uygulanması gibi rekonstrüktif prosedürler uygulanmıştır. Memeler arasında simetriyi sağlamak ve diğer memede meme kanseri gelişmesini önlemek amacıyla subkutan basit mastektomi ve aynı seansta silikon protezle rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Diğer yandan biyopsi ile yeni tanı almış insitu karsinom olan hastalar ile kronik granülomatöz mastit, fibrokistik hastalık gibi her iki memeyi yaygın olarak etkileyen, tekrarlayıcı olan hastalık durumlarında bilateral subkutan basit mastektomi ve aynı seansta silikon protez ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır. 21 hastaya bilateral, 11 hastaya sol, 9 hastaya sağ mastektomi uygulanmıştır. Tek taraflı mastektomi uygulanan hastalar daha önce karşı tarafa genel cerrahi birimince mastektomi uygulanmış ve tarafımızca rekonstrüksiyonu yapılan olgulardı. 41 hastadan 18'ine daha sonra kısmi nekroz nedeniyle debridman, nipple rekonstrüksiyonu, kapsülotomi gibi revizyon operasyonları yapılmıştır. SONUÇ: Meme kanseri cilt kanserlerini dışarıda bırakacak olursak kadınlarda en sık görülen ve akciğer kanserinden sonra 2. sıklıkta mortaliteye yol açan bir kanserdir. Son yıllardaki etkin tedaviler ile meme kanserinin mortalitesi azaltılmış, kür oranları artmaya, nüksler azalmaya,

sağkalım süreleri uzamaya başlamıştır. Kadın formunun önemli bir yapısı olan memenin rekonstrükte edilmesi hem kadın vücut formunun sağlanması hem de kadınların sosyal hayata daha kolay adapte olmasını, özgüvenlerinin yerine gelmesini sağlamada çok önemli bir basamak halini almıştır.

Nahabedian, Maurice Y. M.D.; Tsangaris, Theodore N. M.D. Breast Reconstruction following Subcutaneous Mastectomy for Cancer: A Critical Appraisal of the Nipple-Areola Complex Plastic and Reconstructive Surgery Volume 117(4), 1 April 2006, pp 1083-1090

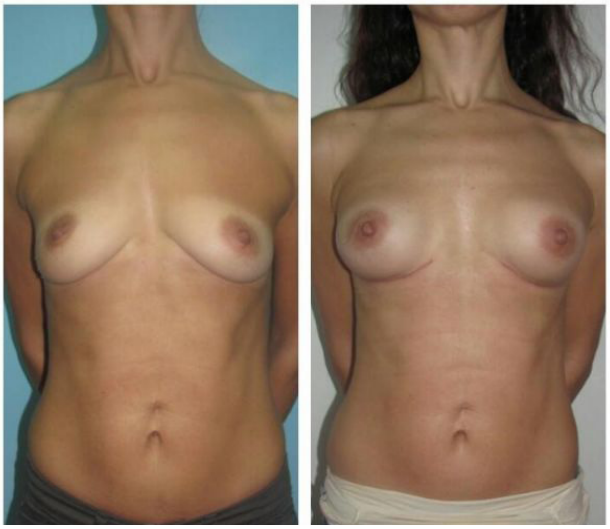
Bayram Y; Kulahci Y; Irgil C; Calikapan M; Noyan N. Skin-reducing subcutaneous mastectomy using a dermal barrier flap and immediate breast reconstruction with an implant: a new surgical design for reconstruction of early-stage breast cancer. Aesthetic Plast Surg. 2010 Oct;34(5):675-7

Subkutan Mastektomi



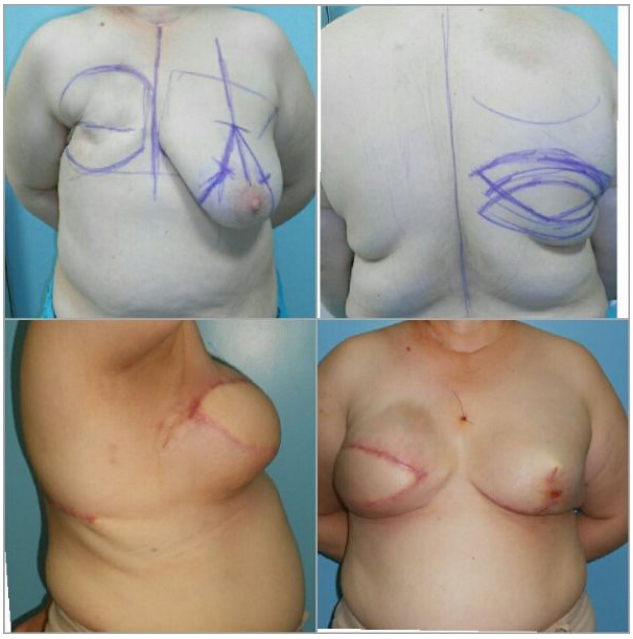
olgu3

Subkutan Mastektomi



olgu2

Subkutan Mastektomi



olgu 1

P-377
Anatomik şekilli silikon meme implantı ile Pectus Ekscavatum düzeltilmesi, olgu sunumu

Mehmet Dadacı[1], Bilsev İnce[1], Zeynep Altuntaş[1], Fatma Bilgen[2]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya
[2]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

Giriş: Pektus ekskavatum (Kunduracı göğsü), göğüs duvarı yapı bozukluklarından en sık görülenidir. Pektus Ekskavatum göğüs ön duvarında kemik ve kıkırdak büyümesi anormaldir, tipik olarak sternumun her iki tarafında yer alan 4-5 kaburga etkilenir. Pektus Ekskavatum, Yaklaşık 300-400 canlı doğumda 1 görünür ve erkek/ kadın oranı erkek lehinedir (3/1). Göğüs ön duvarındaki çöküklüğün görüntüsü hafiften çok ciddi vakaya değişkenlik gösterir ve bazen sağ ve sol taraflar arasında asimetri mevcuttur. Bu anormal kemik ve kıkırdak büyümesinin gerçek sebebi bilinmemekte ve halen pectus excavatum için genetik defekt tanımlanmamıştır. Tanımlanmış genetik bir yönü olmasa da 35% olguda ailesel geçiş sözkonusudur. Dahası, Marfan sendromu ve Poland sendromu ile ilişkilidir. Göğüs duvarı yapı bozuklukları; Pektus Ekskavatum, Pektus Karinatum, Poland Sendromu, Sternal Defetler ve çok az görülen diğer yapı bozuklukları olarak 5 kategoride sınıflandırılmaktadırlar %85›i hayatın ilk yılı içerisinde fark edilmektedir. Fonksiyonel anlamda pektus excavatum hastalığı olanların asemptomatiktir. Pektus deformitesine bağlı akciğer kompresyonuna ve kalbin deplasmanına bağlı kalp ve akciğerin foksiyonlarının kısıtlanma derecesi tartışmalıdır. Egzersiz toleransı sıklıkla anormaldir, ve ciddi vakalarda restriktif yani kısıtlayıcı akciğer fonksiyonları mevcuttur. Kalp fonksiyonları sıklıkla normaldir, fakat mitral kapak prolapsus %20-60 vakada

bildirilmiştir. 1987'de tariflenen endoskopik olarak yapılan Nuss ameliyatı en sık kullanılan düzeltme ameliyatıdır. Sternum ve kostalar ile herhangi bir düzeltici ameliyat istemeyen hastada göğüs deformitesini kamüfile etmek amacı ile yapmış olduğumuz rekonstrüksiyon sunulacaktır.

Olgu sunumu: 27 yaşında bayan hasta doğustan olan gögüs deformitesini düzelttirmek amaci ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde tek taraflı pectus ekscavatumunun olduğu görüldü. Hastanın daha öncesinde göğüs cerrahisi ilegörüştüğü ve kemik yapı ile bir ameliyat istemediği öğrenildi. Hastaya alternatif teknikler önerilse de protez ile deformitesinin önlenmesini istedi. Yapılan ölçümler sonrası sağ tarafa tabanı geniş 450 cc yüksek profilli pürtüklü yüzeyli anatomik şekilli implantı deformite alanına yüksek profil gelecek şekilde yan oplik olarak pektoral kas altına yerleşirmenin uygun olacağını düşündük. Gögüs capı küçük olması nedeni ile karşı tarafada 300 cc orta profilli pürtüklü yüzeyli anatomik şekilli implant koyulması planlandı. Genel anastezi altında ameliyata alınıp diseksiyonları yapıldı. Pektoral kasta deformiteye rastlanmadı. Planlanan protezler konulup ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta sonucundan memnun kaldığını belirtti.

Tartışma: Gögüs ön duvar deformiteleri düzeltiminin esas olarak deforme olan kosta ve sternum üzerinde yapılması esastır. Fakat ağrılı işlem olması, hastaları daha çok korkutan bir cerrahi olarak görülmesi nedeni ile defektin doldurumu ile giden ameliyatlar ön plana geçmektedir. Hastanın defek ölçüsü alınarak hazırlanan protezler en uygun olsada maliyet ve ulaşılabilirlik düşünüldüğünde çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Tekrarlayan yağ greftleri ya da deri altının flepler ile doldurulması alternative yöntemdir. Biz hastamızda damla şekilli anatomic protezi Tabanı yukarıda ve oplik koyarak defektin uygun rekonstrüksiyonunu sağladığımızı düşünüyoruz.

resim 1



resim 2



resim 3



P-378
Jinekomasti düzeltilmesi sonrası tekrarlayan hemoraji: Hemofili varyantı hasta

Ozan Aslan, Ekrem Ramazan Keskin, Erinç Evrensel, Ahmet Kürşat Yiğit
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu yazıda jinekomasti sebebiyle opere ettiğimiz; sonrasında tekrarlayan hemorajileri gelişen, takibinde hemofili varyantı tanısı almış bir olgu sunumundan bahsedilmektedir.

Gereç Ve Yöntem: Kliniğimizde 2014 Ağustos ayında jinekomasti nedeniyle opere edilmiş, sonrasında tekrarlayan hematomları gelişen hastanın kayıtları gözden geçirilmiş ve literatür taraması yapılmıştır.

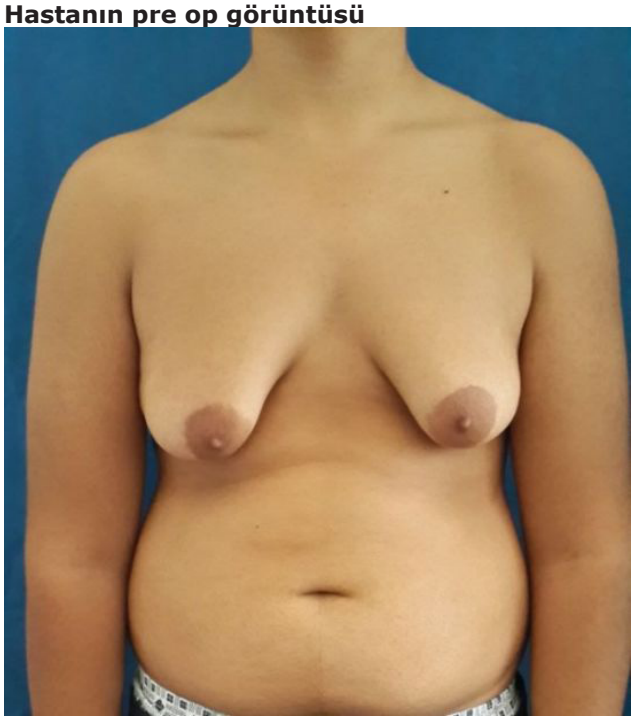
Olgu Sunumu: Hasta kliniğimize erkekte meme büyümesi şikâyeti ile başvurdu. 18 yaşındaki hastanın fizik muayene ve ultrasonografisi Simon evre 3 jinekomastisi ile uyumluydu. Endokrinoloji konsültasyonunda anormal bulgu saptanmadı. Anamnezinde ve özgeçmişinde özellik yoktu. Ameliyat öncesi rutin tetkiklerinde sadece aPTT değeri sınırda yüksekti aPTT: 36.0 (24.8 – 34.4). Hastaya sirkumareolar insizyon tekniğinde glandüler eksizyon

uygulandı. Olağan şekilde kanama kontrolü yapılarak hemovak dren yerleştirildi ve korse uygulanarak operasyon sonlandırıldı. Post-op 0. gün hastanın sağ memesinde hematom izlenmesi üzerine yaklaşık 400 cc hematom boşaltıldı ancak herhangi bir kanama odağı bulunmaması üzerine dren ve baskılı pansuman ile tekrar kapatıldı. Post op 1. gün tekrarlayan hematom, hemoglobini 14 mg/dl'den 7 mg/dl'ye düşüren aktif kanama odağı etyolojisi sebebiyle tekrar ameliyathaneye alındı. Aktif odak saptanamayan hastaya hematom boşaltılması, merosel ve soğuk uygulama ile sızıntılar için kanama kontrolü uygulandı. Bu sırada hastaya eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma ile replasman uygulandı. Hasta elastik bandaj ve hemovak drenleriyle takip edildi. Faktör analizi tetkikleri istenen hastada hematoloji kliniğince öncelikli olarak Von – Willebrand hastalığı veya Hemofili düşünüldü. Hematoloji kliniği önerileri ile eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı uygulandı. Hastanın genel durum stabilizasyonu sağlanması üzerine post-op 7.gün drenleri çekilerek elastik bandaj ile taburculuğu yapıldı. Bu süre içinde hastaya toplam 8 ünite eritrosit süspansiyonu, 5 ünite taze donmuş plazma ve 1 ünite aferez trombosit süspansiyonu verildi. Ancak hasta taburcu edilmesinden dört gün sonra operasyon bölgesinde hematom ile tekrar kliniğimize başvurdu ve hematom boşaltılması uygulandı. Santral venöz kateter takılarak takiben 4 ünite eritrosit süspansiyonu 2 ünite taze donmuş plazma 1 ünite kriyopresipitat verildi. Yapılan tetkiklerinde Faktör 8 düşük (normalin %10'u), faktör 9 düzeyi normal saptanan hastadan hematoloji kliniğince von Willebrand faktör antijeni ve ristosetin kofaktör düzeyi araştırılması bu süre içinde 2x2 Ü/gün taze donmuş plazma verilerek takip edilmesi önerildi. Tetkikleri istenen ve taze donmuş plazma tedavisine başlanan hastanın post-op 15.gün dreni çekildi. Bir gün sonra hastanın sol taraf operasyon bölgesinde hematom gelişmesi üzerine hasta tekrar ameliyathaneye alınarak hematom boşaltılması kanama kontrolü soğuk uygulama işlemi uygulandı. Post-op 1'er ünite eritrosit süspansiyonu ve kriyopresipitat replase edildi. Hastanın von willebrand faktör antijen ve ristosetin kofaktör değerleri normal aralıkta geldi. Hematoloji kliniği önerileri ile hastanın 2x2 Ü / gün taze donmuş plazma tedavisine devam edildi. Hemovak drenleri çekilen hastanın santral venöz kateteri 12 saat aralıklı kriyopresipitat uygulanarak çekildi.Hasta hematoloji polikliniğinde takibine devam edilmek üzere şifa ile taburcu edildi. Hastaya ikinci yatışı boyunca 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 46 ünite taze donmuş plazma ve 4 ünite kriyopresipitat verilmiş olup, toplamda hastaya 13 ünite eritrosit süspansiyonu, 51 ünite taze donmuş plazma ve 4 ünite kriyopresipitat 1 ünite aferez trombosit süspansiyonu replasmanı uygulanmış oldu. Jinekomasti, erkeklerde benign, aşırı meme gelişimi olarak tanımlanmaktadır. Bazı kaynaklarda erkeklerin % 32-36'sında jinekomasti bulunduğu rapor edilmiştir[1]. Jinekomastinin etiyolojisi multifaktöryel olmasına karşın, çoğu olguda gösterilebilir bir neden bulunmamaktadır. Jinekomastinin tedavisinde altta yatan nedenin düzeltilmesi, hormonal dengenin sağlanması, medikal ve cerrahi yöntemler uygulanabilir. Çoğu zaman idiyopatik olarak ortaya çıkan jinekomasti, kalıcı olması durumunda cerrahi olarak tedavi edilebilir. Cerrahisinde gland rezeksiyonu, liposuction, ultrason destekli liposakşın ve sirkumareolar eksizyon gibi yöntemler kullanılmaktadır. Jinekomasti operasyonu sonrası görülen komplikasyonlar erken ve geç evre olmak üzere ikiye ayrılabilir. Erken evrede en sık görülen komplikasyon hematomdur[2]. Açık yapılan olgularda aşırı skar oluşumu ve meme distorsiyonunu önlemek amacıyla hematom boşaltılmalıdır. Hematomun erken boşaltılması ileri dönemde oluşabilecek komplikasyonları engelleyecektir. Hastamızda aPTT sınırda yüksek saptanmış, ancak hasta öyküsünde sünnet ve diş çekimlerinde kanama bozukluğu ile ilgili özellik bildirmemiştir. Bu yüzden hastada ön planda kanama diyatezi düşünülmemiş ve hastaya operasyon planlanmıştır.

Sonuç: Cerrahi düzeltme seçenekleri bulunan jinekomastide operasyon sonrası erken dönem en sık komplikasyon hematomdur. Meme distorsiyonunu bozmamak ve aşırı skar oluşumunu önlemek için hematomların boşaltılması gerekir. Kanama diyatezi olan hastalarda jinekomasti operasyonu sonrası hematom gelişimi mümkün olmakta, hayatı tehdit edecek duruma gelebilmektedir. Hastamızda toplamda verilen 13 ünite eritrosit süspansiyonu 51 ünite taze donmuş plazma 4 ünite kriyopresipitat ve 1 ünite aferez trombosit süspansiyonu verilmesi rağmen hasta dissemine intravasküler koagülasyon tablosuna girmeden genel durumu stabilize edilebilmiştir. Ameliyat öncesi alınan kanama diyatezine yönelik öyküsünde özellik olmaması ve normal sınırlara yakın koagülasyon panelinin bulunması durumda dahi nadir görünen kanama bozukluğu tiplerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar: 1. Rocrich RJ, Ha RY, Kenkel JM. Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound-assisted liposuction. Plast Reconstr Surg 2003; 111(2):909-23; discussion 924-5. 2. Thorne CH, Grabb-Smith's, Plastic Surgery, 6th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Hastanın pre op görüntüsü



per op süperior pedikül korunarak glandüler eksizyon uygulanırken



post op hematom boşaltılması sonrası pansuman yapılmadan



P-379
Pediküllü Rektus Abdominis Kas Deri Flebi Venöz Yetmezliğinde Derin ve Yüzeyel Epigastrik Venler Arasında "TURBOCHARGEING"

Ömer Faruk Ünverdi, İrfan Özyazgan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malign tümördür. İnsidansı son iki dekadda artmakla birlikte meme kanserinin tanı ve tedavisindeki gelişmeler sayesinde özellikle gelişmiş ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm oranlarında azalma olmuştur(1,2). Mastektomi ameliyatları sonrasında çeşitli rekonstrüktif ameliyat seçenekleri bulunmaktadır. Bu seçenekler arasında rektus abdominis kas- deri flebi, latissimus dorsi kas-deri flebi, implant ile onarım veya mikrocerrahi operasyonları bulunmaktadır. Bu ameliyatlar hastaya ve yapılacak olan mastektomi ameliyatına göre farklılık göstermekle birlikte, derin inferior epigastrik arter perforatör serbest flebi veya pediküllü rektus abdominis kas-deri flepleri altın standart olarak gösterilmektedir(3). Derin inferior epigastrik arter perforatör serbest fleplerinde bazı klinik serilerde %3-6 arasında venöz konjesyon bulgularının ortaya çıktığı bildirilmektedir(4). Pediküllü rektus abdominis kas deri flebi ile yapılan meme rekonstrüksiyonlarında da venöz yetmezlik görülmekle birlikte insidansı hakkında net bir bilgi bulunmamaktadır. Bu yazıda pediküllü rektus abdominis kas deri flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılan iki hastada, operasyon esnasında fark edilen venöz konjesyonu gidermek amacıyla derin inferior epigastrik ven (DİEV) ve süperfisyel inferior epigastrik ven (SİEV)l er arasında yapılan anastomozun sonuçları paylaşılacaktır.

Olgu: Meme kanseri nedeniyle modifiye radikal mastektomi operasyonu planlanan hastaların preoperatif abdominal bölgelerinde el doppleri yardımıyla perforatör damarların yerleri belirlenerek işaretlendi. Fleplerin çizimleri yapıldıktan sonra iki taraflı süperfisyel inferior epigastrik venlerin traseleri de işaretlendi. Alt sınırda daha önceden işaretlenen SİEV'ler bulundu, inferiora doğru yaklaşık 5 cm disseke edilerek bağlandı. Tek pediküllü TRAM flepleri kaldırılıp mastektomi alanına getirildikten sonra fleplerde venöz dönüş yetersizliği bulguları ile birlikte iki taraflı SİEV'lerde de dolgunluk ve gerginlik olduğu gözlendi. Bu venlerdeki artmış venöz basıncı azaltmak ve venöz göllenmeyi düzeltmek için DİEV'ler disseke edilerek daha önceden hazırlanan SİEV lerden birisi ile "loop" büyütmesi altında anastomoz gerçekleştirildi. Anastomoz tamamlandıktan sonra fleplerdeki venöz dönüş yetersizlik bulgularının düzelmeye başladığı gözlendi. Post operatif dönemde fleplerin lateralinde marjinal kaybı olan hastalara revizyon ameliyatları yapılarak taburcu edildi.

Tartışma: Günümüzde gelişmekte olan teknikler, yeni tedavi modaliteleri ve sosyal medyadaki etkinlikler sayesinde meme rekonstrüksiyonuna olan ilgi ve güven giderek artmaktadır. Rekonstrüksiyon ameliyatlarında yapılacak işlemler hastaya ve yapılan mastektomiye bağlı değişkenlik göstermekle birlikte altın standart olarak derin inferior epigastrik arter perforatör serbest flebi veya pediküllü rektus abdominis kas- deri flebi olarak gösterilmektedir (3). Flepte kısmi veya total kayıplar hasta ve cerrah tarafından en istenmeyen durumlardandır. Bu kayıplar arteryel kan akımındaki yetersizlik, venöz konjesyon, enfeksiyon ve periferik damar hastalığına bağlı olarak meydana gelebilir. Venöz konjesyonun 8 saatten daha uzun sürmesi fleplerde kayıplara neden olmaktadır (5). Hastalarımızda ameliyat sırasında farkına vardığımız venöz konjesyonu azaltmak için derin ve süperfisyel inferior

epigastrik venler arasında anastomozu gerçekleştirdikten ve venöz konjesyon klinik bulgularının düzeldiğini gördükten sonra, literatür taraması yaptığımızda venöz konjesyonu ve sonrasındaki kayıpları önlemek amacıyla çeşitli supercharge metodlarının uygulandığı belirlenmiştir. Bu metodlarda genellikle derin ve/veya süperfisyel inferior epigastrik venin torakodorsal ven, internal mammarian ven, sefalik ven veya diseksiyon esnasında karşılaşılan bir perforatörle anastomozu yapılarak venöz konjesyon giderilmeye çalışılmaktadır. Rohde ve ark. DIEP flebinde süperfisyel inferior epigastrik veni derin inferior epigastrik venin proksimal kısmına anastomoz yaparak venöz konjesyonu ortadan kaldırmıştır(6). Liu ve arkadaşları ise DIEP flebinde meydana gelen venöz konjesyonu süperfisyel inferior epigastrik ven ve anastomozda kullanılmayan diğer konkomitan derin inferior epigastrik venler arasında yapılan anastomoz ile aşmışlardır (7). Semple ise, bizim olgularımızda da uygulanmış olan pediküllü TRAM flebinde, sağ ve sol derin inferior epigastrik arterler ve venler arasında anastomoz gerçekleştirmiştir. Bu sayede abdominal bölgede vertikal skarı bulunana hastalarda gerçekleştirdiği meme rekonstrüksiyonu vakalarında flebin distal kısımlarının da beslendiğini göstermiştir (8). Bu son durumda, bizim hastalarımızdaki gibi sadece venöz dönüşün yetersiz olduğu anatomik olarak derin ve yüzeyel deri altı yağ tabakaları arasında yeni bir bağlantı ile venöz dönüşün yönetilmesi gibi bir amaç yerine, TRAM flebin orta hattı geçen ve dolaşımı daha kısıtlı olan bölümünün hem arteriyel hem de venöz dolaşımının artırılması söz konusudur.

Rozen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonucunda süperfisyel inferior epigastrik venin çapı 1.5 mm den daha büyük ise süperfisyel epigastrik venin dominant ven olduğu söylenebilmektedir. Eğer derin ve süperfisyel inferior epigastrik venler arasındaki perfortörlerden birinin çapı 1mm den daha büyükse derin inferior epigastrik venin dominant ven olduğu söylenebileceği belirtilmiştir (9). SİEV'in çapını ölçmek amacıyla operasyon öncesinde radyolojik görüntülemeler yapılabilir. Yalnız bu işlem, hem maliyetleri arttıracaktır, hem de görüntüleme esnasında alınacak radyasyon ve kontrast maddenin yan etkileri nedeniyle pek tercih edilmeyebilir. Smit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, ameliyat esnasında yüzeyel inferior epigastrik ve derin inferior epigastrik venler kanülize edilip intravasküler basınç ölçülerek bu dezavantajlar bertaraf edilmiştir (10). Geniş vaka serilerinden elde edilen veriler ile venöz konjesyonun hangi basınç aralıklarında gelişebileceği önceden tahmin edilerek supercharge tekniklerinden biri ile fleplerde kısmi veya total kayıpların önüne geçilebilir. Böylece hem maliyetlerdeki artış hem de flep kayıpları sonucu hastalarda meydana gelebilecek moral kayıplarının önüne geçilebileceği kanaatindeyiz.

1. Desantis C. et al. Breast Cancer Statistics, 2013. CA CANCER J CLIN 2014;64:52–62
2. 2013, American Cancer Society, Inc., Surveillance Research
3. Howard MA, Polo K, Pusic AL, et al. Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. Plast Reconstr Surg. 2006; 117: 1381-1386
4. Liu S.T. et all. Salvage of Congested Deep Inferior Epigastric Perforator Flap With a Reverse Flow Venous Anastomosis. Ann Plast Surg 2007;59: 214–217
5. Kerrigan, C. L., Wizeman, P., Hjortdal, V. E., and Sampalis, J. Global flap ischemia: A comparison of arterial versus venous etiology. Plast. Reconstr. Surg. 1993: 1485, 1994
6. Rohde C. et all. Novel Technique for Venous Augmentation in a Free Deep Inferior Epigastric Perforator Flap. Ann Plast Surg 2005;55: 528–530
7. Liu T.S. et all. Salvage of Congested Deep Inferior Epigastric Perforator Flap With a Reverse Flow Venous Anastomosis. Ann Plast Surg 2007;59: 214–217
8. Semple, J. Retrograde microvascular augmentation (turbocharging) of a single-pedicle TRAM flap through a deep inferior epigastric arterial and venous loop. Plast. Reconstr. Surg. 93: 109, 1994
9. Rozen WM, Pan WR, Le Roux CM, Taylor GI, Ashton MW. The venous anatomy of the anterior abdominal wall: An anatomical and clinical study. Plast Reconstr Surg 2009;124:848–853.
10. Jeroen M. Smit, M.D., Thorir Audolfsson, M.D.,Iain S. Whitaker,B.A. (Hons.), M.A. Cantab, M.B.B.Chir., M.R.C.S., Paul M.N. Werker, M.D., Ph.D., Rafael Acosta, M.D., E.B.O.Pras., and Anders G. Liss, M.D., Ph.D. Measuring the Pressure in the Superficial Inferior Epigastric Vein to Monitor for Venous Congestion in Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Breast Reconstructions: A Pilot Study. J Reconstr Microsurg 2010;26:103–108

Anastomoz hazırlığı



Derin ve süperfisyel inferior epigastrik ven arasında yapılması planlanan anastomoz hazırlığı

Anastomoz sonrası görüntü



Anastomoz sonrasında süperfisyel inferior epigastrik venin çapında gözlenen belirgin azalma

Süperfisyel inferior epigastrik ven



Süperfisyel inferior epigastrik venin çapında gözlenen artış ve distansiyon bulguları

P-380
Geç Dönem Meme Rekonstrüksiyonu Sonrası Transvers Rektus Abdominis Kas Deri Flebinde Meme Kanseri Nüksü

İrfan Özyazgan, Ömer Faruk Ünverdi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D, Kayseri

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malign tümördür. Mastektomi ameliyatları sonrasında çeşitli rekonstrüktif ameliyat seçenekleri bulunmaktadır. Bu seçenekler arasında rektus abdominis kas- deri flebi, latissimus dorsi kas- deri flebi, implant ile onarım veya mikrocerrahi operasyonları bulunmak tadır. Erken dönem veya geç dönemde yapılan rekonstrüksiyonlar arasında lokal nüks açısından anlamlı oranda bir fark saptanamamakla birlikte, rekonstrüksiyon yapılan hastaların %1.6- 3.8' inde lokal rekürrens görülmektedir. Lokal rekürrensin ortaya çıkmasında hastalığın evresi en önemli belirleyici faktör olmakla birlikte rekürrensi tetikleyen faktörler ile ilgili net bilgi bulunmamaktadır.

Olgu: Kırk sekiz yaşında bayan hasta sol memesinde saptanan invazif duktal karsinom nedeniyle opere edildikten 2 yıl sonra meme rekonstrüksiyonu isteğiyle değerlendirildi. Hastanın sol pektoral bölgesinde operasyona ait skar saptandı. Abdominal bölgede yeterli miktarda yağ dokunun olması ve geçirilmiş operasyona ait skarının olmaması üzerine tek pediküllü rektus abdominis kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz atlatan hastaya 3 ay sonra nipple oluşturulması amacıyla lokal anestezi altında yeni bir operasyon planlandı. Takip döneminde sorunu olmayan hastanın ilk ameliyattan 18 ay sonra sol pektoral bölgesinde mastektomi fleplerinde ve TRAM flebinin üzerinde çok sayıda kırmızı renkli papüler lezyonlar saptandı. Seçilen lezyonlardan alınan eksizyonel biyopsi sonucunda hastaya tekrar invazif duktal karsinom tanısı konuldu. Pozitron Emisyon Tomografisinde hastanın sol memesinde en büyüğü memenin santral kesiminde olmak üzere çok sayıda malign karakterli kitle saptandı. Hastanın cerrahi müdahaleyi kabul etmemesi üzerine Onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malign tümördür. İnsidansı son iki dekadda artmakla birlikte meme kanserinin tanı ve tedavisindeki gelişmeler sayesinde özellikle gelişmiş ülkelerde meme kanser ine bağlı ölüm oranlarında azalma olmuştur(1,2). Mastektomi ameliyatları sonrasında çeşitli rekonstrüktif ameliyat seçenekleri bulunmaktadır. Bu seçenekler arasında rektus abdominis kas- deri flebi, latissimus dorsi kas- deri flebi, implant ile onarım veya mikrocerrahi operasyonları bulunmak tadır. Bu ameliyatlar hastaya ve yapılacak olan mastektomi ameliyatına göre farklılık gösterebilmekle birlikte, altın standart olarak derin inferior epigastrik arter perforatör serbest flep veya pediküllü rektus abdominis kas- deri flebi olarak gösterilmektedir(3). Hastamız mastektomi ameliyatından sonra 2 yıllık süre boyunca takip edilmiş ve hastalığın lokal veya sistemik olarak nüks etmediği görülmüştür. Hastada tek pediküllü rektus abdominis kas- deri flebi ile sol meme rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Meme başı rekonstrüksiyonu sonrasında uzun süre kontrole gelmeyen hasta telefonla kontrole çağrıldığında, rekonstrüksiyondan 18 ay sonra TRAM flebi ve mastektomi flepleri üzerinde son dönemde oluşan kırmızı renkli lezyonlar oluştuğu gözlenmiş ve bu lezyonların histopatolojik olarak invazif duktal karsinom olduğu gösterilmiştir. Günümüze kadar sadece 7 vakada TRAM flebinde rekürrens olduğuna dair bilgi bulunmaktadır (4,5,6,7). Bunların altısında erken dönemde rekonstrüksiyon yapılmış ve bu hastaların birinde cerrahi sınırlarda tümör devamlılık göstermesine rağmen ek tedavi uygulanmamıştır; iki hastada ise tümörün tamamen çıkarıldığına dair net bilgi bulunmamaktadır(4,5). Geç dönemde rekonstrüksiyon yapılan hastada ise tümör flebin içinde değil göğüs ön duvarında yerleşim göstermiştir(6). Shaikh ve arkadaşlarının çalışmasında ise sadece 1 hastada net olarak transfer edilen flepte, rektus kasından deriye doğru uzanan tutulumun olduğu, TRAM flebinde nükse dair bilgi bulunmaktadır(7). Hicken tarafından ortaya konulduğu gibi mastektomi ameliyatlarında meme dokusunun tamamen alınması mümkün olamamaktadır (8). Kalan rezidü doku bu hastalarda nüksün görülmesine neden olabilmektedir. Hastalarda lokal rekürrens açısından öneme sahip bu dokularda yeniden karsinomatöz değişikliklerin oluşmasını veya kalan kanser hücrelerinin yeniden proliferasyonlarını tetikleyen faktörler üzerinde çok şey bilinmemektedir. Major cerrahiler lenfositlerdeki mitojenik aktivitenin baskılanmasına neden olabilmektedir (9,10). İmmun sistemde görevli olan ve özellikle viral enfeksiyonlarda, kanser hücrelerini elimine etmede ve geç tip hipersensitivitede görevli olan Th1 hücre sayılarının major travmalar sonrasında azaldığı saptanmıştır (11). Bu nedenle cerrahi müdahaleler sonrasında immun sistemde meydana gelen değişikliklerin nükse neden olan karsinomatöz değişikliklerin veya baskılanmış olan kanser hücrelerinin yeniden proliferasyonunun tetikleyicisi olabileceğinİ düşünmekteyiz. Travma sonrası verilen hücresel cevabın cinsiyete bağlı değişkenlik gösterebildiği de bilinmektedir. Hayvan deneylerinde cerrahiden 2 hafta önce kastrasyon uygulanan erkek ratlarda travma sonrasında immun fonksiyonların daha iyi olduğu saptanmıştır (12). Hayvan deneylerinde östradiol verilen erkek ratların immün fonksiyonlarında düzelme gözlenirken, ovariektomi yapılan dişi ratlarda immun fonksiyonlarda bozulma gözlenmiştir (13,14). Cerrahi müdahaleler ve östrojen reseptör blokerlerinin immun sistemde meydana getirebilecekleri değişikliklerin nükse neden olan karsinomatöz değişikliklerin veya baskılanmış olan kanser hücrelerinin yeniden proliferasyonunun tetikleyicisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Referanslar:

1. Desantis C. et al. Breast Cancer Statistics, 2013. CA CANCER J CLIN 2014;64:52–62
2. 2013, American Cancer Society, Inc., Surveillance Research
3. Howard MA, Polo K, Pusic AL, et al. Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. Plast Reconstr Surg. 2006; 117: 1381-1386
4. Kobraei E.M. et al. Cancer Recurrence Involving

a TRAM Flap and Abdominal Donor Site Following Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction. Annals of Plastic Surgery.2012;68:559-61
5. Chung SM, Shin SJ, Chen X, et al. Recurrent breast carcinoma arising in a transverse rectus abdominis myocutaneous flap. Arch Pathol Lab Med. 2004;128:1157-1160
6. Mund D, Wolfson P, Gorczyca D, et al. Mammographically detected recurrent nonpalpable carcinoma developing in a transverse rectus abdominus myocutaneous flap: a case report. Cancer. 1994;74:2804-2807
7. Nina Shaikh, Gregory LaTrenta, Alexander Swistel, Michael Osborne. Detection of Recurrent Breast Cancer After TRAM Flap Reconstruction. Annals of Plastic Surgery 2001;47:602-607
8) Hicken NF. Mastectomy. A clinical pathologic study demonstrating why most mastectomies result in incomplete removal of the remaining gland. Arch Surg 1940;40:6–14
9) Faist E, Kupper TS, Baker CC, Chaudry IH, Dwyer J, Baue AE. Depression of cellular immunity after major injury. Its association with posttraumatic complications and its reversal with immunomodulation. Arch Surg 1986;121:1000–5
10) McIrvine AJ, O'Mahony JB, Saporoschetz I, Mannick JA. Depressed immune response in burn patients: use of monoclonal antibodies and functional assays to defi ne the role of suppressor cells. Ann Surg 1982;196:297–304
11) Miller AC, Rashid RM, Elamin EM. The "T" in trauma: the helper T-cell response and the role of immunomodulation in trauma and burn patients. J Trauma 2007;63:1407–17
12) Wichmann MW, Ayala A, Chaudry I Male sex steroids are responsible for depressing macrophage immune function after trauma–hemorrhage. Am J Physiol 1997;273:1335–1340
13) Knoferl MW, Diodato MD, Angele MK, Ayala A, Cioffi WG, Bland KI, Chaudry IH Do female sex steroids adversely or beneficially affect the depressed immune responses inmales after trauma–hemorrhage? Arch Surg 2000;135:426–433
14) Knoferl MW, Angele MK, Schwacha MG, Bland KI, Chaudry IH Preservation of splenic immune functions by female sex hormones after trauma–hemorrhage. Crit Care Med 2002;30:888–893

Ameliyat sonrası 3. ay



Operasyon sonrası 3. ayda TRAM flebinin görüntüsü.

Perioperatif Fotoğraflama



Perioperatif TRAM flebinin görüntülenmesi

TRAM Flebinde Nüks



TRAM flebi ve mastektomi flepleri üzerinde kırmızı renkli papüler lezyonlar: İnvazif duktal karsinom nüksü.

P-381
Dermatosklerozlu Hastada Kombine Redüksiyon ve Augmentasyon Mammoplasti ile Meme Asimetrisi Düzeltilmesi

Yalçın Bayram, Musa Kemal Keleş, Abdülkerim Yapıcı, Fatih Zor
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Meme asimetrileri büyük oranda konjenital olmakla birlikte, kanser cerrahisi, travma ya da lokalize skleroderma gibi nedenlerle de karşımıza çıkabilir. Şiddetli meme asimetrilerinin düzeltilmesi estetik cerrahinin en zor konularından biridir. Bunun en önemli nedeni, asimetri düzeltilmesinin özellikle şiddetli durumlarda asimetrik cerrahi gerektirmesidir. Etyolojide romatolojik hastalıkların

rol oynadığı durumlarda cilt kalitesi de düşük olduğundan cerrahi başarının elde edilmesi çok daha zorlaşabilir. Bu çalışmada lokalize skleroderma nedeniyle oluşan şiddetli meme asimetrisini düzeltmek için bir memeye küçültme diğer memeye büyütme uygulanan bir olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: GATA Romatoloji kliniği tarafından daha önce lokalize skleroderma teşhisi konulan 34 yaşında kadın hasta kliniğimize şiddetli meme asimetrisi şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde sağ taraf jugular çentik-meme başı mesafesinin 30 cm sol tarafta ise 18 cm olduğu tespit edildi. (şek-1). Hastanın sağ memesine küçültme, sol memesine büyütme mammoplastisi planlandı (Resim 2). Genel anestezi altında sağ memeye vertikal skar redüksiyon mammoplasti uygulanarak 350 gr meme dokusu eksize edildi. Diğer tarafa dual plan hazırlanan pakete 250 cc yuvarlak, düz yüzeyli orta profilli meme protezi (Mentor Corporation Santa Barbara, CA, USA) kullanılarak augmentasyon mammoplasti uygulandı (şek-3). Tüm insizyonlar uygun şekilde kapatıldı. Hastaya yatırılarak 5 gün boyunca iV antibiyotik ve analjezik uygulandı. Hasta 7. günde taburcu edildi. Erken komplikasyon görülmedi. Hastanın 8 aylık takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmayıp üst düzeyde hasta memnuniyeti elde edildi. (şek-3).

Sonuç: Meme asimetrisini düzeltmek için birçok cerrahi teknik kombine yada tek başına kullanılabilir. Hafif meme asimetrilerinde sadece augmentasyon ya da redüksiyon yeterli olabilmekle birlikte bu olguda asimetri çok şiddetli olduğundan bir tarafa augmentasyon yaparken diğer tarafa redüksiyon uygulanmıştır. Bu olgulara yaklaşımdaki en önemli aşama gerek redüksiyon yönteminin belirlenmesi, gerekse de protezin ve paketin seçimi ile ilgili karar verme aşamasıdır. Postoperatif dönemde tam simetri söz konusu olmasa bile bu hasta gurubunda üst düzeyde hasta memnuniyeti elde etmenin daha kolay olabileceği akılda tutulmalıdır.

P-382
Hipertrofik Nipple Sahip Hastalarda Meme Büyütmede İmplant Seçimi Ve Hasta Memnuniyeti

Nuh Evin, Mehtap Karameşe, Gökçe Yıldıran, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüksiyon Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Nipple hipertrofisi meme ucunun yükseklik ve çapının büyük olmasıdır. Estetik cerrahide nadir karşılaşılan bir durum olmasına rağmen meme estetiği sonrası hasta memnuniyeti üzerine etkisi vardır.(1,2) Hipertrofik nipple redüksiyonunda bir çok teknik tariflenmiştir. Biz bu çalışmada nipple hipertrofisi olan hastalarda meme büyütmede implant seçimi ve hasta memnuniyetini değerlendireceğiz.

Materyal Ve Metod: 2010-2014 yılları arasında mastopeksi yapılmaksızın sadece meme protezi kullanılarak opere edilen 20 meme büyütme hastası çalışmaya dahil edildi. Nipple redüksiyonu yapılan hastalar,meme pitozu ve nipple-areola-komplex asimetrisi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.Hastaların hepsine inframammarial insizyonla subglandüler yuvarlak şekilli implant yerleştirildi. Hastalarda post operatif komplikasyon görülmedi. Hastalar en az 1 yıl süreyle meme ucunda hassasiyet ve ülserasyon açısından takip edildi.

Sonuç: Hastaların ortalama yaşları 33 tü.10 hasta aynı seansta nipple redüksiyonunu kabul etmeyen hipertrofik nipple sahip hastalar olup diğerleri ise nipple boyutları normal olan kontrol grubu hastalarıydı. Nipple hipertrofisi olan hastalara benzer meme şekilleri, hacimleri, nipple pozisyonları ve göğüs duvar konturları olan ve aynı şekil ve ebatlarda implant yerleştirilen normal nipple sahip hastalar kontrol grubu olarak seçildi. Hastaların hepsi yerleştirilen implantın hacmi, çapı, projeksiyonu, takiplerde gelişen hassasiyet ve ülserasyon açısından katogarize edildi. Hastalara nipple redüksiyon isteği soruldu. Nipple hipertrofisi olan hastaların aynı ebatta meme implantı kullanılan normal nipple hastalardan daha fazla meme ucu şikayeti olduğu görülmekteydi.Özellikle yüksek profil meme implantı kullanılan hastalarda bu şikayetler belirgindi.

Tablo1:..Tabloda ikili gruplar halinde 20 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup grupların kendi içinde nipple boyutu hariç diğer parametreleri benzer tutulmuştur. +:hafif ++:orta +++:ileri derece

Tartışma: Nipple laktasyon ve seksüalitede çok önemlidir(3).hipertrofik nipple estetik cerrahide nadir tartışılan bir konudur.(1,2)Yüksek profil meme implantı kullanıması planlanan hastalar nipple hipertrofisi açısından değerlendirilmeli, olası meme ucu hassasiyeti ve nipple redüksiyonu açısından bilgilendirilmelidir.

Kaynaklar:
1. A.E. Sperli: Cosmetic Reduction Of Nipple With Functional Preservation. Br J Plast Surg, 27(1974), pp, 42-43.
2. M.Ren,Y.Wang,B.Wang: Nipple Reduction Using A Three-dimensional Z-shaped Incision Tecnique. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 66(6)(2013), pp, 770-775.
3. M.H. Cheng, J.M. Smartt, E.D. Rodriguez, B.G. Ulusal:Nipple reduction using the modified top hat flap. Plast Reconstr Surg, 118 (2006), pp. 1517–1525

Tablo 1

Hipert-rofik nipple	İmplant hacmi	İmplant çapı	İmplant projeksiyonu	Nipple hassasi-yeti	Nipple ülseras-yonu	Nipple redüksiyon isteği
+	250cc	12.3cm	2.8cm	-	-	-
-	250cc	12.3cm	2.8cm	-	-	-
+	250cc	10.5cm	4.3cm	-	-	-
-	250cc	10.5cm	4.3cm	-	-	-
+	325cc	13.9cm	3cm	-	-	-
-	325cc	13.9cm	3cm	-	-	-
+	325cc	11.4cm	4.6cm	+	-	-
-	325cc	11.4cm	4.6cm	-	-	-
+	400cc	14.5cm	3.2cm	-	-	-
-	400cc	14.5cm	3.2cm	-	-	-
+	400cc	12.2cm	5cm	++	-	+
-	400cc	12.2cm	5cm	-	-	-
+	500cc	15.2cm	3.6cm	-	-	-
-	500cc	15.2cm	3.6cm	-	-	-
+	500cc	13.2cm	5.3cm	++	+	+
-	500cc	13.2cm	5.3cm	-	-	-
+	550cc	15.9cm	3.6cm	-	-	-
-	550cc	15.9cm	3.6cm	-	-	-
+	550cc	13.6cm	5.5cm	+++	++	++
-	550cc	13.6cm	5.5cm	-	-	-

Tabloda ikili gruplar halinde 20 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup grupların kendi içinde nipple boyutu hariç diğer parametreleri benzer tutulmuştur. +:hafif ++:orta +++:ileri derece

P-383
Simon Evre 2b Jinekomasti Hastalarında Ultrasonik Liposuctionun Konvasiyonel Liposuction Ve Pull Through Yöntemi İle Karşılaştırılması

Mehtap Karameşe, Nuh Evin, Malik Abacı, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüksiyon Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Jinekomasti fizyolojik dönemlerde veya patolojik nedenlerle erkek meme dokusunun glandüler, yağ ya da her iki komponentin bening büyümesidir. Yaşamın yenidoğan, pubertal ve yaşlılık dönemlerinde fizyolojik olabililir. En sık neden idiyopatik olup obezite, endokrin problemler, ilaçlar,bazı tümörler ve sistemik hastalıklar başlıca nedenleridir. Simon tarafından 3 basamakta derecelendirilmiş olup tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu çalışmada Siman evre 2b jinekomasti hastalarında uyguladığımız tek başına ultrason destekli liposuction(UDL) tedavisi ile konvansiyonel liposuction ve pull through(KL+PT)tedavi sonuçlarımız karşılaştırılacaktır.

Materyal Ve Metod: 2012-2014 yılları arasında tedavi edilen 30 Simon evre 2b hastası retrospektif araştırıldı. Ameliyat öncesi değerlendirmede endokrin bozukluk, eksojen ilaç, sistemik ve malign hastalık öyküsü yoktu. Hastaların hepsinde 1 yılı aşkın sebat eden jinekomasti mevcuttu. Fizik muayenede diffüz meme dokusu hipertrofisi dışında bulgu olmadığından ileri tetkik istenmedi. Ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alındı, fotograflama yapıldı. Tüm hastalar genel anesteziyle opere edildi. Areola inferiorundan yapılan 0.5 cm insizyondan girilerek her memeye ortalama 1/200.000 adrenalinli % 0.5 lidokain içeren tümescent solüsyonu uygulandı.10 dakika bekleme süresini takiben liposuctiona başlandı.12 hastaya sadece UDL uygulandı.18 hastaya ise KL+PT uygulandı.Tüm hastalara dren yerleştirildi ve korse uygulandı. Post operatif 1. gün drenler çekilerek hastalar taburcu edildi.4 hafta boyunca korse önerildi. Hastalar en az 12 ay tekip edildi.

Sonuç: Hastaların yaşları ortalaması 21,2 (18-24) idi. Tüm memelere ortalama 300 cc tümescent infizyonu yapıldı. 12 hastaya UDL uygulamış olup her memeden ortalama 364(290- 520)cc lipoaspirat elde edildi.18 hastaya KL+PT uygulandı, her memeden ortalama 278(216-412) cc lipoaspirat ve 38(20-54) gr meme dokusu elde edildi. Ameliyat sonrası 10 UDL ve 3 KL+PT hastasında perioreolar yaygın ekimoz gelişti.2 KL+PT hastasında kolay tedavi edilen seroma gelişirken UDL hastalarında seroma gelişmedi. Hiçbir hastada hematom ve areola nekrozu gelişmedi.1 UDL hastasında kanül giriş bölgsinde 1. Derece yanık oluştu ancak 1 haftada düzeldi. UDL hastalarında memnuniyet oranı %91.7 olup yalnızca 1 hasta yeterince düzelme sağlanmadığından ve meme ucu pitozundan şikayetçiydi, periareolar redüksiyon ve pull through yöntemiyle düzelme sağlandı.KL+PT yapılan hastaların %83.3 ü memnun olup 2 hastada yetersiz düzelme sonrası revize edildi, 1 hastada ise aşırı subareolar eksizyona bağlı saucer deformitesi gelişti ve pektoral adele hipertrofisi sağlanarak maskelendi.

Tartışma: Hiçbir teknik jinekomastinin tüm tiplerinde tek başına yeterli değildir. Liposuction İLK 1983 TE Perlman ve Teimeurion tarafından kullanılmıştır. UDL kullanılarak yağ doku emülsifiye olmakta, böylece jinekomasti hastalarında dens(yoğun) yağ dokusu fibrotik parankim doku ile birlikte daha kolay uzaklaştırılmaktadır.

Referans:
1)Sevim KZ,Yeşilada AK, Irmak F, Kılınç LT, Yeşiloğlu N. Jinekomasti olgularında yaklaşımımız ve cerrahi tekniklerin karşılaştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2012;46(2):72-8.

P-384
Tram Flep İle Meme Rekonstruksiyonunda Öngörülemeyen Nekrozlar; Tamoksifen Kullanımı Mikrovaskuler Tromboz Tetikleyicisi Olabilir Mi?

Mübin Hoşnuter, Buse Kılın Çapkınoğlu, Cem Aslan, Soysal Baş, Mustafa Durgun
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda cilt kanserlerinden sonra en sık görülen malignitedir. Mastektomiye bağlı meme kaybı kadınlar için ciddi fizyolojik ve emosyonel stres oluşturmaktadır.Buna bağlı olarak otolog doku veya implant ile meme rekonstruksiyonu sayısı giderek artmaktadır.Otolog doku ile rekonstruksiyonda mükemmel bir teknik olmamakla birlikte tram flebi günümüzde en sık kullanılan yöntem haline gelmiştir.TRAM flebi;alt abdominal bölgenin cilt,yağ ve değişen miktarlarda rektus kas dokusunu içermektedir.Flep;hastanın durumuna veya cerrahın şartlarına göre pediküllü veya serbest flep olarak kullanılabilmektedir.Serbest TRAM flebinin en önemli üstünlüğü vaskülaritesinin daha iyi olması yani yüksek riskli (diabetli,vücut kitle indexi yüksek olan ve sigara içen) hastalarda flep komplikasyonlarının daha az görülmesidir. Meme kanserinin önemli prognostik faktörlerinden biri östrojen reseptör pozitifliğidir.Bu nedenle adjuvan tedavide bölgesel nüksü veya uzak organ metastazını engellemek adına ER (+) olan hastalarda selektif östrojen reseptör modülatörü olan tamoksifen kullanlmaktadır. Östrojen; endotel hücrelerinin çekirdeklerindeki reseptörlerine bağlanarak nitrik oksit sentazı uyararak NO salınımını stimüle eder ve ve siklooksijenaz yolunu aktive eder. COX yolunun aktivasyonu ile kontraktil prostanoidler inhibe olur; vazodilatasyon sağlanır ve platelet agregasyonu inhibe olur.Tamoksifen ise östrojenin endotel aracılı fonksiyonlarını inhibe eder. 51 yaşındaki klinik olgumuz sağ mastektomi sonrası 22.ayda rekonstruksiyon amaçlı interne edildi. Tamoksifen kullanımı dışında hastada hiçbir risk faktörü yoktu ve vki 24 idi..Hastaya turbocharged pediküllü tram flep ile meme rekonstruksiyonu yapıldı. Operasyonda dolaşımı zayıf olması öngörülen zon 4 kısmı eksize edildi ve meme tümseği oluşturularak meme rekonstrüksiyonu sağlandı. Postoperatif dönemde hastaya rutin antitrombik ve antiagregan medikasyon uygulandı. Postoperatif periyodda TRAM flepte beklenmedik bir şekilde dolaşımın en yüksek olduğu düşünülen yerde Zon 1 nekrozu gelişmesi tamoksifenin mikrovasküler trombozlara neden olabileceği görüşünü destekledi.

P-385
Küçültme Mammoplasti Uygulanmış Hastada Eş Zamanlı Protez İle Rekonstrüksiyon Uygulanması

Emre Güvercin[1], Gökhan Temiz[1], Mehmet Eser[2], Hakan Şirinoğlu[1], Ali Cem Akpınar[1], Mehmet Bozkurt[1]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Meme küçültme işlemi genelde makromasti problemini çözmek için uygulansada bazen de meme rekonstrüksiyonu yapılmış bir hastada simetriyi sağlamak için de yapılmaktadır. Meme küçültme cerrahisi planlanan hastalarda rutin olarak meme ultrasonografisi ya da mamografik tetkikler ile taramalar yapılsa da premalign değişiklikler her zaman fark edilememektedir. Rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesinde karşımıza malignite yada premalign bir durum çıkabilmektedir. Bu durumda meme küçültme uygulanmış hastada meme rekonstrüksiyonu endikasyonu konulabilmektedir. Bu durum da plastik cerrahların karşısına problem olarak gelmektedir.

Olgu: 42 yaşında olan hastanın sağ memesine invaziv duktal karsinom tanısı ile deri koruyucu mastektomi, aksiller diseksiyon ve submuskuler yerleştirilmiş doku genişletici ile rekonstrüksiyon yapılmıştı. Radyoterapi sonrası doku genişleticinin kalıcı protezle değiştirilmesi aşamasında karşı tarafa da inferosantral pedikülü wise patern meme küçültme operasyonu uygulandı. Rezeksiyon materyalinin patolojik incelenmesi sonucunda yaygın dispastik alanlar saptandı. Meme cerrahisi ekibi ile birlikte tekrar değerlendirilen hasta için subkutan mastektomi ve protez ile rekonstrüksiyon kararı verildi.

Cerrahi Prosedür: Daha önce inferosantral pediküllü wise patern meme küçültme operasyonu uygulanan hastaya subkutan mastektomi ve eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyon yapabilmek için eski insizyon skarları kullanıldı. Nippel areolar kompleks greft olarak alındı, eski skarlardan girişime başlanarak inferosantral pedikülün dermisi bulundu ve ortaya kondu, rekonstrüksiyon aşamasında kullanılmak üzere inferior tabanlı dermal flep olarak kullanılmak üzere hazırlandı ve bu işlemi takiben subkutan mastektomi uygulandı. Subpektoral alana protezi yerleştirmek için kas kostal origolarından ayrılarak kaldırıldı, protez subpektoral plana yerleştirildi, alt pol desteğinin sağlanabilmesi için hazırlanan dermal flep kullanıldı, laterali serratus fasiyası ile kapatılarak protez tamamen örtüldü. Deri flepleri kapatıldı ve meme ucu ve areolar kompleks derideki eski yerine tabanında ki pektoral kasın üzerine greft olarak konuldu. Postoperatif 1. günde suprapektoral mastektomi poşunda hematom olan hastanın hematomu cerrahi olarak boşaltıldı. Geç dönem 1. yıl takibinde problem yaşanmadı.

Sonuç: Küçültme mammoplasti uygulanmış bir memede, subkutan mastektomi yapılmasını takiben protezle eş zamanlı rekonstrüksiyon acelüler dermal matriks gibi bir malzeme kullanmadan yapılması zor bir işlemdir. Söz konusu yaklaşımla eş zamanlı olarak protez ile rekonstrüksiyon başarı ile sağlanmıştır.

Meme rekonstruksiyonu



Postop foto

Meme rekonstruksiyonu



Preop foto

P-386
Protez İle Eş Zamanlı Rekonstrükte Edilmiş Meme Derisinde Tümör Devamlılığı Sorununun Latisimus Dorsi Muskulokutan Flebi Kullanılarak Çözülmesi Ve Rekonstrükte Memenin Kurtarılması

Emre Güvercin[1], Gökhan Temiz[1], Mehmet Eser[2], Nebil Yeşiloğlu[1], Murat Sarıcı[1], Sultan Yalçın[1], Gaye Taylan Filinte[1]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Deri koruyucu mastektomi sonrası eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyon son yıllarda giderek artarak uygulanan prosedürler arasındadır. Onkolojik bir hastalığın cerrahi olarak tedavisinde cerrahi sınır güvenliği hiç şüphesiz ki en önemli noktalardan birisidir. Meme ca'lı bir hastada mastektomiyi takiben protez ile eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulanması sonucu cerrahi sınırın tümör devamlı gelmesi ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bildiride deri koruyucu mastektomiyi takiben eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyon uygulanmış bir hastada meme derisinde

cerrahi sınırın tümör devamlı gelmesi sonucunda hastanın tedavisini reeksizyon ve latisimus darsi muskulokutan flep ile tamamlanması sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşındaki hastaya sağ meme alt dış kadran medyalinde yerleşmiş invaziv duktal karsinom nedeni ile deri koruyucu mastektomi, sentinal lenf nodu biyopsisi ve eş zamanlı rekonstrüksiyon planlanmıştır. Sentinal lenf nodunun frozen incelemesinin negatif gelmesi üzerine hastada protez ile rekonstrüksiyon planlandı. Mastektominin yapılmasını takiben submusküler planda protez yerleştirildi, alt pol titanyum kaplı prolen meşh ile desteklenerek rekonstrüksiyon tamamlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Patolojik incelemede tümörün küçük bir odakta deride devamlılık gösterdiğinin ortaya çıkmasından sonra hasta genel cerrahi ve onkoloji ekipleri ile birlikte tekrar değerlendirildi. Reeksizyonun yapılması durumunda hastanın radyoterapi ihtiyacının olmayacağı ve protezinin korunması kararı alındı. Hastanın rekonstrükte memesinde meme altı çizgisinden mastektomi skarına kadar uzanan 8x12 cm boyutunda meme derisi eksize edildi. Oluşan defektin kapatılması ve protezin kurtarılması için latisimus dorsi muskulokutan flebi planlandı. Protez pektoral kas ve latisimus dorsi kası ile tamamen sarılırken deri defekte cilt adası ile replase edildi. Hastanın 3 aylık takibinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Hem onkolojik hem de rekonstrüktif cerrahi için zor bir problem olan rekonstrükte memede cerrahi sınır devamlılığı gibi bir durum reeksizyon ve takibinde latisimus dorsi muskulokutan flebi kullanılarak başarılı bir şekilde çözülmüştür.

Meme rekonstruksiyonu latis ile



Postop

Meme rekonstruksiyonu latis ile



Preop

P-387
Subkutan mastektomi ile eş zamanlı implant/ doku genişletici onarımlarında rektus abdominis kas fasyası ve serratus anterior kas fasyasının meme alt kadranı oluşumunda kullanımı

Kamuran Zeynep sevim[1], Semra Karşıdağ[1], Ayşin Yeşilada[1], Medeni Volkan Kıyak[1], Erkan Yüce[1], Zeliha Gül[1], Sıtkı Gürkan Yetkin[2], Hamdi Özşahin[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Subkutan mastektomi sonrası implant/doku genişletici ile eş zamanlı onarımda implantın meme inferior polünde örtülmesi çeşitli zorluklar içerir. İmplantın sadece subkutan doku ile örtülmesi yüksek oranda implant ekspojuru, cilt nekrozu, implantın palpe edilmesi ve kapsüler kontraktür olasılıklarıyla birlikte seyreder. Asellüler dermal matriks kullanımı bu komplikasyonları önlemek amacıyla kabul görmüş olmakla beraber malzemenin maliyeti, otolog doku olmaması ülkemide kullanımını ciddi boyutlarda kısıtlamaktadır. Kijima Y, Yoshinaka J ve ark. özellikle zayıf yapıda olan hastalarda rektus fasyası ve adipoz dokulardan oluşan bir kranial bazlı adipofasyal flep tarif etmişlerdir. Bu adipofasyal flep uygun boyutlarda planlandığında meme inferior polünde yeterli örtümü sağlamaktadır. Ancak hastalarda göğüs ön duvarında inframammarian foldda minimal deprese bir görünüm oluşturmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde 2014 Mayıs-2015 Temmuz tarihleri arasında toplam 42 hastaya subkutan mastektomi sonrası doku genişletici ya da implant ile onarım uygulanmıştır. Bu hastaların BMI 'i 30 un alltında olan 17 tanesinde meme inferior polünü oluşturmak ve örtmek amacıyla rektus fasya ve serratus fasya flebi kombine olarak eleve edilmiştir. Flep planlanırken flebin bazisi yeni inframammarian foldu oluşturacak şekilde düşünülür ve flebin yüksekliği pektoral kasın altına uygun boyutta bir "sizer" implant konulduktan sonra kararlaştırılır. Flep elevasyonu bazise 1 cm yakınlıkta rektus abdominis, serratus ve pektoralis major kasların birleştikleri noktaya kadar rahatlıkla yapılır. Flep superiorda pektoral kasa 2/0 vicyl ile sütüre edilir. Yeterli hemostaz ve dren yerleştirilmesi ile operasyon sonlandırılır.

Sonuç: Bu yöntemle rekonstrükte edilen hastalarda postoperatif 1. Yılda tatmin edici meme pitozu, meme şekli ve uygun pozisyonlu inframammarian fold elde edildiği gözlenmiştir.

Tartışma: Kliniğimizde özellikle vücut kitle indeksi 30'un altında olan hastalarda yapılan implant ile onarımlarda rektus fasya ve serratus anterior fasya flebi ile onarım asellüler dermal matriksle onarıma göre daha ekonomik ve otojen bir alternatif olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Böylelikle daha güvenli ve kozmetik açıdan daha tatmin edici sonuçlar elde etmekteyiz.

Kaynakça:
1. Kijima Y, Yoshinaka H, Owaki T, Funasako Y, Aikou T. Immediate reconstruction using inframammary adipofascial flap of the anterior rectus sheath after partial mastectomy. Am J Surg 2007 Jun;193(6):789e91.
2. Saint-Cyr M, Dauwe P, Wong C, Thakar H, Nagarkar P, Rohrich RJ. Use of the serratus anterior fascia flap for expander coverage in breast reconstruction. Plast Reconstr

Surg 2010 Apr;125(4):1057

Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



P-388
İdyopatik Granülomatöz Mastitte bir cerrahi tedavi yöntemi: Subkutan Mastektomi

Kamuran Zeynep Sevim, Selami Serhat Şirvan, Semra Karşıdağ, Hikmet İhsan Eren, Elnara Memmedova Demir, Alican Gönenç
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: İdyopatik granülomatöz mastit(İGM) nadir görülen, inflamatuar, kronik ve benign bir hastalıktır ancak sıklıkla meme glandlarının malignitelerini taklit eder. İGM nin kesin tanısı histopatolojik yöntemlerle konulur. IGM nin kesin tanımlanmış bir tedavi yöntemi olmamakla beraber antibiyoterapi, kortikosteroidler eşliğinde azitromisin tedavisi ya da cerrahi eksizyonlar gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. IGM'ye bağlı en sık gözlenen özellik sıkça tekrar etmesi ve semptomların gerilemesinin uzun bir zaman almasıdır. Bu tür sık rekürrens gösteren ağrılı granülomatöz mastitlerde subkutan mastektomi ile daha radikal bir tedavi yöntemi tercih edilebilir.

Olgu: Otuziki yaşındaki bayan hasta kliniğimize yaklaşık 30 aydır süregelen bilateral memelerde ağrı, kokulu akıntı, hassasiyet ve kızarıklık şikayetleri başvurdu. Ultrason sonucu yaygın granulomatöz mastitle uyumlu gelen hastaya 2 kür antibiyoterapi ardından şikayetlerinde herhangi bir gerileme olmaması üzerine bilateral nipple

koruyucu subkutan mastektomi ve silikon protezle onarım uygulandı.

Sonuç: Hasta postoperatif 36. Ayda takip edilmekte ve şikayetlerinde ya da akıntısında tekrarlama gözlenmemiştir.

Conclusion: İdyopatik granülomatöz mastit etyolojisi bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Hastalık ilk olarak Kessler ve Woloch tarafından 1972 yılında tarif edilmiştir. IGM klinikte sıklıkla memede kitle, endürason, abse ve fitül oluşumu ile karakterizedir. IGM genellikle doğurganlık çağındaki bayanlarda görülür ve çoğunlukla laktasyon periyotlarını takip eder. Bu hastalık genellikle unilateraldir ama bazen bilateral de gözlenir. Birden fazla tedaviye yanıt vermeyen cerrahi eksizyon ya da uzun süreli antibiyoterapi ve steroide cevapsız kalmış ileri mastitlerde cilt koruyucu subkutan mastektomi ardından silikon protezle onarım iyi bir tedavi alternatifidir.

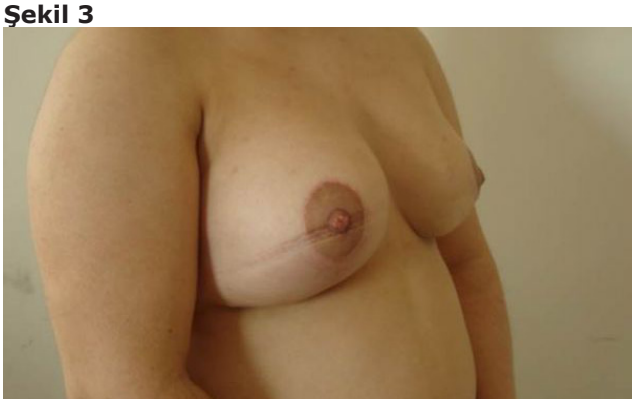
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



P-389
TRAM Flep ile Meme Rekonstrüksiyonu Deneyimlerimiz

Asude Köksal, Alper Burak Uslu, Burak Yaşar, Mehmet Tapan, Ali Rıza Yıldırım, Ahmet Kaplan, Murat İğde
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrükstif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Günümüzde meme CA tedavisinde meme koruyucu cerrahi ve yine hastanın kendi dokusu ile meme rekonstrüksiyonu kadınların eğitim ve sosyokültürel düzeyi arttıkça ve gerekli cerrahi donanım arttıkça daha ön plana çıkmaktadır.Meme rekonstrüksiyonunda TRAM flebinin tercih edilme sebepleri içinde donör alan morbiditesinin az olması, istenilen miktarda doku taşınabilmesi ve eş zamanlı abdominoplasti uygulanarak karın bölgesinin rekonstrüksiyonuna olanak vermesi gibi avantajları sayılabilir. Bizde kliniğimize başvuran radikal mastektomi yapılmış 10 hastada TRAM flep ile meme rekonstrüksiyon deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık Kliniğimize başvuran 10 radikal mastektomi ve aksiler diseksiyon yapılmış ve 8 'i radyoterapi almış olan hastada TRAM flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı.39-58 yaş asında bir dağılıma sahip olan hastalarımızın 7 si sol mastektomi 3 ü ise sağ mastektomi geçirmiş olan, yeterli karın ön duvarı yağ dokusu olan hastalar idi. Hastaların hepsine umblikusdan her iki ilyak kreste uzanan ve aşağıda pubis üzerinden geçen eliptik cilt insizyon çizgilerini takiben TRAM flep umblikus altında kalacak şekilde I-II-III-IV bölümlerine ayrıldı. Çizimler den yapılan insizyonlar ile inferiorda inferior epigastrik arter ulundu ve bağlandı takiben pediküllü TRAM flep paraumblikal perforatörler korunarak superior epigastrik arter ve ven üzerinden kaldırıldı. 1 hasta dışında insizyon rekonstrüksiyon yapılacak memenin karşı yönündeki rektus abdominus kası üzerinde pedikül kostal arka kadar diseke edildi. 1 hasta da daha önce laparaskopik cerrahi geçirmesi nedeniyle pedikülün zedelenmiş olacağı düşünülerek aynı yöndeki rektus kası üzerinden kardırıldı Rektus abdominus kası ksifoide kadar diseke edildi. planlanan TRAM flebinin 4. bölgesi total bazı hastalarda 3. bölge parsiyelden totaleyakın rezeke edildi ve abdominal flep ve mastektomi alanı arasına açılan tünelde pedikül torsiyone olmayacak ve sıkışmayacak şekilde tünelden geçirildi ve defekt alana getirildi.TRAM flebin meme cilt flebi altında kalan kısmı deepitelize edilerek mastektomi alanına adapte edildi flep altına 1 adet hemovac diren yerleştirildi.Takiben rektus kasının çıkarıldığı bölge onarıldı ve prolen mesh yerleştirildi takiben krorunmuş olan umblikus dekole edilen superiordaki abdominoplasti fleni için uygun anatomik pozisyonuna tekrar yeni umblikus oluştuularak adapte edildi. Takiben inferiorda abdominoplasti insizyonu şeklinde flep alta 2 adet diren yerleştirilerek cilt altı ve cilt suturu ile operasyon sonlandırıldı.Hastaların 4 tanesine kan transfüzyonu yapıldı. Hastaların 1 tanesinde TRAM flebi yerinde bırakılarak delay uygulandı ve 2 hafta sonra tünelize edilerek yerine adapte edildi.Tüm hastalara yaklaşık 6-8 ay sonra karşı memeye asimetriyi düzeltmek için mastopeksi veya meme küçültme operasyonu uygulandı ve eş zamanlı TRAM flep üzerine star flep ile nıpple oluşturuldu, nıpple etrafına dermabrazyon uygulanarak areola pigmentasyonu oluşturulmaya çalışıldı TRAM flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılan 10 hastanın postoperatif takiplerinde 2 hastamızda flep distaline uyan bölgede sutur hattında açılma oldu ve yağ nekrozu gelişti ve yüzeyel debridman yapılarak flep tekrar suture edildi.Uygun pasuman ve bakımı takiben ek başkaca komplikasyonları olmadı. Meme CA sonrası mastektomi yapılan 10 hastaya kendi dokusu ile rekonstrüksiyon planlandı ve TRAM flebi ile rekonstrükte edildi flep dolaşımı takip edilerek uygun güvenli operasyon süresinde karşı memeye de meme küçültme uygulanarak simetrai sağlandı ve eş zamanlı TRAM flep üzerine NAC oluşturuldu.Postoperatif tüm hastalarda estetk sonuçlarının tatmin edici olduğu görüldü.

P-390
Pediküllü ve Serbest Vaskülarize Kemik Greftleri ile Üst Ekstremite Rekonstrüksiyonu

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, Anıl Arif Olguner, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Bone and soft tissue defect of upper extremity leads to severe deformity and functional impairment which compromises the quality of life. Restoration of joint function as preventing angularity and limb length loss is important for limb salvage.Ilizarow bone lengthening, bone grafts, endoprosthetic implants are reconstructive treatment modalities for bone defects The vascularized fibula is the gold standard for the treatment of large bone defects of the upper extremity, vascularized scapula graft, medial femoral condyle and vascularized rib transfer can be prefferred for small defects.Free fibula flap is emerging as an option for reconstruction of osteoarticular defects such as the distal radius and wrist joint and the distal humerus and elbow joint that can simultaneously restore function and physiologic growth. The purpose of this study was to present the results of free and pedicled vascularized bone transfer for funtional upper extremity reconstruction. Between 2010 and 2015, six patient who had humerus, ulna radius or metacarp deficiency underwent microsurgical reconstruction with free fibula. The vascularity of the transferred fibula was confirmed by colour Doppler and angiography.Patient medical records were reviewed for demographics, operative notes, postoperative function and complications. Patients were reviewed retrospectively with clinical examination, functional assessment. Radiographic evaluation of free fibula was performed to evaluate bony union and joints position. No complication occured.

Picture1



P-391
Abdominal Duvar Defektinde Serbest Fascia Lata ve ALT Myokütanöz Flebi ile Onarım

Onur Akman[1], Kemalettin Yıldız[1], Mustafa Hasbahçeci[2], Ethem Güneren[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Abdominal bölgenin kazanılmış defektleri sıklıkla travma, geçirilmiş cerrahi, tümör rezeksiyonu, radyoterapi, enterokutan fistüller gibi nedenlerle meydana gelmektedir. Abdominal bölgedeki defektler günümüzde plastik cerrahlar için rekonstruksiyonu halen güçlüğünü korumaktadırlar. Bu bölgedeki defektlerin hem intra-peritoneal problemlerin önüne geçilerek; yapışıklık ve striktür oluşturmaksızın; hem de insizyonel hernilerin oluşmasını önleyecek kuvvette onarılması gerekmektedir. Bunu sağlayacak en ideal seçim hastanın defektine göre değişkenlik göstermekle birlikte genellikle vaskülarize fleplerdir. Genellikle transpozisyon flepleri kullanılıyor olsa da eski insizyonlar, skar dokuları, radyoterapi varlığı veya kompozit doku onarımı ihtiyacı durumlarında serbest flepler kullanılabilmektedir. Bu çalışmada tümör nüksü nedeniyle geniş tam kat karın ön duvarı rezeksiyonu ve serbest konjoint fleple onarımı sunulmaktadır.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta kolanjiokarsinom nedeniyle 2,5 yıl önce ameliyat olan hasta kliniğimize başvurdu. Cilt altında 35 mm çapında PET-CT görüntülemelerinde hipermetabolik nüks tümör olarak yorumlanmış kitle şikayetiyle başvurdu.(Resim 1) Genel Cerrahi ekibiyle birlikte rezeksiyonu planlanan hastanın kompozit rekonstruksiyonu için serbest ALT ve TFL konjoint flebi planlandı. Rezeksiyonun ardından rekonstruktif zone IA'da (epigastrik bölgede) 20x8cm çapında tam katlı karın duvarı defekti oluşan hastada alıcı damar olarak sağ IMA arter ve veni hazırlandı. 22x9 cm cilt adalı alt flebi ile beraber tfl kas-fasyasının da dahil edilmesiyle 29x12 cm çapında kas-fasya çapı hazırlanan flep kaldırıldı ve anostomozu sonrasında mesh kullanılmaksızın peritona ve cilde adapte edildi. Flebin kas-fasya katmanını kullanarak periton onarımı yapılmış olunup ayrıca bir yabancı cisim (prolen meş) kullanımına gerek duyulmadı. Flep donör bölgesi flep eni 8 cm'nin üzerinde olduğundan ikincil bir seans ile kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarıldı. Donör bölgede yara iyileşme sorunu yaşanmadı.(Resim 1 ve Resim 2) Hastanın ameliyat sonrası dönemde yara iyileşme sorunu veya kısmi flep kaybı oluşmadı. Hastanın ameliyat sonrası 3. Haftasında yapılan kontrastlı abdominal BT tetkikinde herniye rastlanmadı, periton bütünlüğünün korunduğu belirlendi. (Resim 3)

Tartışma: Abdominal bölge rekonstruksiyonu güncel tedavi yaklaşımları ile dahi hastanın ek morbid faktörleri ve defektin lokalizasyonuna göre oldukça değişken seçenekler içermektedir. Bu bölgenin rekonstruksiyonunda pediküllü olarak da kullanılabileceği gibi, gerektiği takdirde serbest olarak da ALT flebinin fascia lata ile olan kombinasyonunu periton rekonstruksiyonunda sağladığı avantaj ile iyi bir seçenek olabilmektedir. Bu yöntemdeki bir diğer avantaj ise prolen meş kullanılmaması olmaktadır.

Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi karın duvarının tam katlı defektlerinde otolog doku ile tam katlı rekonstruksiyon imkanı serbest ALT ve TFL konjoint flep modifikasyonu ile mümkündür.

1) An Algorithm for Abdominal Wall Reconstruction. Rochrich RJ, Lowe JB, Hackney FL, Bowman JL, Hobar

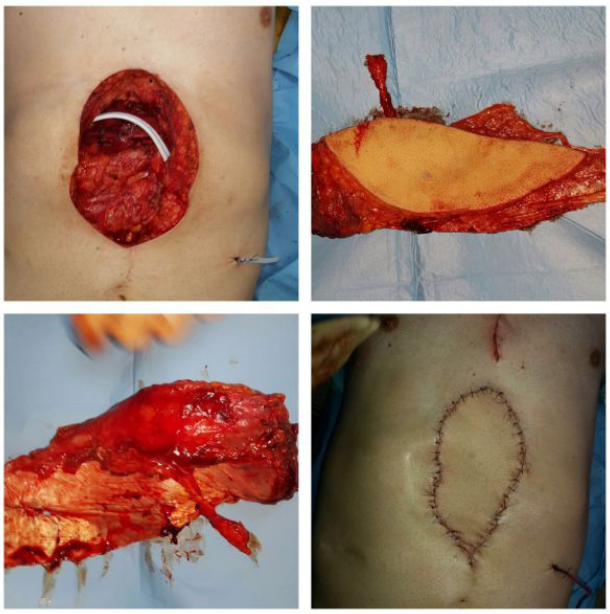
PC. Plast Reconstr Surg 2000; Jan 105(1) 202-217
2) Reconstruction of a Large Abdominal Wall Defect Using Combined Freee Tensor Fasciae Latae Musculocutaneous Flap and Anterolateral Thigh Flap. Kenji S, Motohiro N, Hiroaki N, Yuji K, Ted H. Cosmetic Ideas and Innovations 1998; 102: 2244-2252.
3) Abdominal wall reconstruction using a combination of free tensor fasciae lata and anterolateral thigh myocutaneous flap: a prospective study in 16 patients. Lv y, Cao D, Guo F, Qian Y, Wang C, Wang D. Am J Surg 2015; Aug;210(2): 365-373
4) Complex Abdominal Wall Reconstruction: A Comparison of Flap and Mesh Closure. Mathes SJ, Steinwald PM, Foster RD,Hoffman WY, Anthony JP. Ann Surg 2000; Oct;232(4): 586-596

Resim 1



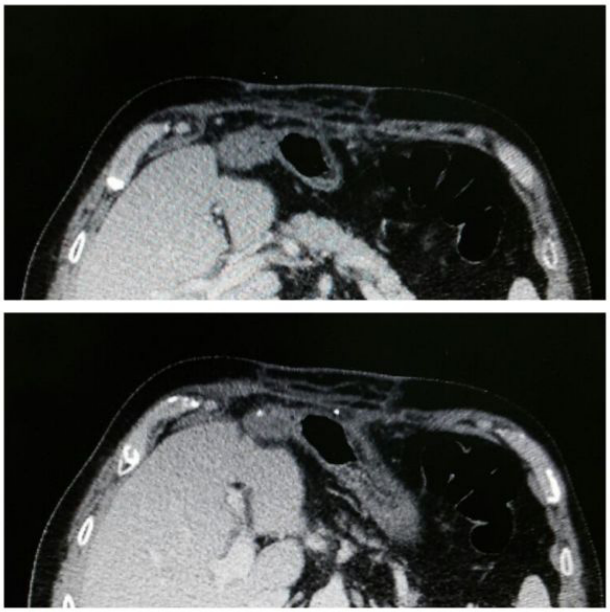
Hastanın pre-operatif ve postoperatif 30. günü fotoğrafları

Resim 2



Tm rezeksiyonu sonrasında oluşturulan defekt ve fascia lata ile genişletilmiş anterolateral uyluk flebi

Resim 3



Ameliyat sonrası 2. haftada alınan kontrastlı BT ile fasya ve peritoneal devamlılığı görülmekte.

P-392
Dört Yaşındaki Bir Hastada Anterolateral Uyluk Flebi Deneyimimiz

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

Giriş: Rekonstrüksiyon algoritmasında klasik rekonstruktif merdivenin dışında hasta faktörü, defektin durumu ve ekibin deneyimi gibi belirleyici unsurlar göz önüne alındığında, serbest flepler ilk seçenek olabilir. 1984 yılında Song ve arkadaşları tarafından tanımlanan ve kullanımı 1991›de Zhou ve 1993 yılında Koshima ile yaygınlaşan anterolateral uyluk flebi (ALT) rekonstürktif cerrahide en yaygın kullanılan serbest fleptir. Üst ekstremite ve el rekonstrüksiyonlarında, değişebilir dizaynı ve inceliği ile cilt altı nörovasküler ve hareketli yapıların üzerini örtmede de iyi bir seçenektir. Bu çalışmada, el bileğinde ileri yanık kontraktürü nedeniyle başvuran 4 yaşında bir hastada, başarılı ALT flebi deneyimimiz sunuldu.

Olgu: 4 yaşında, kız çocuğu, sağ elinde 2 yıl önce geçirdiği ateşli silah yaralanması sonucu oluşan yanık, doku defekti ve akabinde gelişen kontraktür ile başvurdu. Sağ el bileği dorsoulnar taraftaki kontraktür açıldı, el bileği nötralde ve 4. ve 5. parmaklar MP, PİP ve DİP eklemler ekstansiyonda iken K-teli ile fikse edildi. Dorsoulnar tarafta 11x6 cm›lik defekt oluştu (Resim 1). Radial arter, eşlik eden veni ve sefalik ven alıcı damarlar olarak planlandıktan sonra serbest ALT flebi hazırlandı. Flep; el doppleri ile sağ uyluk lateralinde SIAS ve patella lateralinde çizilen çizginin orta noktası merkezli daire içerisinde major perforatör tespitinden sonra, 13x6 cm boyutlarında planlandı. (Resim 2) Flep tek septokütan perforatör üzerinden kaldırıldı. Alıcı alanda 1 arter ve 2 ven anostomozu yapıldı. Anastomozlarda 10/0 Ethilon kullanıldı. Donör alan primer kapatıldı. Ameliyat sonrası sorunsuz seyretti. (Resim 3)

Tartışma: El ve üst ekstremite rekonstruksiyonunda serbest flep uygulaması ilk olarak 1974 yılında Harii tarafından gerçekleştirilmiştir. Üst ekstremite rekonstruksiyonlarında defektin onarımı kadar elin fonksiyonel restorasyonu da önem arz eder. Mikrocerrahideki gelişmeler ve perforatör flep deneyimlerinin artması ile ALT uygulama sıklığı artmıştır. El ve üst ekstremite rekonstrüksiyonlarında, hasta ve defekte uygun flep kombinasyonu sunması, el ve üst ekstremite cildine uygun incelikte hazırlanabilen bir flep olması, flow through kullanılabilmesi, fascia lata ile tendon rekonstruksiyonu imkanı sunabilmesi ve duyulu olarak kaldırılabilmesi gibi nedenlerden ötürü ALT flebi ilk seçenekte tercih edilen ve yaygın kullanılan bir fleptir. Rekonstrüktif mikrocerrahi planlanan hastaların genel durumunun iyi olması ve tedaviye motive olmaları gerekir. Çocuklarda bu durum ayrıca önemlidir. Literatürde çocuk hastalara serbest flep uygulaması örnekleri vardır. Başarılı uygulamamız olgumuzun Irak iç savaşı mağduru olarak kısıtlı süre ve imkanlar ile gelmesi nedeniyle de önemlidir.

Sonuç: ALT flebinin sabit anatomisi ve yeterince geniş damarları çocukluk çağındaki serbest flep uygulamalarında da kolaylık sağlar.

1) Successful clinical transfer of ten free flaps by microvascular anastomoses, Harii K, Ohmori K, Ohmori S. Plast Reconstr Surg 1974; 53:259.
2) Perforator Flaps in the Upper Extremity, Clinics in Plastic Surgery 2010; 37:667-676.
3) Free tissue transfer in elderly patients, Bonawitz SC, Schnarrs RH, Rosenthal AI, et al. Plast Reconstr Surg 1991; 87:1074-9.
4) Soft Tissue Coverage of the Upper Extremity: An Overview, Chim H, Yang Ng Z, Carlsen B T, Mohan A T, Saint-Cyr M. Hand Clinics 2014; 30: 459-473.

Resim 1



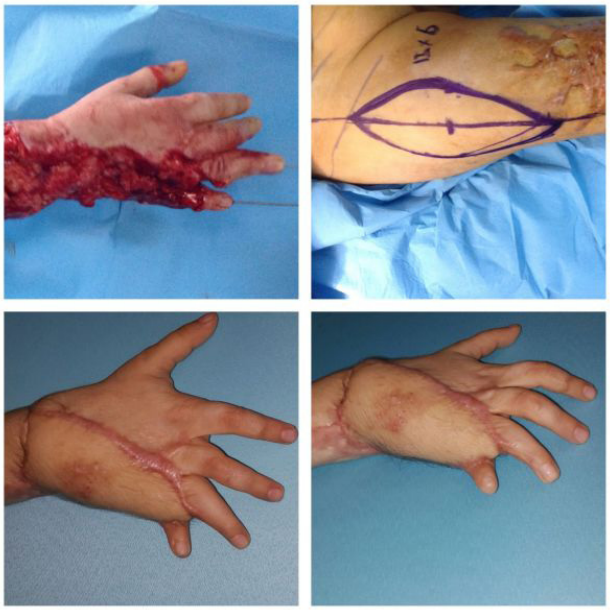
Oluşturulan defekt

Resim 2



Planlanan flep çizimi

Resim 3



Defekt, flebin çizimi ve ameliyat sonrası

P-393
Çoklu Parmak Amputasyonu Olan Hastalarda Klinik Deneyimlerimiz

Onur Akman, Burak Kayan, Mustafa Ünal, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: 1960›lı yıllarda Jacobson küçük damarların anostomozu için mikroskop kullanmış ve günümüz mikrocerrahisinin gelişmesinde bir dönüm noktası oluşturmuştur. Buncke ve ark. 1965 yılında maymun elinde yarı el amputasyonunda arter ve ven onarımı yapmışlardır. Ardından Tamai 1965 yılında ve Chen 1966 yılında dijital replantasyonları gerçekleştirdiler. Ülkemizde ise ilk olarak 1978 yılında Ayan Gülgönen

tarafından gerçekleştirildi. Replante edilen parçanın canlılığını sürdürebilmesi esasının yanısıra günümüzde fonksiyonel replantasyon gerekliliği vurgulanmaktadır.

2014-2015 yıllarında kliniğimize başvurmuş iki multipl parmak amputasyonu vakası takdim edilmiştir.

Olgu 1: 67 yaşında erkek hasta elektrikli testere ile sol el 5 parmak total amputasyonu ile başvurdu. Başvurduğu sırada iskemi süresi 2. saatinde idi. Toplam 15 dk içinde ameliyata alındı. Genel anestezi altında ve cerrahi antisepsi ile ameliyata başlandı. Kol turnikesi geçici olarak 15 dk süreyle Esmarch bandajı uygulanmadan 250 mm hg basınca yükseltildi. Venöz konjesyon sağlandı ve 10 cm uzunluğunda el bileği voler yüzünden kalibrasyonu dijital arterlere uygun ven grefti alındı, turnike indirildi. Replantasyona sağ el 1. parmağı ile başlandı. Kemik kısaltma sonrasında Kirschner teli ile kemik fiksasyonu yapıldı. Ekstensör tendon ve fleksör tendon onarımı sonrasında bir arter ve 2 ven anostomozu yapıldı. 2. parmak ile ameliyata devam edildi 2., 3. ve 4. parmaklar için kemik kısaltma sonrasında Kirschner teli ile fiksasyon sağlandı, ekstensör ve fleksör tendon onarımları sonrasında bir arter ve bir ven anostomozları yapıldı, birinci parmak her iki dijital siniri ve diğer parmaklarda dokunma yüzeyindeki dijital sinirleri onarıldı. 5. parmak için kemik kısaltma sonrasında güdük kısaltması yapıldı. Uygun atel ile ameliyata son verildi. Ameliyat süresi 9 saat 35 dk idi. (Resim 1) Postoperatif takiplerinde 5 gün hastanede yatırıldı, 4x5000 U heparin uyulandı.2., 3. ve 4. parmaklarda özellikle proksimal anjiozomlarda kısmi nekrozlar görüldü. Revizyon uygulanmadı. Hastanın postoperatif takiplerinde sorun yaşanmadı.

Olgu 2: 37 yaşında erkek hasta iş kazası nedeniyle sol eli 2., 3., 4. ve 5. parmaklarında total amputasyonla başvuran hasta iskemi süresinin 90. dakikasında başvurdu. Yaklaşık 30. dakikasında ameliyata alındı. Genel anestezi ve cerrahi antisepsi sonrasında ameliyata başlandı. Öncelikle kol turnikesi 250 mm hg basınca Esmarch bandajı sarılmadan şişirildi, venöz konjesyon sağlandı ve el bileği voler bölgesinden 10 cm uygun kalibrasyonlu ven grefti alındı. 2. parmakta tam mp eklem hizasında oblik amputasyon görüldü ve 2. parmak mp eklemi korunması amaçlanarak metakarpta kemik kısaltma yapıldı. 2. parmak pip eklemden iki adet çapraz Kirschner teli ile 2. parmak fikse edildi. Ekstensör tendon ve FDP onarımı sonrasında bir arter ve iki ven anostomozu yapıldı, her iki dijital sinir onarıldı. 3. parmak ve 4. parmak kemik kısaltmaları sonrasında tek uzun Kirschner teli ile ekstansiyonda fikse edildi. Bir arter bir ven anostomozu yapıldı. Dokunma yüzeyindeaki dijital sinirler onarıldı. 5. parmak için kemik kısaltma sonrasında güdük kapatma yapıldı. (Resim 2) Uygun atel sonrasında ameliyata son verildi. Ameliyat süresi 7 saat 50 dk idi. Postoperatif 5 gün hastanede yatırıldı, 4x5000 U heparin uygulandı. Yara iyileşmesi sorunu yaşanmadı. Hastanın postoperatif takiplerinde sorun yaşanmadı. (Resim 2)

Tartışma: Günümüzde birçok nedenle gelişebilen akut travmalar olan parmak amputasyonları replantasyonları 1965 ve 1966 yıllarından beri artan teknik imkanlar ve yaygınlaşan bilgi ve artan tecrübeyle birlikte sürmektedir. Replantasyonlarda ampute olan dokunun tekrar kanlandırılması önemini her zaman korusa da artık asıl unsur amputatın fonksiyonel restorasyonu da giderek artan bir önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda mikrocerrahinin ve temel plastik cerrahi disiplininin kazandırdıklarını hastaya ve travmaya özgü bir şekilde harmanlayarak kullanmak gerekmektedir.

Sonuç: Minör replantasyonlarda çoklu parmak amputasyonları cerrahın tüm mikrocerrahi yeteneği ve tecrübesine ihtiyaç duymaktadır. Parmak önem sırasına göre replantasyona başlanması, gerektiğinde iki ekip olarak çalışılması hastanın fonksiyonel restorasyonu ekseninde, iskemi süresi gibi kısıtlayıcı unsurlarla birlikte aynı zamanda kısa sürede öngörülerek harekete geçmeyi gerektirmektedir. (Resim 3)

1) Jacobson JH. Microsurgical technigue in repair of traumatized extremity. Orthopaedic Clinic, 1963; 19: 132.
2) Buncke HJ Jr, Schulz WB. Experimental digital amputation and reimplantation. Plastic Reconstructive Surgery. 1965; 36: 62-70.
3) Ahmed MMES. Hand replantation: A rare case report SAGE 2013; 1
4) Zenn MR, Levin S. Multipl-Digit Replantations; The Mutilated Hand 2005; Chapter 15: 217-224

Resim 1



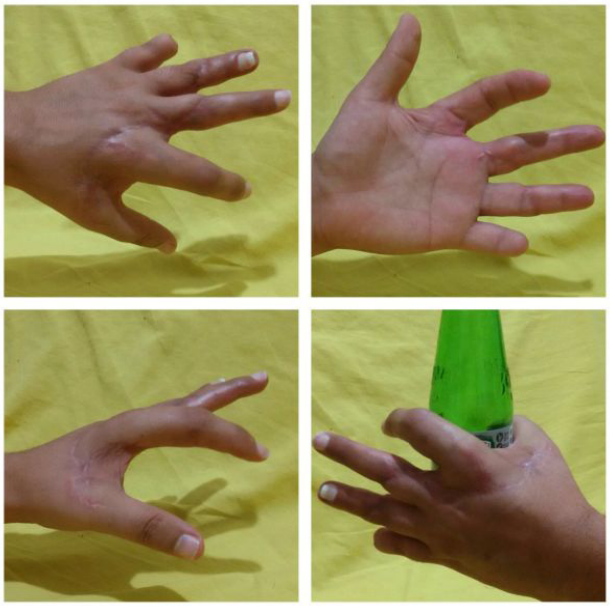
67 yaşında erkek hastanın sol el 5 parmak amputasyonu

Resim 2



37 yaşındaki hastanın sol el 4 parmak amputasyonu.

Resim 3



Sol el 4 parmak amputasyonu hastasının postoperatif 10. ayı

P-394
Karın Ön Duvarı Rekonstürksiyonunda Geniş Flep Dizaynı

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Cihan Şahin[1], Sinan Öztürk[1], Bilge Kağan Aysal[1], Celalettin Sever[1], Sinan Öksüz[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

Amaç: Karın ön duvarı defektlerinin onarımında kullanılacak flebin dizaynında onarılacak defektten daha geniş planlama yapılmasını önermek.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta; on yedi yıl önce ateşli silah yaralanması nedeniyle sol nefrektomi, kolesistektomi, splenektomi, subtotal kolektomi ve ileosigmoidostomi operasyonları geçirmiş. Hasta 2 aydır devam eden ve çeşitli tedaviler ile geçmeyen karın ağrısı ve şişkinlik sikayetleri ile genel cerrahi servisine başvurmuş. Muayenesinde; batın sol üst ve alt kadran ile umbilikus çevresinde geçirilmiş ameliyatlara sekonder organize insizyonel skartislere sol üst abdominal kadranda palpe edilen yumuşak kitle formasyonu eşlik etmekteymiş. Planlanan tüm abdominal ultrasonografik incelemesinde, sol üst abdominal kadranda cilt altına 2,1cm.lik fasya defektinden protrüde olmuş barsak ansı tespit edilmiş. Hastaya insizyonel herni tanısı ile operasyon planlanarak genel cerrahi servisine yatırılmış. İlgili servisçe hastaya eski operasyon alanlarında yaygın batın içi yapışıklıklara yönelik adezyolizis ile primer fasya onarımı sonrasında 10cmx8cm.lik prolen meş tespiti ile insizyonel herniorafi işlemi uygulanmış ve batın ön duvarı primer onarılmış. Postoperatif 5.gününde pürülan geleni olan yara dehissensi gözlenen ve konvansiyonel pansuman takibine alınan hasta postoperatif 7.günüde revizyon ameliyatına alınmış. Meş çıkartılarak negatif basınçlı kapalı pansuman sistemi (NBPS) yerleştirilmiş. Ameliyat esnasında alınan doku kültürü antimikrobiyogramına göre intravenöz geniş spektrumlu antibiyoterapisi düzenlenmiş. NBPS 3.günde değiştirilmiş. Bir sonraki gün tekrar herniasyon oluşması nedeniyle acil olarak opere edilen hastaya primer fasya onarımı, 6cmx8cm prolen meş tespiti ve NBPS uygulanmış. Bu operasyon sonrası 3.gününde NBPS değişimi esnasında hasta servisimizce konsülte edilmiştir. NBPS ve antibiyotik tedavisinin devamı önerilen hastaya alanın hazır olması halinde batın ön duvarı rekonstrüksiyonu planlanmış, NBPS değişimlerinde yara kontrolleri yapılmıştır. Konsültasyon sonrası 2.pansuman değişiminde; 9cmx7,5cm ebatlarında, zemini büyük oranda temiz granülasyon dokusu ile kaplı, çevresinde enfektif ve enflamatuar değişiklikler bulunmayan yara alanı gözlenmesi neticesinde hastaya ameliyat önerilmiştir. Preoperatif el doppleri ile sağ lateral interkostal arter (LIKA) perforatör flebi 23cmx12cm ebatlarında planlanmıştır. Cerrahi alan ve tabanda, eski operasyon skarlarının bir kısmını da içerecek şekilde geniş debridman sonrasında, LIKA çevresinde koruyucu yumuşak doku korunarak iskeletize edildi ve flep 10cm medialize edilerek defek alanı onarılmıştır. Donör saha primer kapatılmıştır. Postoperatif 8.günüde intravenöz antibiyoterapisi enfeksiyon hastalıkları servisinin önerisi ile 14 güne tamamlanacak şekilde oral antibiyoterapi haline revize edilerek taburcu edilmiştir. Hastada erken veya geç komplikasyon izlenmemiştir.

Tartışma: Tümör rezeksiyonu, nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu ya da travmatik yaralanma gibi abdominal duvarın tam kat kayıpları en komplike senaryo olarak nitelendirilirken; temel onarımda çok aşamalı prosedürler önerilmektedir[1]. Bu prosedürlerde myofasiyal bütünlüğün ve kutanöz örtünün rekonstrüksiyonu ana hedef olarak belirtilmektedir[1]. Defektin yamanmasından çok katların yeniden oluşturulması daha mantıklı bir seçim olarak sunulmaktadır[1]. Güncel literatürde genel olarak önerilen yöntemler arasında; biyolojik ve sentetik meşlerin, çeşitli pansuman tekniklerinin ve klasik onarım cerrahilerinin mantığından yola çıkarak oluşturulmuş modifikasyon cerrahilerinin ön plana çıktığını görmekteyiz[1-4]. Ancak daha cerrahi alan enfeksiyonu gibi beylik bir konuda dahi meş kullanımının önerilmemesi, standart cerrahileri prosedürlerinin komplikasyon oranlarının kritik şekilde artması, onarım işlemlerinin tam enfeksiyon kontrolü sonrasında yapılması gerekliliğinin neden olduğu hasta yatış, ayaktan takip ve pansuman sürelerinde uzama gibi problemler alternatif onarım tekniklerine olan ihtiyacın belirgin birer göstergeleridirler[2-4]. Olguda da sunulduğu üzere; abdominal bir defektin onarımı için gerekli tüm anatomik katmanları içeren, revaskülarizasyon ve enfeksiyon kontrolü sağlayan, geniş debridmana izin veren flep ile rekonstürksiyon cerrahilerinin iyi bir seçenek olabileceği düşüncesindeyiz. 'Benzer dokuyu benzer doku ile onar' prensibinden yola çıkarak mevcut abdominal defektlerin komşuluklarından planlanacak perforatör tabanlı veya serbest stil ilerletme fleplerinin birçok gereksinimi karşılayabileceği olgumuzda da görülmektedir. Güvenli cerrahi sınır geniş tutularak yapılacak debridman, rekürrens ve yara komplikasyonlarını azaltırken; perforatör tabanlı flepler yeterince büyük planlanarak oluşacak defektlerin onarılabileceğini olgumuz ile sunuyoruz.

Sonuç: Biyolojik ve sentetik meşlerin etkinlikleri ile klasik cerrahi prosedürlerin modifikasyonlarının tartışıldığı bu ortamda geniş propeller fleplerin büyük bir boşluğu kompanze edebileceği düşünülebilir.

Intraoperatif



Intraoperatif defekt ve flebin görüntüsü

Postoperatif 1.ay



Postoperatif 1.ay komplikasyonsuz

Postoperatif 4.ay



Postoperatif 4.ay komplikasyonsuz

P-395
Burun Alar ve Tip Kompozit Defektlerinin Rekonstüksiyonunda Serbest Helikal Rim Flebi

Alper Aksoy[1], Emin Sır[2]
[1]*Acıbadem Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa*
[2]*İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

Burunda alar kanat defektlerinin onarımında, İçte kıkırdak destek dokusuna ve dışta burun rengine benzer deri örtüsüne ihtiyaç vardır. Rekonstrüksiyonda bir çok greft ve flep seçeneği bulunmasına rağmen istenilen sonucu elde etmek zorlu bir süreç gerektirir. Son yıllarda süper mikrocerrahinin gelişmesi ve küçük serbest fleplerin alar kanat ve tip defekt rekonstruksiyonlarında kullanımı artırmıştır. 63 yaşında erke hasta, uzun yıllardır burun ucunda kapanmayan yara ve son yıllarda delikler oluştuğu şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde sağ alar kanatlarda kıkırdağa invaze olan ve tip bölgesinde burun pasajına açılan 2 adet fistül olan yaklasık 2x2 cm tümöral kitle mevcut idi. Tümör eksizyonu yapıldıktan sonra dorsal deri, kıkırdak ve burun mukozasında defekt oluştu. Tek aşamada 3 dokununda rekonstruksiyonu planlandı. Oluşan doku eksikliğinin giderilmesi ve burun alar kanat ve tip için planlanan serbest helikal rim flebi pedikülü olan yüzeyel temporal arter ve ven, aynı taraf saçlı deride temporal bölgeden preaurikular bölgeye uzanan dikey planda yapılan bir insizyonla ortaya çıkarıldı. İnsizyon kulak lobülü hizasına kadar uzatıldı. Ameliyat öncesinde çizimi yapılmış olan sağda 2.5x2.5 temporal arter ve ven bazlı olacak şekide flep ters akımlı olarak, helikal rim bölgesindeki kıkırdak ve cildi içerecek şekilde kaldırıldı. Aynı taraf angular arter ve ven diseke edildi. Flep insert edildi. iç mukoza, kıkırdak ve dorsal deri onarıldı. Arter ve ven anastomozları yapıldı. Hastanın takiplerinde Donör sahada her hangi bir rahatsız edici skar ya da şekil bozukluğu gelişmedi ve flepde de kısmi yada tam nekroz gözlenmedi. Hastanın ameliyat sonrası takip döneminde nefes alma fonksiyonunun ve hasta memnuniyetinin sağlandığı saptandı. Burun rekonstrüksiyonu yapı itibariyle birçok tabaka içermesi nedeniyle zor bir süreçtir. Serbest helikal rim flebi yapı, şekil ve renk açısından burun alar kanadı ile benzer yapıdadır. Bu nedenle geniş alar kanat defektlerinde kullanılabilecek önemli bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

P-396
Lateral kol flebinin kaynak arterinin varyasyonu

Burak Kaya, Bahadır Çelik
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Lateral kol flebi sık uygulanan serbest fleplerden biridir. Genellikle intraoral defektleri de içeren baş boyun bölgesindeki defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılsa da üst ekstremite, ayak ve bacak rekonstrüksiyonunda da kullanılabilmektedir. Kanlanmasının iyi olması, donör saha morbiditesinin az olması ve ihtiyaç halinde kemik dokusunun da flebe dahil edilebilmesi gibi avantajları mevcuttur. Bu avantajlarının yanında damarsal varyasyonların olması nedeni ile diseksiyon esnasında oluşturabileceği zorluk da flebin önemli bir dezavantajıdır.

Anatomi: Lateral kol flebi posterior radial kollateral arterden beslenmektedir. Bu arter de derin brakial arterden (Profunda braki) köken almaktadır. Derin brakial arter brakial arterin ilk major dalıdır ve teres major kasının alt sınır hizasında brakial arterden ayrılır. Distale doğru ilerlerken radial sinir eşlik eder ve beraber humerusun spiral oluğunu geçerler. Oluğu geçtikten sonra derin brakial arter anterior ve posteior olmak üzere radial kollateral dallarına ayrılır. Posterior radial kollateral arter distale doğru triseps ve brakialis kasları arasında ilerleyerek kolun lateral kısmının kanlanmasını sağlar.

Yaptığımız kadavra diseksiyonunda posterior radial kollateral arterin daha proksimalde deltoid kası insersiyosu hizasında yüzeyelleştiğini ve derin brakial arterden köken almadığını gördük. (Şekil 1) Proksimale ilerledikçe omuz eklemine yaklaştığımızda arterin aksiller arterin son ana damarlarından olan posterior circumflex humeral arterden köken aldığını tespit ettik.

Tartışma: Lateral kol flebi özellikle baş boyun bölgesi rekonstrüksiyonunda kullanılan vaskülaritesi iyi olan bir fleptir. Kaynak damarı genellikle derin brakial arterden köken alsa da varyasyon nedeni ile yakın komşuluk gösteren damarlardan da köken alabilmektedir. Bu nedenle yapılacak diseksiyonlar da bu varyasyonlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar: 1. Versatility of the Lateral Arm Flap. F. Haas MD, E. Scharnagl MD. Innovations in Plastic and Aesthetic Surgery 2008, pp 104-115 2.The lateral arm flap.C. -M. -D. Pidhorz, A. Howard, J. -D. Lipton.Interactive Surgery October 2007, Volume 2, Issue 2, pp 128-132 3.The versatility of the free lateral arm flap in head and neck soft tissue reconstruction: clinical experience of 210 cases.Marques Faria JC1, Rodrigues ML, Scopel GP, Kowalski LP, Ferreira MCJ Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(2):172-9. Epub 2007 Nov 26. 4.Lateral arm microvascular free tissue reconstruction of a large neck keloid Chen Y1, Chhabra N2, Liu YC3, Zender CA4.Am J Otolaryngol. 2014 Jul-Aug;35(4):514-6. doi: 10.1016/j.amjoto.2014.01.008. Epub 2014 Feb 3. 5.The lateral arm flap: an anatomic study.Rivet D, Buffet M, Martin D, Waterhouse N, Kleiman L, Delonca D, Baudet J.J Reconstr Microsurg. 1987 Jan;3(2):121-32.

Resim 1



Posterior radial kollateral arterin seyri

P-397
Tedaviye Refrakter Konjenital Tibial Psödoartrozunun Serbest Fibula Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Selman Hakkı Altuntaş, Ömer Faruk Dilek, Fuat Uslusoy, Dudu Dilek Yavuz, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bilim Dalı, ISPARTA

Giriş: Konjenital tibial psödoartroz (KTP); nadir görülen bir klinik tablo olup, hikayesi ve geliş şekli oldukça değişkendir. Etiyolojisi tam net olmamakla birlikte vakaların %55 kadarı nörofibramatozis ile ilişkilidir. Ekstremitede anterolateral bowing genellikle doğuma eşlik ederken oluşan psödoartroz nedeniyle kırık gelişimi çoğunlukla ilk dekat içerisinde görülür. Tedavisi hala oldukça zorlayıcı olup; İlizarov tekniği, mikrovasküler fibula transferi, intramedüller fiksasyon ve bunların kombinasyonları gibi ileri temel yöntemlerle günümüzde primer union oranları artmış gözükmektedir.

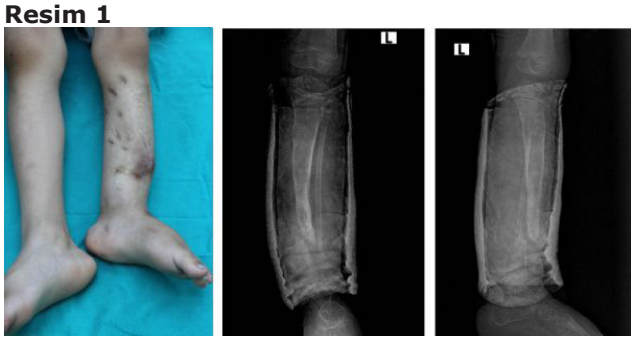
Olgu Sunumu: 1 yaşından itibaren İlizarov tekniği, distraksiyon ve kemik grefti de dahil çeşitli operasyonlar geçiren 5 yaşındaki erkek hasta başarısız sonuç ve yeni fraktür nedeniyle kliniğimize başvurdu. Değerlendirmelerde direkt grafide tibia distal 1/3 hizasında kemik defekti ile birlikte nonunion görünmekteydi. Çoklu operasyonlar ve konjenital damar aberasyonları açısından bacak damarlarına yönelik anjiyografi yapıldı. Posterior tibial arter ve peroneal arterin açık olduğu görüldü. Diğer bacaktan alınacak olan serbest fibula flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Operasyonda fibula flebi proksimal ucu tibial kemiğin proksimal ucunda açılan deliğe çakıldı. Distal ucu ise iki vidayla tibial kemiğin distaline onlay olarak tespit edildi. Fibula flebinin distalinde perforatörden beslenen deri adası da monitörizasyon için kullanıldı.

Bulgular: Flepte intraoperatif kapatma aşamasında deri adasının beyazladığı ve kanamanın olmadığı farkedildi. Eksplorasyonda arteryel anastomoz açıldı fakat anastomoz temiz görünümdeydi. Daha proksimalinde oluşan bir trombüsün dolaşım bozukluğuna neden olduğu gözlendi. Damarın küçük travmalara dahi çok hassas olduğu anlaşıldı ve anastomoz damar klempi konulmadan yukarıdan turnikenin şişirilmesi yoluyla yapıldı ve intraoperatif İV heparin verilerek bu sorun aşılmış oldu.

Serviste de Clexane tedavisine başlandı ve deri adasından yapılan flep monitörizasyonunda herhangi bir dolaşım problemi gözlenmedi. İlk 15 günde uzun bacak atel ile takip edilen hasta ardından, ayak bir miktar inverte edilip bozulan ayak bileği postürü bir miktar düzeltilecek şekilde sirküler alçı ile takip edildi. 45. günden sonra ise kontrollü mobilizasyona izin verildi. Postoperatif 2. ayda belirgin kemik kaynamalarının olduğu görüldü.

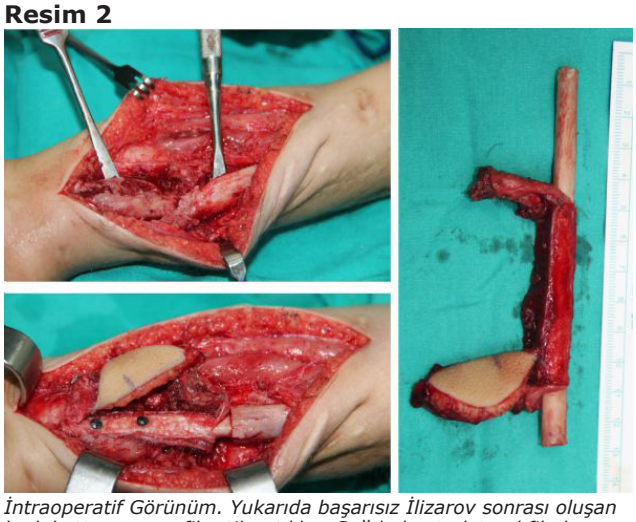
Sonuç: Nörofibromatozisin bir komponenti olarak karşımıza çıkan KTP tedavisinde, nonvaskülarize kemik greftleme, İlizarov, intramedüller fiksasyon gibi yöntemler, bazı çok aktif çocuklarda başarısızlıklara neden olabilmektedir. Vaskülarize kemik flebinin soruna kalıcı çözüm getirmesi nedeniyle uygun vakalarda göz önünde bulundurulmalıdır.

Resim 1



Preoperatif görünüm. Başarısızlıkla sonuçlanan ilizarov tekniği sonrası erken dönem fraktürü.

Resim 2



İntraoperatif Görünüm. Yukarıda başarısız İlizarov sonrası oluşan kırık hattı ve osseofibrotik artıklar. Sağda kontralateral fibula flebi ve monitörizasyon için rezerve edilen deri adası. Aşağıda fibula flebinin proksimalde tibia içerine sokularak ve distalde vida kullanılarak yapılan fiksasyonu.

Resim 3



Postoperatif 2. aydaki görünüm.

P-398
52 Saat Sıcak İskemi Sonunda Parmak Revaskülarizasyonu:Olgu Sunumu

Mehmet Sürmeli[1], Fatih Tekin[2], Soner Tezcan[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[2], Ömer Faruk Taner[2], Furkan Erol Karabekmez[2]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Mikrocerrahide ortaya konulan gelişmeler ve tecrübelerle birlikte uzuv revaskülarizasyonlarında başarılı olma olasılığı ve uzun iskemi zamanlarına rağmen başarıyla sonuçlanan revaskülarizasyonlar gün geçtikçe artış göstermektedir. Kazanılan deneyimler ile cerrah endikasyon dışı vakalarda dahi hastaya şans verme yolunu seçmektedir. Biz bu sunumumuzda sıcak iskemi zamanı 52 saat olan hastanın dijital revaskülarizasyonu sonucunda elde edilen başarılı sonucu paylaşmayı amaçladık

Olgu Sunumu: 27 yaşında bayan hasta, araç içi trafik kazası nedeniyle multipl travma ile dış merkezden hastanemize sevk edilerek yoğun bakım ünitesinde tedavisine başlandı. Hastanın pelvis fraktürü, sol el 4. parmakta distal interfalangeal eklem seviyesinden total amputasyonu ve 3. parmak proksimal falanks hizasından(Zone 2) parmak yaralanması mevcuttu. Hasta acil müdahalesi yapıldıktan sonra ortopedi kliniğince preoperatif olarak servisimize konsulte edildi. Hastanın kazadan 50 saat sonra plastik cerrahi tarafından yapılan ilk fizik muayenesinde sol el 4. parmak distal interfalangeal eklem hizasından total ampute idi. 3. parmak proksimal falanks seviyesinde volar yüzde parçalı kesi mevcuttu. Kesi distalinde parmak soğuk ve ekimotik, arteryel dolaşım yoktu. Hasta acilen operasyona alınarak kesi eksplore edildi. Her iki nörovasküler demetin kesilmiş olduğu görülerek mikrocerrahi tekniklerle dijital revaskülarizasyon uygulandı. Postoperatif takiplerinde pulpada pembe renk değişimi ve sıcaklık artışı görüldü. Hasta operasyon sonrası 7gün boyunca antikoagulan tedavi verilerek önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Travma sonucunda ortaya çıkan parmak yaralanmalarında dolaşımın sağlanması birincil önem arz etmektedir. Multipl travmalı hastalarda, hastanın hayati tehlikesi varlığında parmak yaralanmaları gözden kaçırılabilmekte ve geç dönemde tanı alabilmektedir. Bizim olgumuzda her iki dijital arter kesilmiş olmasına rağmen 52 saat sonra yapılan revaskülarizasyonla parmak dolaşımının tekrar sağlanabilmiş olması bilinenin aksine parmak replantasyonlarında endikasyon sınırlarını zorlayan bir durumdur. Bu vaka ile birlikte hastalara, iskemi zamanından bağımsız olarak, revaskülarizasyon şansı tanımanın naidr de olsa fayda sağlayabileceğini düşünmekteyiz

Foto 1



Postoperatif 2. ay görüntüsü

Foto 2



Postoperatif 2. ay görüntüsü

P-399
Grasilis Flebi ile Rekürren Rekto-Vajinal Fistül Onarımı

Sevgi Kurt Yazar[1], Abdulkerim Özakay[2], Memet Yazar[3], Murat Diyarbakırlıoğlu[4], Gaye Toplu[1]
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[4]Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Rektovajinal fistüller en sık enfeksiyon, tümör veya travma sonucunda görülür. Ayrıca pelvik cerrahi veya radyoterapi (RT) sonrasında iyatrojenik olarak da görülebilir. Konjenital nedenler ise oldukça nadirdir. Fistül onarımı için birçok yöntem tanımlanmıştır, bunlar arasında primer onarım, endorektal ilerletme flepleri, koloanal sleeve anastomozları ve transpozisyon flepleri sayılabilir. Özellikle RT alan veya kronik sepsisli hastalarda lokal onarım için sağlıklı doku bulunamaz ve çoğunlukla ayrı bir yerden kanlanmasını alan interpozisyonel fleplerin kullanılması gerekir. Bu çalışmada rektovajinal fistül nedeni ile daha önce 3 kere opere edilen ancak her defasında nüks gözlenen hastaya grasilis kas flebi ile yapılan rekonstrüksiyon ve sonuçları sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 38 yaşında iki gebelik öyküsü bulunan hasta rektovajinal fistül tanısı ile genel cerrahide 3 kere opere edilmiş, her defasında primer onarım veya lokal dokulardan ilerletilen dokularla onarım yapılmış ancak operasyon sonrasında erken dönemde nüks gözlenmiş. Hastanın anamnezinde geçirdiği bir travma, pelvik cerrahi veya enfeksiyon öyküsünün olmaması vakanın ilginç yönlerinden biriydi. Kadın ve Doğum Hastalıkları bölümünden istenen konsültasyon sonucunda çok nadiren de olsa koit sonrasında fistül oluşabileceği belirtildi nitekim hastanın öyküsü de bu yöndeydi. Nedeni tam olarak anlaşılamayan bu fistülün tedavisi için pediküllü grasilis kas flebinin transpozisyonu planlandı. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda yapılan muayenede hastanın vajen posterior duvarı ile rektum ön duvarının yaklaşık 4 cm›lik kısmının olmadığı ve yan duvarların da kontrakte olduğu gözlendi. vajen mukozası ile rektum mukozası birbirinden ayrıldı, her iki mukoza yan duvarlara kadar diseke edildi ve orta hatta getirilerek primer sütüre edildi. Ardından sol uyluk medialinden yapılan insizyonla grasilis kasına ulaşıldı ve kasın distali tendon birleşim yerinden kesilerek proksimalde pedikülün olduğu yere kadar diseke edildi. Pedikül görüldükten sonra kasın proksimali de kolay rote edilebilmesi amacıyla kesildi. Flep döndürülerek cilt altından hazırlanan tünelden geçirilerek perineye taşındı. Primer onarılmış olan vajen ve rektal mukozalar arasına sandiviç şeklinde yerleştirildi ve sütürlerle fistül hattını 2 cm geçecek şekilde tespit edildi. Ardından donör saha primer onarıldı. Flebin dolaşımında veya yara iyileşmesinde herhangi bir problem olmadı. Hastanın 6. ay ve 1. yılda yapılan kontrollerinde fistül nüksü gözlenmedi.

Sonuç: Grasilis flebi vajinal, vulvoperineal ve inguinal defektler için sıkça kullanılır. En büyük avantajı defekte olan yakınlığı ve derin femoral arterden gelen sabit ve iyi kanlanmasıdır. Ve genelde komplikasyon oranları çok azdır. Bu nedenle perine bölgesindeki kompleks yaralar ve rektovajinal, rekto-üretral fistüller gibi onarımı zor olan vakalarda tedavi seçenekleri arasında bulundurulmalıdır.

P-400
Flep Prefabrikasyonunda Yeni Bir Konsept: Mikrodiseke Prefabrike Flep

Süleyman Taş
Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

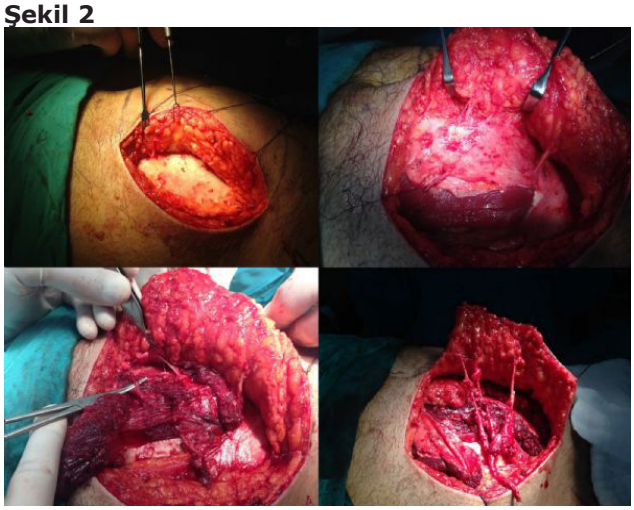
Flep prefabrikasyonu, geleneksel yöntemler yeterli olmadığında, ince ve geniş flepler elde etmemizi sağlayan nispeten yeni ve gelişmekte olan bir tekniktir. Ancak, damarsal bir taşıyıcı gerektirmesi, taşıyıcının implantasyonu sonrası neo-anjiogenesis için uzun süre beklenmesi ve flebin transferi sonrası venöz konjesyon sebebi ile marjinal nekrozlar görülebilmesi bu tekniğin dezavantajlarıdır. Burada, klasik prefabrike tekniğin dezavantajlarını giderirken, ince, geniş ve güvenilir bir flep elde edebilmek için geliştirilen Mikrodiseke prefabrike flep olarak adlandırılan yeni bir konsept sunulmaktadır. Tariflenen teknik, 2 vakada, adipoz doku tabakalarının anatomik farklılığından dolayı çok ince bir flep elde etmenin pek mümkün olmadığı abdominal bölgede gerçekleştirilmiştir. İlk vaka, ciddi bir yanık yaralanmasına sekonder gelişen subtotal yüz rekonstrüksiyonu (15x30 cm) olup, ikinci vaka fornier gangrenine sekonder gelişen ano-skrotal bölgede geniş bir doku defekti (14x14 cm) vakasıdır. Donör alanda, perforatör damarlar mikrodiseksiyon ile ana damardan subdermal plexus a katıldığı ana kadar diseke edildikten sonra, iskeletize edilen vasküler ağ, subdermal alana implante edilmiştir. Mikrodiseksiyonu takiben, abdominal flep kalınlığı 30 mm den 4 mm e düşürülmüştür. Son olarak, bir miktar şişirilmiş ekspander flep altına yerleştirilerek prefabrikasyon işlemi uygulanmıştır. Flepler 5 ile 8 hafta içinde ikinci operasyon ile aktarılması planlanan bölgeye serbest doku flebi ya da pedikküllü ada flebi şeklinde transfer edilmiştir. Fonksiyonel ve estetik açıdan sonuç hem doktor hem de hasta açısından tatmin edici olmuştur.Herhangi bir komplikasyon ya da istenmeyen sonuç gelişmemiştir. Edinilen deneyimler, mikrodiseke prefabrike flep tekniğinin masif doku defektlerinin ince flepler ile onarımı gerektiğinde alternatif bir yöntem olabileceğini göstermektedir.

Şekil 1



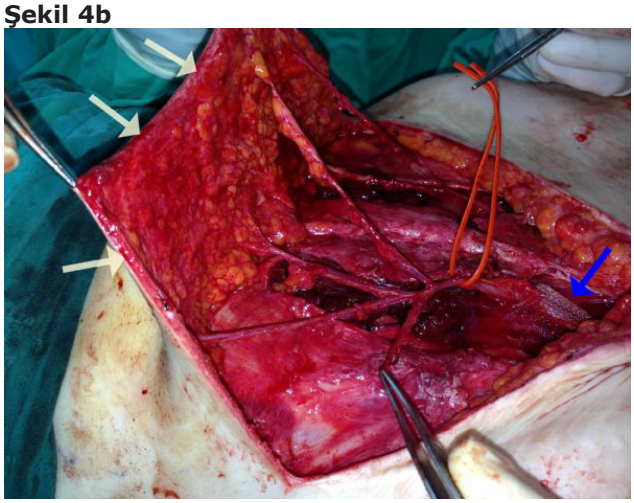
Şekil 1: A) Olgu 1, her iki inguinal bölgede daha önceki operasyonlara bağlı geçirilmiş ekstansif skarlar izlenmektedir. Bu skarlı dokuların superioru, umblikusun inferiorundaki 7x18 cm lik alan donör alan olarak seçildi. Dopler ile perforatörler işaretlendi. Flebin superiordan subdermal plexus ile ilişkisinin korunması planlandı. B) Olgu 1'de, donör alana uygun ekspander seçimi ve poşunun lokalizasyonu resmedilmektedir. C) Olgu 2'de, dopler ile perforatörlerin yeri ve ekspander poşunun yeri tayin edildikten sonra, flep dizaynı resmedilmektedir. Flebin sol lateralden subdermal plexus ile ilişkisinin korunması planlandı.

Şekil 2



Şekil 2: Olgu 2, A) Klasik DIEP flep elevasyonunda olduğu gibi, rektus kas fasyasına kadar cilt insizyonu tamamlandıktan sonra, fasya üzerinde n yapılan diseksiyon ile perforatörler identifiye edilir. B) Perforatörler identifiye edildikten sonra, rektus fasyası insize edilerek, kas içi diseksiyon ile perforatörler derin inferior epigastrik artere kadar takip edilir. Şekil 2: C) Perforatörlerin kas içi diseksiyon ile takibi resmedilmektedir. D) Derin inferior epigastrik pediküle kadar perforatör diseksiyonu tamamlandıktan sonra, scarpa fasyası altındaki doku keskin diseksiyon ile flepten eksize edilebilir. Beyaz ok, scarpa fasyası altındaki yağ dokusunun flepten ayrılmasına işaret etmektedir. Flebin, 3 adet perforatör korunarak eleve edilmesi ve lateralden subdermal plexus ile ilişkisi korunması resmedilmektedir.

Şekil 4b



Şekil 4: Olgu 1, B) Bilateral DIEP bazlı kaldırılan flep, toplam 5 adet perforatör korunarak eleve edildi. Pedikülün etrafına prolen mesh sarılarak, 2.operasyonda diseksiyon esnasında yaralanması önlenmeye ve diseksiyonunun kolaylaştırılması amaçlandı. Abdominal bölgede planlanan flep, mikrodiseksiyonun tamalanmasından sonra dermis seviyesine kadar inceldi. Ancak bu denli inceltmeye rağmen, subdermal kanamalar ve flebin rengi, flep dolaşımının gayet iyi olduğunu göstermektedir. Beyaz oklar, flebin en distalinden olan subdermal kanamaya işaret etmektedir. Mavi ok, pediküle sarılan prolen mesh'e işaret etmektedir.

P-401
Fanconi Anemili Bir Hastada Medial Sural Arter Perforatör Flebi ile Ağız Tabanı Rekonstrüksiyonu

Bülent Saçak[1], Fatma Betül Tuncer[1], Nihal Durmuş Kocaaslan[1], Adem Binnetoğlu[2], Özhan Çelebiler[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Fanconi anemisi(FA), çocuklukta konjenital malformasyonlar, aplastik anemi; adölesan ve yetişkinlik döneminde hematolojik malignansiler ve baş-boyun bölgesi skuamöz hücreli karsinomu, özofagus kanseri gibi solid organ kanserleri ile karakterize nadir bir genetik hastalıktır.(1) DNA onarım mekanizmalarında olan yetersizlikten dolayı malignansilere yatkınlık fazladır. Allojenik kök hücre transplantasyonunda olan ilerlemelerle Fanconi anemisinde olan hematolojik problemler çözümlenebilmektedir. Ancak daha uzun yaşayan Fanconi anemili hastalarda, hastalığın ileri döneminde gözüken solid kanser sayıları artış göstermektedir. Fanconi anemili hastalarda en sık gözüken solid kanser baş-boyun bölgesi skuamöz hücreli karsinomu (BBSHK)'dur. FA'lı bir hastada 40 yaşına kadar BBSHK oluşumunun kümülatif insidansı %14 kadar yüksek bir rakamdır.(2) FA'li hastalarda BBSHK tedavisinin temelini genel popülasyondakine benzer şekilde cerrahi oluşturur. Ancak cerrahlar, FA'li hastalarda eşlik eden anemi ve trombositopeni gibi komorbiditelerden dolayı radikal rezeksiyon ve rekonstrüksiyonlardan kaçınmaktadır.

Şu ana kadar literatürde iki FA'li hastaya BBSHK rezeksiyonu sonrası 3 adet serbest doku transferi tanımlanmıştır.(3-5) Bunlardan ikisi fibula flebi, biri anterolateral uyluk(ALT) flebidir. Chao ve arkadaşları FA'li bir hastada fibula flebi ile ilk başarılı mandibula rekonstrüksiyonunu rapor etmiştir.(3) Daha sonra aynı grup, aynı hastada metasenkron bir tümörün eksizyonun ardından farenks rekonstrüksiyonu için tübülarize ALT'yi kullanmıştır.(5)

23 yaşında kadın hasta, dilin posterior 2/3'ünde yer alan beyaz infiltratif lezyon için kliniğimize refere edildi.(Figür-1) İnsizyonel biyopsi, skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Platelet sayısı 81.000 hücre/μL ve hematokriti %29 olan hasta preop hematolojiye preop konsülte edildi. Hastaya bir ünite afarez trombosit solüsyonu verilerek trombosit sayısı 135.000 hücre/μL'ye çıkarıldı. Ağız tabanının komplet rezeksiyonu, total glossektomi, bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Oluşan defekt eş seanslı olarak medial sural arter perforatör flebi ile rekonstrükte edildi.(Figür-2) Toplamda perioperatif 7 ünite eritrosit solüsyonu, 11 ünite trombosit solüsyonu verildi. Hasta cerrahiyi iyi tolere etti. Flebin gingivaya bağlandığı bir noktada, yara bakımı ile iyileşen minör bir dehisans oldu. Hasta bir kür sisplatin bazlı kemoterapi ve 30 gün radyoterapi aldı. 9 aylık takibinde rekürrens görülmedi.

BBSHK, Fanconi anemili hastalarda daha genç yaşlarda görülür ve FA'li hastaların yaşam beklentisini ve hayat kalitesini ciddi şekilde düşürür.(3) Kemik iliği süpresyonu ve devamında pansitopeni genelde BBSHK gelişiminden önce ortaya çıkar ve cerrahi tedaviyi komplike edebilir. Cerrahlar, düşük hemoglobin ve plateleti olan bu hastalarda radikal rezeksiyon ve uzun süren rekonstrüksiyonlardan kaçınmak isteyebilir. Ancak, kemoterapi ve radyoterapi FA'li hastalarda zararı faydasına göre tartılması gereken seçeneklerdir. Çünkü FA'li hastaların kan hücreleri, DNA onarım mekanizmalarının yetersizliğine bağlı kemoterapötik ajanlara ve radyasyon hasarına hipersensitiftir.(1) Bu Fanconi anemili hastalarda tümör rezeksiyonu sonrası serbest doku transferi ile rekonstrüksiyon yapılabileceğine kanıt sağlamaktadır.

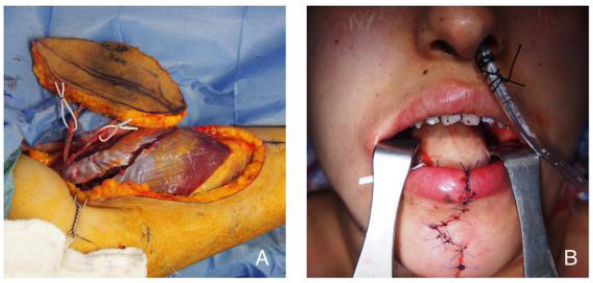
Referanslar:
1-Hosoya Y, Lefor A, Hirashima Y, Nokubi M, Yamaguti T, Jinbu Y, Muroi K, Nakazawa M, Yasuda Y. Successful Treatment of Esophageal Squamous Cell Carcinoma in a Patient with Fanconi Anemia. Jpn J Clin Oncol 2010;40(8)805–810
2-Kutler DI, Auerbach AD, Satagopan J, et al. High incidence of head and neck squamous cell carcinoma in patients with Fanconi anemia. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129: 106–112.
3-Chao JW, Cohen BD, Rohde CH, Kutler DI, Spector JA. Free fibular flap reconstruction of the mandible in a patient with Fanconi anemia. Plast Reconstr Surg. 2010;125:61e–63e.
4-Alkaabi M, Regan PJ, Kelly J, Mc Cann PJ, Ismael TS. Double paddle free fibular flap for reconstruction of the composite facial tumour in patient with Fanconi's anaemia. J Plast Re- constr Aesthet Surg. 2009;62:e471–e473.
5-Kaplan KA, Reiffel AJ, Kutler DI, Rohde CH, Spector JA. Sequential second free flap for head and neck reconstruction in a patient with fanconi anemia and metachronous squamous cell carcinoma. Plast Reconstr Surg. 2011 Jul;128(1):18e-9e.

Figür-1



Dilin dorsal yüzünde yaygın, infiltratif lezyonun insizyonel biyopsisi skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanmıştır.

Figür-2



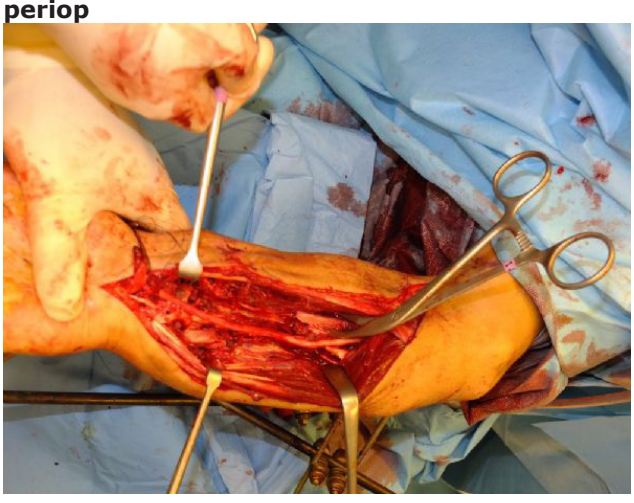
(A) Sağ bacaktan eleve edilmiş 15x8 cm boyutlarında medial sural arter perforatör (MSAP) flebi, (B)Total glossektomi sonrası MSAP flebi ile rekonstrükte edilmiş ağız tabanı görülmektedir.

P-402
Serbest Flep Uygulamalarında "flow through" tecrübelerimiz

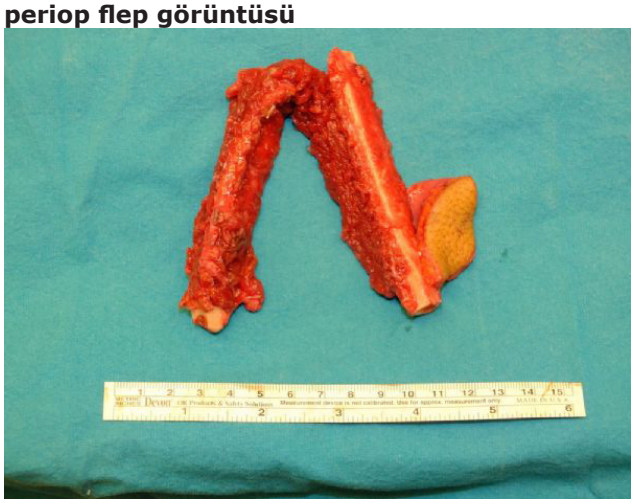
Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Nilüfer Çetinkaya, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Rekonstrüksiyon seçeneklerinde merdivenin ilk basamakları sekonder iyileşme ve primer kapama iken son seçenek serbest doku trasnferleridir. Bunlardan serbest anterolateral uyluk flebi alt ve üst ekstremite travmalarından, baş–boyun rekonstrüksiyona bir çok durumda kullanılır. Özellikle ekstremitelerde uzak serbest flepler lokal flepler ile karşılaştırıldığında donör saha morbiditesini ve cerrahi travma yükünü azaltır. Ayrıca kanlanması yüksek bir doku nedeniyle yara iyileşmesini stimüle eder, enfeksiyonu azaltır ve daha büyük defektleri kapatmaya olanak tanır. İstanbul Medipol Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniğinde Ocak 2015 – Temmuz 2015 tarihleri arasında toplam 6 hastada, ateşli silah yaralanması sonrası yumuşak doku ve kemik defektleri için "anterolateral uyluk flebi" ve ikisinde "serbest fibular osteokutan flebi" ile rekonstürksiyon planlandı ve serbest dokuların arteryel onarımında "flow through" tekniği de uygulandı. Postoperatif erken ve geç dönemde anostomoza bağlı herhangi bir iskemi veya dolaşım yetmezliğine bağlı problem ile karşılaşılmadı. Serbest doku nakillerinde güvenli bir anostomoz tekniği olarak flow through tekniği uygulanabilinir. Ateşli silah yaralanması sonrası ekstremitede oluşan yumuşak doku ve kemik defektleri ile birlikte major arter yaralanması da gerçekleşebilmektedir. Travmaya bağlı artetyel defekti de bulunan ve geniş doku nakli gerektiren defektlerin onarımında güvenli bir anostomoz seçeneği olarak flow through tekniğinin kullanılabilineceğini düşünmekteyiz. Hastalarımızda rekonstrükte edilecek alanın büyük olması ve travmatik vasküler patolojisi bulunması nedeniyle tercih ettik. Özellikle bu şekilde yüksek enerjili yaralanmalarda serbest doku trasnferi ile onarım sağlarken " flow through" tekniği uygulanarak hem defekt onarılmış olur hem de arteryel rekonstrüksiyon sağlanarak; ekstremitenin yaşayabileceği morbiditenin azaltılabilineceği kanaatindeyiz.

periop



periop flep görüntüsü



P-403
Bir Çift Kol Replantasyonu Vakası

Alper Burak Uslu, Burak Yılmaz, Mehmet Tapan, Ahmet Kaplan, Hasan Murat Ergani, Ali Rıza Yıldırım
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Replantasyon operasyonları daha sıklıkla parmak gibi uç organlar için gerçekleştirilmekle birlikte nadiren el bileği, önkol ve humerus gibi ampütasyon seviyelerinde de başarıyla gerçekleştirilmektedir. Bir parmak replantasyonunun aksine önkol ve kol seviyelerinden olan replantasyonlarda her ne kadar damar çap artışına bağlı olarak başarılı replantasyon operasyonunun gerçekleştirilmesi ihtimali teknik olarak artsa da özellikle uzun sıcak iskemi sürelerini takiben metabolik atıkların akümülasyonu sonrası kopmuş olan uzvun replantasyonu hastanın genel kardiyak, metabolik ve respiratuar sistemlerine ek yük getirebilmekte ve hastanın hayatını tehdit edebilecek metabolik asidoz gibi sorunlara yol açabilmektedir. bu sebeple yüksek seviye ampütasyon ve replantasyonları takiben hasta takibi özellik taşımakta ve sıklıkla yoğun bakımda takip gerektirmektedir.

bu çalışmada her iki kol humerus proksimal 1/3›ünden olan total ampütasyonu ile acilimize başvuran ve acilen operasyona alınarak replantasyon gerçekleştirilen hastanın cerrahi tedavisi ve post operatif bakımı sırasında elde ettiğimiz tecrübeyi literatürün ışığında tartışmayı amaçladık.

P-404
Kemiği destrükte eden skalpin hemanjiomu

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

Giriş: Hemanjiomlar endotel ile döşeli vasküler kanalların proliferasyonu ile oluşan koyu kırmızı, deriden kabarık veya düz lezyonlardır. Doğumda veya ilk iki hafta içinde fark edilen bu benign tümör ilk bir yaşta hızlı çoğalma evresini takiben duraklama ve gerileme evrelerini içeren klasik bir döngüye sahiptir. Tedavide cerrahi komplikasyon olmadıkça veya skarın az olacağı öngörülmedikçe yapılmayabilir.(1-3) Beyazırkta %12 oranında görülen bu tümör, 1000 gr dan düşük doğum ağırlıklı preterm ve kızlarda daha sık görülmektedir.(1) Bu çalışmada kafatasında kemik destrüksiyonuna yol açıp kliniğimizde takip ve tedavi edilen hemanjiom olgusu sunulacaktır.

Olgu sunumu: 27 yaşında erkek hasta ne zaman ortaya çıktığını net bilmediği ancak küçüklüğünden itibaren var olup, ara ara kanayan, son zamanlarda travmaya bağlı kanama ve akıntısında artış olduğunu ifade ettiği kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol parietal bölgede 3x3 cm büyüklüğünde cildi ekspande eden, cilt kalitesini bozan orta sertlikteki kitle tespit edildi (Resim 1). Kitle üzerindeki alanda saç dökülmesi mevcuttu. Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Eksizyon sırasında ciddi kanama görüldü. Lezyonun tabanda parietal kemiğin dış tabula ve medullasında destrüksiyona yol açtığı belirlendi (Resim 2). İntrakranial uzanımın yoktu. Defekt lokal rotasyon flepleri ile kapatıldı. Hastanın postoperatif kontrol bilgisayarlı tomografisinde destrüksiyon tespit edildi, tabanda ince bir kemik tabaka mevcuttu (Resim 3). Kitlenin patolojik incelemesinde hemanjiom tanısı konuldu. Hastanın postoperatif 1.yılda kontrollerinde şikayeti yoktu.

Tartışma: Hemanjiomlar vasküler kanalların proliferasyonu ile oluşan hamartomlardır. Hemanjiomların genişlemiş damarsı yapıları ile normal dokunun yerini alarak dokuyu tahrip edebileceği bildirilmiştir. Literatürde hemanjıomların kemik içerisinden de kaynaklanabileceği, tüm kemik tümörleri içerisinde %1 den az olup kalvaryal bölgede %0.2 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda dermoid kist, metastaz, dev hücreli kemik tümörü, multiple myelom gibi osteolitik lezyonlar düşünülebilir, fakat kesin tanı histopatolojik tanı ile konur.(1-3) Nadir de olsa skalpte bulunan hemanjiom kemik destrüksiyonuna sebep olabilir.

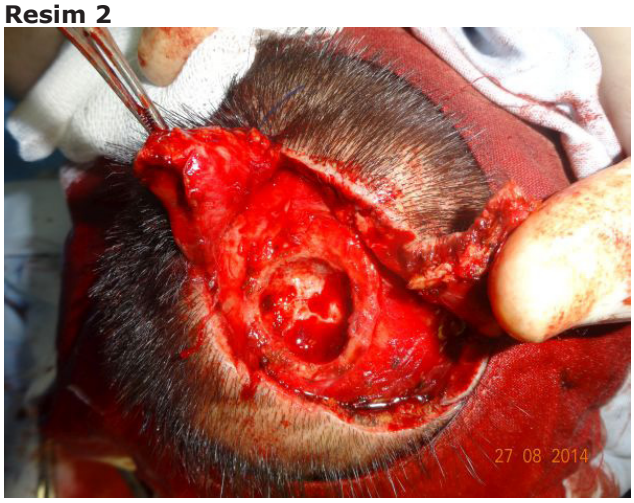
Kaynak:
1. Naama O, Gazzaz M, Akhaddar A, et al. Cavernous hemangioma of the skull: 3 case report. Surg Neurol 2008;70:654-9.
2. Valentini V, Nicolai G, Lore B, et al. Intraosseous hemangiomas. Journal of Craniofacial Surgery 2008;19:1459-64.
3. Moore SL, Chun JK, Mitre SA, et al. Intraosseous hemangioma of the zygoma: CT and MR findings. American Journal of Neuroradiology 2001;22:1383-85.

Resim 1



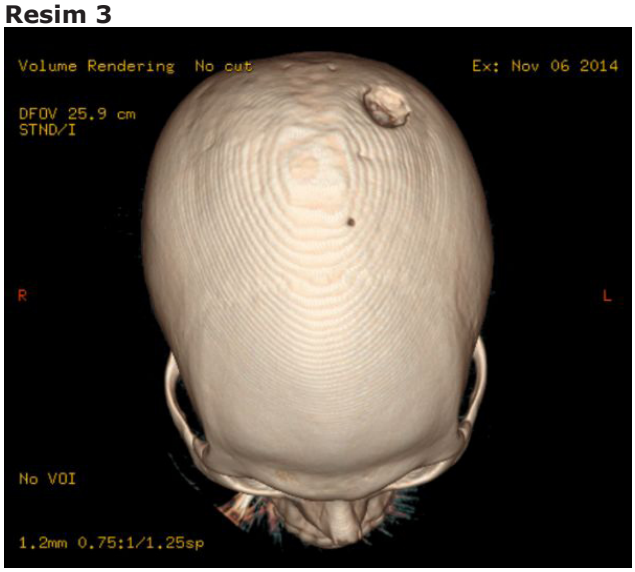
Hastanın preoperatif görünümü

Resim 2



Kitle cıkarıldığında kemikte destrüksiyon görünümü

Resim 3



Hastanın postoperatif bilgisayarlı tomografi görünümü

kadın ve erkeklerde eşit dağılım göstermektedir. Karakteristik vasküler bulguları nedeniyle inspeksiyon ile kolayca tanı konmasına karşın hemanjiomların karsinom, glomus jugulare, attic kolesteatom, aural polip ve arteriovenöz malformasyonlardan ayrılmasını sağlaması nedeniyle BT ve MR görüntüleme ayırıcı tanının sağlanması açısından büyük değere sahiptir. 5 Tedavi seçenekleri arasında cerrahi tedavi, radyoterapi, lazer tedavisi, kriyoterapi, sklerozan madde enjeksiyonu olmakla birlikte geniş cerrahi eksizyonun en etkili yöntem olduğu bildirilmektedir. Literatürde bildirilen olguların büyük çoğunluğuna cerrahi eksizyon uygulaması sırasında kanama nedeniyle inkomplet rezeksiyon uygulanması sebebiyle erken dönemde yüksek oranda nüks gözlenmektedir. 4 Bu nedenle olgumuza kanama kontrolü sağlamak ve kitleyi küçültmek amacıyla preoperatif sklerozan madde enjeksiyonu sonrası eksizyon uygulanmış ve bu kombine yöntemin nüks olasılığını azaltması hedeflenmiştir. Dış kulak yolu yerleşimli hemanjiomların rezeksiyonu, derin lokasyonları ve dış kulak yolunun darlığı sebebiyle cerrahi manipülasyonun güç olduğu bir durumdur. Bu dar cerrahi planda embolizasyon ile uygulanacak rezeksiyonun nüks oranlarını azaltmakta etkili olacağı düşünülmektedir.

Resim 1



Sol kulağın dıştan görünümü

P-405
Duyu kusuruna yol açan dış kulak yolu hemanjiomu

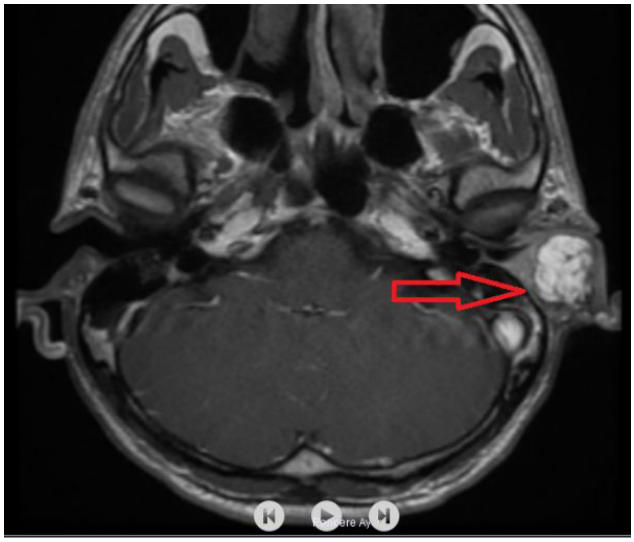
Nesibe Sinem Çiloğlu, Hasan Büyükdoğan, İhsan Türkmen, Ekrem Ramazan Keskin, Serkan Kaya
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş : Vasküler anomaliler vasküler tümörler ve vasküler malformasyonlar olarak iki ana gruba ayrılırlar. Vasküler tümörler hemanjiomlar ve diğer proliferatif lezyonları içerirken, kapiller, venöz, arteriovenöz ve lenfatik malformasyonlar ayrı bir grup oluştururlar. Hemanjiom, sık rastlanan benign ve vasküler bir tümör tipidir. Dış kulak yolu hemanjiomları nadiren bildirilmektedir.1,2 Bu sunumda duyu kaybına yol açan bir hemanjiyom olgusunun sklerozan madde ile embolizasyonu sonrası eksizyon ve rekonstrüksiyonu bildirilmektedir.

Olgu: Sekiz yıldır dış kulak yolunda kitle şikayeti olan 27 yaşında bir erkek hasta KBB kliniği tarafından kliniğimize konsülte edildi. Fizik muayenede sol tragus üzerinde ciltten kabarık, sınırları düzenli, eritemli vasküler görünümde 2*1 cm ebatlarında dış kulak yolunu tıkayan bir kitle mevcuttu (Resim 1). Hasta lezyon olan taraftaki kulağı ile duyamadığını ifade ediyordu (Resim 2). Kitlenin küçültülmesi için embolizasyon işlemi uygulanan hastaya posterior sulkustan insizyon yapılarak rezeksizyon yapıldı, periost eleve edildi ve dış kulak yoluna ulaşıldı. Periost üzerinden dış kulak yolunu tıkayan kitle tamamen eksize edildi ve kulak posteriorundaki cilt onarıldı. Dış kulak yolundaki defektif cildi sekonder iyileşmeye bırakılarak pansuman ile takip edildi. Post operatif dönemde operasyon yerinde lokal enfeksiyon gelişen hasta medikal olarak tedavi edildi. Ameliyattan sonraki 6 aylık süreçte hastada nüks kitleye rastlanmadı.

Tartışma : Dış kulak yolu yerleşimli hemanjiomlar nadiren ortaya çıkmaktadır. Literatürde günümüze kadar 22 dış kulak yolu yerleşimli hemanjiom olgusu bildirilmiştir.3 Olguların yaşları 26 ile 88 arasında değişmekle birlikte

Resim 2



Dış kulak yolunu kapatan kitlenin MR kesitindeki görünümü

P-406
Kulak kepçesi yerleşimli bir infantil hemanjiom olgusunda kombine topikal % 5 imiquimod ve oral propranolol tedavisi

Nesibe Sinem Çiloğlu, İhsan Türkmen,
Hasan Büyükdoğan, Shahrukh Omar,
Ekrem Ramazan Keskin
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Vasküler anomaliler, vasküler tümörler ve vasküler malformasyonlar olarak iki ana gruba ayrılırlar. Vasküler tümörler hemanjiomları ve diğer proliferatif lezyonları içerirken, kapiller, venöz, arteriovenöz ve lenfatik malformasyonlar ayrı bir grup oluştururlar. Hemanjiomlar içerisinde infantil hemanjiom bebeklik döneminin en sık görülen selim tümörüdür. Tedavi endikasyonları arasında; havayolu tıkanıklıkları, ülserasyon, enfeksiyon, görme bozukluğu, emme bozukluğu gibi fonksiyon kayıplarına yol açması durumları sayılabilir. İnfantil hemanjiomun tedavisinde kortikosteroidler uzun yıllardır ilk tercih olmakla beraber özellikle tedaviye dirençli olgularda son yıllarda farklı tedavi seçenekleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu sunumda sağ kulak kepçesi yerleşimli geçmişte steroid enjeksiyonu ve eksizyon sonrası nüks gelişen 5 yaşındaki hastada, propranolol ve topikal imiquimod tedavisi ile belirgin iyileşme sağlanan bir olgu bildirilmektedir.

Olgu: 5 yaşında erkek hastanın ailesi çocuklarının sağ kulağındaki kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ kulak lobülünde 3*2 cm eritemli, hipervasküler, ciltten kabarık kitle mevcuttu (Resim 1). Doğuştan sağ kulağında kızarıklık şikayeti bulunan hastanın yaşı ilerledikçe lezyonu büyümesi ve sık ülserasyon ve kanama olması nedeniyle 2 sene önce kliniğimizde 3 kez steroid enjeksiyonu yapılmış olan hastaya küçülme olmaması üzerine eksizyon ve primer onarım işlemleri uygulandı. 2 yıl sonra kitlenin nüks etmesi nedeni ile tekrar başvuran hasta pediatri, kardiyoloji ve dermatoloji klinikleri ile ortak değerlendirilerek oral propranolol ve topikal imiquimod kombine tedavi başlanmasına karar verilmiştir. Hastanın takiplerinde belirgin küçülme olduğu gözlenmiştir (Resim 2).

Tartışma : İnfantil hemanjiom vücudun her hangi bir bölgesinde gelişebilmesine rağmen sıkılıkla baş-boyun bölgesinde görülmektedir. Özellikle kulak çevresi, burun ucu, dudak çevresi, subglottik ve trakeal lezyonlar obstrüksiyonlara neden olurken, periorbital bölgede olanlar optik sinir basısına, görme sorunlarına ve göz kapağı hareketlerinde kısıtlılığa yol açabilmektedirler. Bazı lezyonlarda kanama ve enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. 1,2 İnfantil hemanjiomların bulunduğu bölgede fonksiyon kaybına yol açması, kanama ve/veya enfeksiyon gibi komplikasyonlara yol açması, hızlı büyüme ve çok büyük bir lezyon tedavi endikasyonlarıdır. İnfantil hemanjiom tedavisinde kortikosteroid, propraponol, interferon alfa, siklofosfamid ve vinkristin gibi kemoterapotik ilaçların yanında lokal olarak da lazer tedavisi, % 5 imiquimod, intralezyonel steroid, intralezyonel propranolol ve cerrahi çıkartma gibi yöntemler kullanılmaktadır. 1,2 Propranolol diğer medikal ve cerrahi tedavi yöntemlere göre hipoglisemi, bradikardi, hipotansiyon gibi kısmen tolere edilebilir ve daha az sayıdaki yan etkileri nedeni ile infantil hemanjiomun tedavisinde tercih edilmeye başlanmıştır. Ayrıca tedaviye hızlı cevap alınması da önemli bir avantajıdır. Olgumuzda steroid enjeksiyonları ve cerrahi girişim sonrası nüks gelişmesi nedeniyle literatürde özellikle yüzeyel infantil hemanjiomlarda etkinliği bildirilmiş topikal % 5 imiquimod ve propranolol tedavisi kombine edilmiştir. 3 Hastamızın tedavi izlem sürecinde herhangi bir komplikasyon gözlenmemiş ve lezyonda belirgin küçülme gözlemlenmiştir.

Sonuç: İnfantil hemanjiomlarda tedavi endikasyonu bulunan kortikosteroidlerin yetersiz kaldığı ve nüks gelişen olgularda alternatif olarak topikal % 5 imiquimod ve propranololun güvenli ve etkin bir tedavi aracı olduğu akılda bulundurulmalıdır.

Resim 1



Hastanın tedaviye başlanmadan önceki hali

Resim 2



Hastanın tedaviden sonraki hali

P-407
Kutanöz Lobuler Kapiller Hemanjiomda Gebelik ve Östojen Reseptör İlişkisi

Asuman Özel, Aslı Datlı, Salih Onur Basat, İdris Ersin, Fatih Ceran, Funda Aköz Saydam, Karaca Başaran
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Pyojenik granüloma olarak da adlandırılan lobüler kapiller hemanjiom (LKH); genellikle deri ve mukozadan kaynaklanır. Hızlı bir şekilde gelişen, benign fibrovasküler bir lezyondur (1-6). Her yaşta görülse de özelliklede mukozal form doğum çağındaki kadınlarda (3. dekad) daha sıktır. Mukozal LKH'un gebelikte görülme insidansi %2-5'tir(6). Ancak gebelikte gelişen kutanöz LKH ile ilgili literatür bilgisi kısıtlıdır (7). Bukkal mukoza, gingiva, dudaklar ve dil lobüler kapiller hemanjiomun en sık görüldüğü bölgelerdir. Genelde kırmızı renkli, üzeri travmaya sekonder ülsere, kolayca kanayan, birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında boyutlara ulaşabilen, saplı veya sapsız lezyonlardır (1-6).

Olgu: Jinekoloji kliniği tarafınca yönlendirilen 31 yaşında, 24. gestasyon haftasındaki hastanın burun tipinde yaklaşık 1,5 x 1,5 cm boyutlarında olan kırmızı renkli üzeri ülsere kitle gözlendi (Resim 1). Hasta gebelik öncesinde hiçbir kitlesel lezyonunun olmadığını, gebeliğin 20. haftası ile birlikte hızla büyüyen kitle oluşumundan, güçlükle durdurabilen kanamadan şikayetçi idi. Gebelik tümörü olarak bilinen kapiller hemanjiyom görüntüsü veren kitleden eksizyonel biyopsi yapıldı ve defekt tam kalınlıklı deri grefti ile onarıldı (Resim 2). Patoloji sonucu lobuler kapiller hemanjiyom gelen kitlede östrojen reseptörü negatif gözlendi.

Tartışma: Mukozal formu gebelikle ilişkilendirilen LKH'un, kutanöz formu daha nadir görülmekle birlikte östrojen reseptörleriyle olan ilişkisi yeterince açıklığa konamamıştır (7). Harris ve ark. ları kutanöz kapiller hemanjiomu için kadın ve erkekte eşit oranda görüldüğü ve bunun östrojen düzeyiyle ilişkisi olmadığını savunmuştur (8). Nichols ve ark.ları ise serilerinde tüm kutanöz tümörlerin östrojen ve progesteron reseptörleri açısından negatif olduğunu saptamıştır (9). Demir ve ark. ları ise gebe olmayan hastalardan eksize ettikleri kutanöz kapiller hemanjomda östrojen ve progesteron reseptörünü negatif bulurken; gebelerde yaptıkları çalışmada hafif düzeyde östrojen pozitifliği saptamışlar ve kutanöz formda gebelikte östrojen düzeyinin artışının etkili olduğunu söylemişlerdir (7).

Sonuç: Kliniğimize başvuran hastada eksizyonel biopsi sonucunda östrojen reseptörünün negatif gelmesi kutanöz LKH ile östrojen reseptör ilişkisinin anlamlı olmadığı düşündürmektedir.

Kaynaklar:
1. Lance E, Schatz C, Nach R, et al. Pyogenic granuloma gravidarum of the nasal fossa: CT features. J Comput Assist Tomogr 1992;16:663–664
2. Lim IJ, Singh K, Prasad RN, et al. 'Pregnancy tumor' of the nasal septum. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1994;34:109–110
3- Jones JE, Nguyen A, Tabaee A. Pyogenic granuloma (pregnancy tumor) of the nasal cavity. A case report. J Reprod Med 2000;45:749-53
4- Kapella M, Panosetti E, Rambaux P, Delos M, Weynand B. Lobuller capillery hemangioma of the nasal cavity: observation of three specific cases. Acta Otorhinolaryngol Belg 2001;55:241-6
5- Choudary S, MacKinnon CA, Morrissey GP, Tan ST. A case of giant nasal pyogenic granuloma gravidarum. J Craniofac Surg 2005;16:319-21
6- Delbrouck C, Chamiec M, Hassid S, Ghanooni R.Lobular capillary haemangioma of the nasal cavity during pregnancy. J Laryngol Otol. 2011 Sep;125(9):973-7.
7- Demir Y, Demir S, Aktepe F. Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. J Cutan Pathol. 2004 Jan;31(1):77-80.
8- Harris MN, Desai R, Chuang TY, Hood AF, Mirowski GW. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. J Am Acad Dermatol. 2000 Jun;42(6):1012-6.
9- Nichols GE, Gaffey MJ, Mills SE, Weiss LM. Lobular capillary hemangioma. An immunohistochemical study including steroid hormone receptor status. Am J Clin Pathol. 1992 Jun;97(6):770-5.

Resim 1



Burun tipindeki kitlenin cerrahi öncesi görüntüsü

Resim 2



Hastada kitlenin eksizyonu sonrası oluşan defektin görünümü ve oluşan defekte tam kalınlıklı deri grefti uygulaması

resim 1



preoperatif

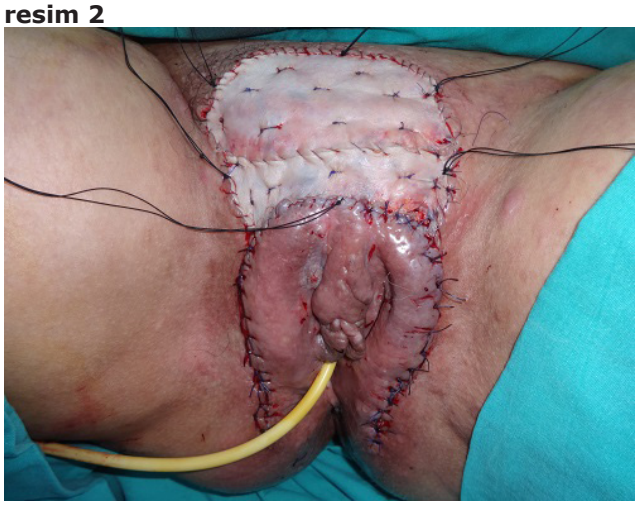
P-408
Vulva Yerleşimli Lenfanjioma Sirkumskriptum

Mübin Hoşnuter, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mustafa Durgun, Osman Tan, Dağhan Işık
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Lenfanjioma sirkumskriptum; lenfatik kanalların benign bir hastalığıdır. Genellikle kongenital olmakla beraber nadiren edinsel de olabilir. Düzensiz gruplar halinde,vezikül ya da psödovezikül plaklarından oluşur. Edinsel vulvar lenfanjoma sirkumskriptum nadir bir durumdur. Görünümü HPV ye bağlı kondiloma akuminatayı ya da vulvanın verrüköz kanserini taklit edebilmektedir. Hastalarda en sık kaşıntı, lenf sızıntısı ve hassasiyet şikayeti bulunur. Tedavi secenekleri, egzersiz ve lezyonların üzerine baskı uygulama gibi cok konservatif yaklaşımlardan, radikal cerrahi prosedürlere kadar geniş bir yelpazeyi icerir. Literatürde geniş labiektominin diğer tedavilerden daha başarılı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada amacımız vulvanın tümünü kaplayan lenfanjiyoma sirkumskriptum olsunu sunmaktır.
Olgu Sunumu: 37 yaşındaki bayan hasta genital bölgede ağrı, şişlik, sızıntı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muaynede vulva, labium majus ve minuslar ödemli, konjestif, palpasyonla ağrılı idi. Hastaya 4 yıl önce vulvar kondiloma akuminatum nedeniyle koterizasyon işlemi yapıldığı öğrenildi. Operasyonda vulva tamamen, labia major ve minörlerden geniş bir şekilde eksizyon yapıldı. Labia majorlerden 3 er cm sağlam doku bırakıldı. Labia majorler estetik görüntüyü sağlamak için kendi üzerine katlandı. Vulva defektine kısmi kalınlıkta deri grefti adapte edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı.

Sonuç: Lefanjiyoma sirkumskriptum tedavisindeki asıl hedef bölgedeki lenfatiklerin tamamen çıkarılmasıdır. Yapılan çalışmalarda da cerrahi prosedürlerden sonra nüksün daha az sıklıkta olduğu gösterilmiştir. Bizim olgumuzda da yaptığımız operasyon ile başarılı sonuç elde ettik ve nüks ile karşılaşmadık.

resim 2



P-409
Lokum yanığı:Nadir görülen bir yanık etyolojisi

Arif Aydın
Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği,Afyon Devlet Hastanesi,Afyonkarahisar

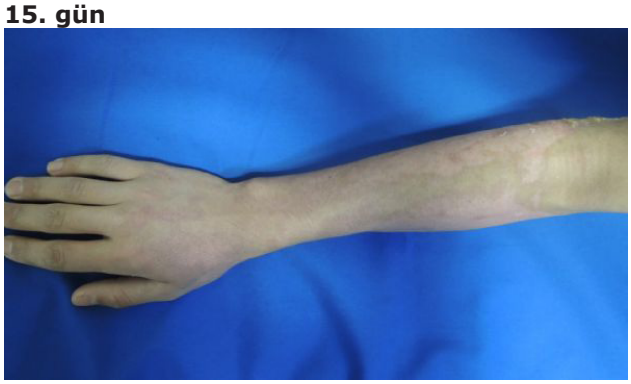
Giriş-Amaç: Yanık travması plastik cerrahlar ve acil hekimleri tarafından sık karşılaşılan bir durumdur. Etyolojide kimyasal,termal,fiziksel nedenler vardır. Pratikte en sık karşılaşılan yanık şekli haşlanma yanığıdır ve daha çok çocuklarda görülmektedir.Bu çalışmada yanık etyolojisinde nadir görülen bir etken olan sıcak lokuma maruz kalmış bir olguyu sunmaktayız
Olgu: 16 yaşında erkek hasta;lokum fabrikasında çalışan hasta üretim aşamasında kazayla sıcak lokumun koluna dökülmesi sonucu acil servise başvurmuş.Hastanın sağ önkolunda dirsekten el bileğine kadar sirküler 2. derece yanığı vardı.Cilt üzerinde yer yer eriyik lokum parçaları mevcuttu.Elde dolaşım problemi yoktu. Hastaya acil debridman yapıldı.Günlük pansumanlarla takip edildi.El elevasyonu sağlandı.15 gün sonra yanık alanlarında yaklaşık %95 epitelizasyon sağlandı.

Sonuç: Yanık travmasında maruz kalınan etken,maruz kalınan süre gibi faktörler morbidite üzerine etkilidir. Olgumuzda sıcak lokumun 2. derece yanığa yol açtığını ve sonrasında sekonder iyileştiğini gördük.

15. gün



15. gün



15.gün



P-410
Travmaya sekonder gelişen venöz ülser

Arif Aydın[1], Fatih Ada[2]
[1]Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,Afyon Devlet Hastanesi,Afyonkarahisar
[2]Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,Afyon Devlet Hastanesi,Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Kronik venöz yetmezlik sonucu gelişen bacak ülserleri yüksek prevalans ve maliyet nedeniyle önemli bir sağlık problemidir.Risk faktörleri ileri yaş, hipertansiyon,obezite,diyabet,kalp yetmezliği,böbrek yetmezliği,travma ve venöz tromboz öyküsüdür. Tedavide amaç venöz göllenmenin ve bakteriyel yükün azaltılması,epitelizasyonun arttırılmasıdır.Venöz yetmezlikte altın standart kompresyon tedavisidir. Olgu: 56 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu.4 yıl önce geçirdiği travma sonucu tibia-fibula kırığı oluşmuş ve atel ile takip edilmiş,herhangi bir cerrahi uygulanmamış. Kazadan sonra bacağında yaralar açılmaya başlayan hasta kliniğimize başvurmuş.Hastanın muayenesinde sol bacak aşırı ödemli,bacak lateralinde 13x9cm,medialinde 9x6cm venöz ülserler mevcuttu.Çok sayıda varikoz ven vardı.Hastaya ilk aşamada yara debridmanı yapıldı ve maligniteyi ekarte etmek için biyopsiler alındı. İv antibiyoterapi ve düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı.Biyopsi sonuçları ‹›ülser›› olarak gelen hastaya biyosentetik bir yara örtüsü(Biobrane,Smith & Nephew) ile yara bakım yapıldı ve çok katlı bandaj sistemi(betaven) ile kompresyon tedavisi uygulandı.Üç haftalık tedavi sonrasında yarada büyük oranda epitelizasyon izlendi ve hasta cerrahi tedavi (perforan ligasyonu) planlanması için Kalp ve Damar Cerrahisi kliniğine devredildi. Sonuç: Travma,venöz ülserlerde nadir görülen bir etyolojik faktördür.Vena saphena magna ve parvada eş zamanlı yetmezlik görülmesi de nadir bir durumdur. Kompresyon tedavisi venöz ülserde altın standarttır fakat dirençli ülserlerde kompresyon ve yara bakımına ek olarak cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilmektedir.

1. gün



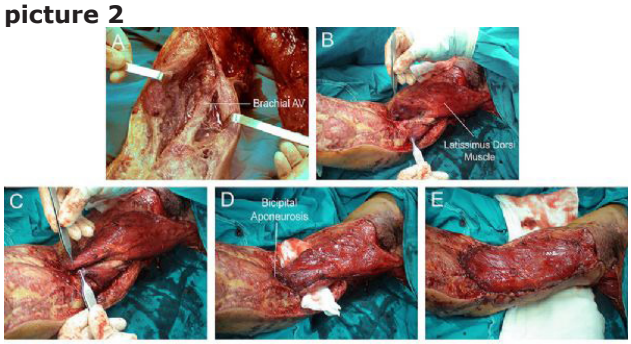
3. hafta



çok katlı kompresyon bandajı



picture 2

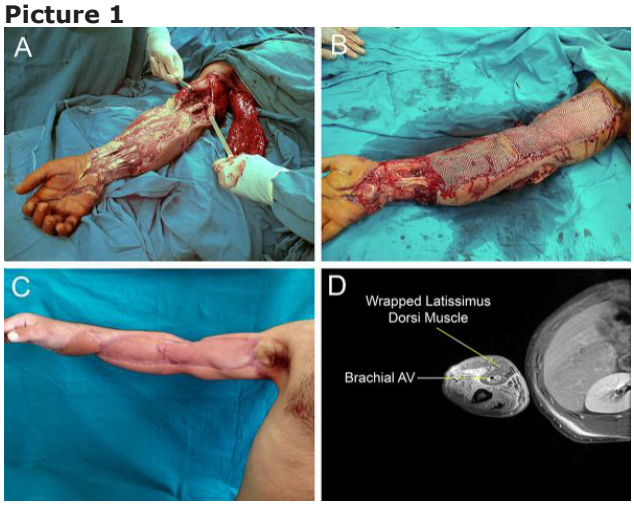


P-411
Brachial Artery Protection by Wrapped Latissimus Dorsi Muscle Flap in High Voltage Electrical Injury

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, Anıl Arif Olguner, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

High voltage electrical injury can cause extremity amputations and /or disruption of vascular systems. In this study, we report a method utilizing wrap around latissimus dorsi muscle flap for protection of skeletonized brachial artery in high voltage electrical injury for salvage of upper extremity. After wrapping, vascular system was totally isolated from burn area. No vascular intervention was required. Brachial artery patency was 100% in magnetic resonance angiography. Extremity amputation was not encountered. This method allows surgeon to protect the main upper extremity artery, and reconstruction of arm defects with latissimus dorsi flap that contributes to arm functioning in high voltage electrical injury

Picture 1



P-412
Total eyelid reconstruction of facial burn in an epilectic case

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, Oben Karakuş, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Total reconstruction of upper and lower eyelid involved in extensive facial burn is a challenge for plastic surgeons. However epilepsy is a common neurologic disorder and a well known risk factor for burns. The periorbital and ocular region is rarely involved. In this study a 21 year old mentally disabled male who had extensive (24x13 cm) facial burn with calvarial exposure (10x8 cm) and both eyelid defects was evaluated. The reconstruction was achieved by scalp flap, temporal muscle flap and split forehead flap to provide adequate tissue for future prosthesis with an acceptable cosmetic result. The total upper and lower eyelid reconstruction in epilepsy patient requires multiple flap preparation for protection of globe or socket reconstruction, if free flap is not a preferable option in burned patients with mental retardation.

Picture 1



P-413
İyatrojenik Bası Yaralları - primum non nocere

Billur Sezgin[1], Hakan Bulam[2], Bora Özel[3]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Bursa Sevket Yilmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa
[3]Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: İyatrojenik yara, tedavi sürecinde veya sonucunda ortaya çıkan yara olarak tanımlanabilir. Lee ve ark. tarafından yapılan bir değerlendirmede plastik cerraha başvuran en sık iyatrojenik yaralanmaların sıklık sırasına göre ilaç ekstravazasyonu ve alçı uygulamalarına bağlı meydana gelen yaralar ve vazopresör tedavi sonucu gelişen nekrozlar olduğu bildirilmiştir. Bası yaraları da iyatrojenik yara yelpazesine dahil edilebilmektedir çünkü bu yaraların büyük çoğunluğu bir sağlık kurumunda tedavi esnasında ortaya çıkmaktadır ve hastanede yatarak tedavi hizmetlerinin ciddi bir komplikasyonu olarak değerlendirilmektedir. Sabit pozisyon ve bunun takibinde gelişen bozulmuş doku perfüzyonu bası yaralarının gelişimindeki ana sebeplerdir ve evrensel önlemler alınarak bası yaralarının gelişme riskini en aza indirgemek her sağlık merkezinde hedef olarak benimsenmelidir.

Olgu: Farklı bölümlerden tarafımıza tedavi esnasında olağan dışı bası yaraları gelişen hastalar yönlendirilmiştir. Bu yaraların gelişimindeki ana sebep, ilginin esas tedavi sebebi olan bölgeye kanalize olması sonucu uzak bölgelerin algı kapsamı dışında kalmasıdır. Tarafımıza danışılan oldukça dramatik bir iyatrojenik bası yarası 61 yaşında bir erkek hastada kolon cerrahisi sonrası prezervatif sondanın çok sıkı tespit edilmesini takiben gelişen çevresel penil nekroz vakası idi (Şekil 1). Yapılan ultrasonografik incelemede korpus kavernosumların halen intakt oluşu sayesinde yüzeyel debridman ve takibinde deri grefti ile tedavi sağlanabilmiştir. Bir başka ilginç iyatrojenik bası yarası mide cerrahisini takiben giydirilen varis çoraplarının bası yapması sonucu sol popliteal bölgede lineer bir ülser ile tarafımıza danışılan 42 yaşında bayan hasta idi (Şekil 2). Bu hastanın da tedavisi debridman ve lokal yara bakımı ile sağlandı. Bunun yanısıra plastik cerrahi bölümünce gerçekleştirilen kepçe kulak ameliyatlarında postoperatif süreçte uygulanan tenisçi bantları sonucu kulakta oluşan bası yaraları da sık izlenen iyatrojenik bası yaraları arasında yer almaktadır (Şekil 3).

Tartışma: Sağlık çalışanları olarak, bası yarasının oluşumundaki patofizyolojinin sadece kemik üzerinde çıkıntılı alanlar ile sınırlı kalmayıp her bölge için geçerli olabileceği akılda tutulmalıdır. Hasta pozisyonunun değişimi için özen gösterilse de, gözden uzak kalan bölgeler bu risk açısından atlanabilmektedir. Önlem ve dikkat iyatrojenik yaraların gelişimini engellemekteki en doğru stratejidir, bu nedenle sağlık ekibinin bütün elemanları yumuşak doku kaybı ile sonuçlanabilecek riskli durumlar açısından dikkatli olmalıdır. Her ne yaparsak yapalım, ilk ve en önemli ilkemiz "öncelikle zarar verme – primum non nocere" olmalıdır.

Şekil 1



61 yaşında erkek hastada cerrahi sonrası prezervatif sondanın çok sıkı tespit edilmesini sonucu gelişen çevresel penil nekroz.

Şekil 2



Cerrahi esnasında giydirilen varis çoraplarının bası yapması sonucu sol popliteal bölgede lineer bir ülser ile tarafımıza danışılan 42 yaşında bayan hasta.

Şekil 3



Otoplasti sonrası sağ kulakta tenisçi bandı kullanımına bağlı gelişen iyatrojenik bası yarası.

olduğu gibi serum fizyolojik ile irrigasyonu takiben bu yaralarda kuduz immünglobülin ile pasif immünizasyon yapılmaktadır ve immunglobulin yüksek oranda yaraya infiltre edilmektedir (Şekil 1). Yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması yerine bu aşamayı takiben yara dudakları yaklaştırılarak yaraya dik açı ile en az 2-3 noktadan tespit sağlayacak şekilde steril stripler (Steri-StripsTM, 3M, Minnesota, ABD) ile atravmatik olarak kapatılmaktadır (Şekil 2). Bu yaralar enfeksiyon açısından da riskli olduğu için mutlaka 24 saat sonra tekrar kontrol edilmelidir. Yaranın belli ölçüde açık oluşu kontrollerde irrigasyonu ve pansumanı mümkün kılmaktadır. Enfeksiyon bulgusu olduğu taktirde stripler açılarak yara açık şekilde takip edilebilmektedir. Riskli dönemin atlatılmasını takiben genellikle 4-5 gün sonra yara gecikmiş primer şekilde onarılmaktadır. Diğer bölgelerde her ne kadar yara debridmanı erken dönemde yapılsa da yüz bölgesinde değerli dokunun gereksiz uzaklaştırılmasının önüne geçmek için agresif debridmandan kaçınılmalıdır. Yüz bölgesindeki yoğun vasküler ağ sayesinde dokularda oldukça iyi kanlanma olmaktadır ve bu da debridman ihtiyacını azaltmaktadır.

Sonuç: Dünya sağlık örgütünün kuduz bildirgesinde özellikle kuduz riski taşıyan yaralanmalarda mutlaka kuduz immünglobulini ile pasif immünizasyon ve beraberinde aşılama önerilmektedir. Bunun yanısıra özellikle immünglobülinin yaraya emilimi tamamlanana kadar dikme işleminin geciktirilmesi önerilmektedir. Bu riskli yaralar yüz bölgesinde olduğu zaman yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması istenmeyen kozmetik görünüm ve dudak, göz kapağı gibi lokalizasyonlarda fonksiyonel sekeller ile sonuçlanabilmektedir. Yaranın dışa doğru genişlemesini engellemek ve nedbe dokusu oluşumunu sınırlamak amacıyla bu olgularda serum fizyolojik ile irrigasyon ve pasif immünizasyonu takiben yara dudaklarını steril strip ile yaklaştırmaktayız. Atravmatik bir teknik oluşu, yara dudaklarını yaklaştırırken aynı zamanda kuduz etkeninin periferik sinir uçlarına bulaşına sebebiyet vermemektedir.

P-414
Yüz bölgesinde kuduz açısından riskli açık yaralarda uygulanabilecek pratik bir geçici kapama yöntemi

Billur Sezgin[1], Mbaraka Ljohiy[2],
Sultan Tuna Akgöl Gür[3]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Erzurum
[3]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Erzurum

Amaç: Hayvan kaynaklı yaralanmalarda herhangi bir değerlendirme yapılmaksızın özellikle sekonder iyileşmeye bırakmanın çok kabul gördüğü bilinmektedir ancak bu yaklaşım gereksiz kozmetik ve fonksiyonel kayıplarla sonuçlanabilmektedir. Yazarlar tarafından yakın geçmişte yapılan bir çalışma sonucunda da doğru yaklaşım ve uygun tedavi prensipleri ile enfeksiyon riski en aza indirilirken geç dönem kozmetik ve fonksiyonel sekellerden kaçınmanın mümkün olduğu bildirilmiştir. Özellikle enfeksiyon ve kuduz ihtimali taşıyan, ancak yüz gibi görsel açıdan önem arz eden bölgelerdeki yüksek riskli yaralarda kozmetik ve fonksiyonel sekeli en aza indirebilmek amacıyla uygulanan teknik sunulmaktadır.

Teknik Not: Kuduz şüphesi taşıyan açık yaralarda primer onarım önerilmemektedir. Her hayvan kaynaklı yaralanmada

şekil 1



8 yaşında kız hasta, köpek saldırısı sonucu oluşan alındaki yara önce serum fizyolojik ile irrige edildi

Şekil 2



İrrigasyonu takiben dikiş atmadan yara dudaklarının ayrılmasını engellemek için 2 adet steril strip ile yara dudakları yaklaştırıldı

P-415
Kronik diyabetik ayak ülserli hastalarda intralezyonel epidermal büyüme faktörü (heberprot-p) kullanımı ve kişisel deneyimlerim

Kırdar Güney
Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

Giriş: Diyabetik ayak ülserleri, kronik, ilerleyici, morbiditelere yol açan ve hastaların %15 'ini etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Güncel tedavi yaklaşımında kan şekeri metabolik kontrolü, debridman, antibiyoterapi, uygun yara örtüleri, yara üzeri basıyı kaldırma, negatif basınçlı yara kapama sistemleri, hiperbarik oksijen tedavileri, cerrahi girişimler bulunmaktadır. Yüksek dereceli olup tedaviye yanıtsız vakalar sıklıkla amputasyon gerektirmektedir. Epidermal büyüme faktörleri hücre proliferasyonu ve diferansiyasyonunda önemli rol oynarlar. Topikal uygulamalarla yüksek dereceli ülserlerde etkileri kısıtlı olmaktadır. Direk yara içine enjekte edilebilir olarak uygulanması ile topikal uygulamalardaki kısıtlamaları da ortadan kaldırmış oluruz.

Amaç: Bu çalışmamızdaki amaç kronik, yüksek dereceli olan vakaların tedavilerinde enjekte edilebilir epidermal büyüme faktörü kullanarak sağlıklı granülasyon dokusu elde etmek, tam yara kapanması sağlamak, amputasyon riskini azaltmak ve hasta yatış süresini azaltmaktır ve sonuçları değerlendirmektir.

Olgu-1: 82 Y, E, 30 yıldır tip 2 DM olan hastanın daha önce dış merkezde iskemik nekroz yüzünden 2. ve 5. parmak amputasonları yapılmış. Hasta güdük bölgesinden ayak tabanına doğru yayılan yaygın enfeksiyonu ve nekrotik dokuları olmasından ötürü kliniğimize konsülte edildi. Hastaya balon anjiyoplasti uygulandı ve yarasında düzelme görülmedi. Hastaya seri debridmanlar, sistemik antibiyotik ve 12 doz Heberprot-p tedavisi uygulandı.

Olgu-2: 63 Y, E, 23 yıldı tip 2 DM hastası, sol bacak tibia ön yüzde uzun süredir kapanmayan kronik ülseri mevcut. Uzun süre VAC pansuman yapılmış ancak yeterli ganülasyon dokusu oluşmamış. Hasta yatırılarak 10 doz Heberprot-p tedavisi uygulandı, yüzeyel yara debridmanı yapıldı uygun antibiyotik tedavisi verildi ve doz bitiminde hastaya kısmi kat deri grefti uygulandı. Greft 5. Gün açıldığında tamamen tuttuğu görüldü.

Olgu-3: 42 Y, E, 18 yıldı tip 1 DM hastası 4 ay önce sol ayak tabanı 1. metatars başına denk gelen bölgede yarası açılmış. Hastanın yapılan takiplerinde yara yerinde genişleme görülmüş. Hastaya 10 doz Heberprot-p tedavisi uygulandı. Yara boyutlarında 3 haftada %80 küçülme saptandı.

Tartısma: Diyabetik ayak ülserlerinde ana hedef olabildiğince yara kapanmasını sağlamaktır. Kliniğimizdeki diyabetik ayak ülserli hastalarda intralezyonel epidermal büyüme faktörü uygulaması ile yeterli granülasyon ve iyileşme dokusu oluşumu sağlanmıştır. Tedavi güvenli, yan etkisi az ve tolere edilebilir ölçüdedir. Hastaların yatış süresini kısaltıp, ampütasyonlarının önlenmesine katkıda bulunmuştur. Yüksek dereceli diyabetik ayak ülserlerinde alternatif başarılı bir tedavi metodudur.

Kaynaklar: 1. Boonstra J, Rijken P, Humbel B, cremersF, Verkleij A, van Bergen en Henegouwen P. The Epidermal Growth Facto. Cell Biol Int 1995;19:413-30. 2. Berlanga J, Savigne W, Valdez C, Franco N, Alba JS, Del Rio A, Lo´ pez-Saura P, Guille´n G, Lopez E, Herrera L, Fe´rnandez-Montequı´n J. Epidermal growth factor intralesional infiltrations can pre-vent amputation in diabetic patientswithadvancedfootulcers.IntWoundJ2006;3:232–9. 3. Fernández-Montequín JI1, Betancourt BY, Leyva-Gonzalez G, Mola EL, Galán-Naranjo K, Ramírez-Navas M, Bermúdez-Rojas S, Rosales F, García-Iglesias E, Berlanga-Acosta J, Silva-Rodriguez R, Garcia-Siverio M, Martinez LH, Intralesional administration of epidermal growth factor-based formulation (Heberprot-P) in chronic diabetic foot ulcer: treatment up to complete wound closure. Int Wound J. 2009 Feb;6(1):67-72

olgu 1



olgu 2



olgu 3



P-416
Abdominoplastiden elde edilen deriyle onarımı yapılan baş-boyun yanığı olgusu

Selma Sönmez Ergün, Onur Akman, Mustafa Ekrem Güleş, Mustafa Ünal
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.

Amaç: Yüz yanıkları tüm yanıkların 1/3 ila ¼'ünü oluştururlar. Yüz yanığı onarımında işlevsel düzeltme kadar görünüme de önem vermek günümüzde geçerli olan kuraldır. Akut dönemden başlayarak çok iyi planlama yapılmalıdır. Planlamada yüzün estetik ünitleri göz önüne alınmalı ve her bir ünit tek parça halinde, aynı renk ve yapıdaki greft ya da fleple onarılmalıdır (1,2,3,4,5). Yüz ve boyun yanığı abdominoplastiden elde edilen deri ile onarılan 60 yaşındaki bayan hasta sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem: 20 gün önce alevle temas sonucu saçlı deri, sağ periorbital, sol alt göz kapağı, perinazal ve perioral bölge dışında tüm yüzü, boynu, ensesi ve sırtının üst kısmı yanan Libyalı hasta tedavi amacıyla başvurdu. Hastanın tüm yanıklı alanları uygulanan merhemlerin oluşturduğu kalın bir kabukla örtülüydü (Resim 1). Genel anestezi altında debridman yapıldı ve sağ periorbital, perinazal, perioral sırt bölgesinde yer yer 2. derece derin yanıklı alanlar dışındaki tüm yanık yüzeylerinde 3. derece yanık hasarı olduğu saptandı (Resim 2). Hastanın psikolojik durumunun stabil olmaması, ajitasyon bulguları göstermesi, greftlenecek alanın büyük olması, hastanın karın derisinin abdominoplastiye izin vermesi ve abdominoplastide rezeke edilen kısımdan elde edilecek tam katlı deri greftiyle ek açık yara oluşturmadan yapılacak onarımın hasta için daha uygun olacağı düşünüldü. Yapılan abdominoplasti sonrasında rezeke edilen kısımdan tek parça halinde elde edilen tam katlı deri greft sol preavriküler bölgeden başlıyarak sağ preavriküler bölgeye dek tek parça halinde boyun da dahil olmak üzere adapte edildi. Alın bölgesi tek parça halinde onarıldı (Resim 3). Arta kalan greftlerle her iki kulak ön yüzündeki, göğüs ön duvarı ve ense bölgesindeki yanıklı alanlar onarıldı. Tüm greftlenen alanlara "tie-over dressing" uygulandı. Hasta 7 gün süreyle uyutulmak üzere yoğun bakıma gönderildi. 7 gün sonra genel anestezi altında greftlerin pansumanları açıldı. Greftlerin tamama yakınının tuttuğu görüldü. Pansumanlarla izlenen hastada sol üst göz kapağının tam olarak kapanmadığının saptanması ve perioral bölgede mikrostomiye gidişin görülmesi nedeniyle hasta yeniden ameliyata alındı. Abdominoplasti insizyonunun lateralinden alınan greftle sol üst göz kapağı yeniden greftlenip mikrostomi düzeltimi yapıldı. İkinci ameliyattan 7 gün sonra hasta ülkesine döndü (Resim 3).

Tartışma: Yüz yanıklarında olası rekonstrüksiyon gereksinimleri akut dönemde değerlendirilip bu gereksinimleri azaltacak işlemler yapılmalıdır. Yapılacak işlemler işlev koruma, işlevi geliştirme ve estetik düzeltim şeklinde bir sıra izlemelidir (1). Kural olarak kaybedilen doku orijinal hacim ve yerleşimde yerleştirilmeli ve defekt benzeri dokuyla örtülmelidir. Akut dönemde en iyi renk ve yapıdaki deri yüz onarımı için saklanmalıdır (4,6). Neredeyse tüm yüzü kaplayacak kadar büyük yanık alanlarının mevcudiyetinde homojen renk ve yapıda onarımın yapılabilmesi için olgumuzda olduğu gibi karın derisi kullanlarak onarım yapılabilir (5,7). Baş-boyun bölgesindeki onarımı en güç olan bölgeler periorbital ve perioral bölgelerdir, bu bölgeleri burun ve nazolabial sulkuslar izler. Bu bölgeler hem farklı estetik ünitelerin birleştiği yerlerdir hem de işlevsel ünitelerdir

(4). Olgumuzda sol üst göz kapağında ve perioral bölgede bu güçlüğü yaşadık. Sol üst göz kapağında erken dönemde meydana gelen kontraktürün üst kapağın çevre dokuya tespit edilerek greftlenecek alanın arttırılmasıyla "over correction" işleminin yapılamamasından kaynaklandığı düşünüldü. Mikrostomi gelişimi ise perioral bölgedeki greftlerin kontraksiyonuna bağlandı. Onarımda başarılı olabilmek için konuşma mesafesinde normal görünümü sağlamak, yüz simetrisini oluşturmak, farklı estetik ünitleri belirgin olmayan nedbelerle birleştirmek ve dinamik yüz ifadesini oluşturmaktır (2).

Sonuç: Karından alınan tam katlı deri greftinin kullanımı büyük yüz yanıklarının onarımında verici alan morbiditesi yaratmamaması, homojen yapıda onarıma izin vermesi ve hastanın vücut konturunda düzeltim sağlaması nedeniyle iyi bir seçenektir.

Kaynaklar:

1.Feldman JJ: Facial burns. In: McCarthy JG. PlasticSurgery, vol 3. WB Saunders Company, Philadelphia, 2153, 1990.
2.Rose EH. Aesthetic restoration of the severly disfigured face in burn victims: A comprehensive strategy. Plast Reconstr Surg 96:1573, 1995.
3. Robson MC, Barnett RA, Leitch IO, Hayward PG. Prevention and treatment of postburn scars and contracture. World J Surg 16:87, 1992.
4.Mallard GF, Clavel Ph R. Aesthetic units in skin grafting of the face. Ann Plast Surg 26:347, 1991.
5. Latifoğlu O, Ayhan S, Atabay K. Total face reconstruction: skingraftversusfreeflap. PlastReconstrSurg103:1076,1999.
6.Iwuawa PC, Wilson D, Bailie F. The use of skin grafts in postburn contracture release: a 10 year review. Plast Reconstr Surg 103:1198, 1999
7.Motamed S, Jahadi R,Asadi M, Motamed H. Burn scar reconstructionof the neck with FTSG obtained fromlower abdominal skin. Acta Medica Iranica 49:310-3, 2011

Resim 1a,b,c



a: Hastanın ilk başvuru esnasındaki görünümü, b: Debridman ve pansuman sonrası görünümü, c: Abdominoplasti derisinin adapte edilmeden önceki peroperatif görünümü.

Resim 2a,b,c



a, b, c:Tam kalınlıklı greft uygulamasından sonra yüzün ve boynun peroperatif önden, sağdan ve soldan görünümleri.

Resim 3



a,b,c: Erken postoperatif dönemde yüz ve boynun önden, sağdan ve soldan görünümleri

P-417
Çocuk Hastada Skapuler Ada Flebi ile Aksiller Kontraktür Onarımı

Mehmet Altıparmak
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Muğla

Giriş: Aksiller bölge yanıkları, yeterli tedavi ve uygun rehabilitasyon yapılmadığı takdirde önemli fonksiyon kaybı ve psikolojik travmaya neden olabilir. Çocuklarda aksiller kontraktürler sadece abduksiyon ve fleksiyon kaybı yapmaz, büyümeyi de olumsuz etkilerler. Erken tedavi edilmezlerse kalıcı hareket kısıtlılığı ve deformiteye sebep olabilirler. Aksiller kontraktür onarımında kullanılan yöntemler arasında greftleme, Z-plastiler, lokal ve serbest flepler yer almaktadır. Bu yöntemler arasından greftleme, en sık kontraktür yenilemesine sebep olan yöntemdir. Diğer yöntemler de hastanın klinik durumuna, yaşına ve yanık alanının genişliğine göre değerlendirilir. Bu çalışmada yanık sonrası aksiller kontraktür gelişen bir çocukta skapuler ada flebi ile onarımı sunulmuştur.

Olgu: Kliniğimize yetiştirme yurdundan getirilen 8 yaşında erkek hastada 1 yıl önce alev yanığı meydana gelmiş. Hastanın sol koluna uzanan ön gövdede, kasıklarda, her iki uyluk ön ve arka yüzünde, dizlerde ve gluteal bölgelerde olmak üzere toplam %56 oranında yanık alanları mevcuttu ve greftleme yapılmıştı. Kurtzman ve Stern'in [1] tariflediği sınıflamaya göre hastada Tip 3 sol aksiller kontraktür mevcuttu (Resim 1). Sol kol hareket açıklığı yaklaşık 60° idi. Kontrakte dokular eksize edildi. Hastaya 14x9 cm boyutlarında skalpuler ada flebi planlandı. El dopleriyle pedikül lokalizasyonu belirlendi. Flep pedikülü subskapuler arter bifurkasyonuna kadar diseke edildi ve flep trianguler boşluktan (Teres minör, Teres majör ve Triseps kasları arası) geçirilerek daha geniş alanın kapatılması sağlandı (Resim 2). Donör alan primer kapatıldı. Hastaya ameliyat sonrası ilk bir hafta açıklığı ayarlanabilir splint uygulandı. Daha sonra 3 hafta kadar fizik tedaviye alındı. Flep canlılığında bir problem olmayan hastada 180° kol açıklığı sağlandı. Ameliyat sonrası 6.ayda flepte ve kol hareketlerinde sorun olmadığı görüldü (Resim 3). Hastanın sol skapuler bölgesinde horizontal uzanımlı skarı kabul edilebilir derecedeydi.

Tartışma: Skapular perforatör ada flebi, aksiller kontraktürlerde güvenle kullanılan fasyokutan bir fleptir. Bu flebin çocuklarda aksiller kontraktürlerde kullanımını ilk tarifleyen Türkaslan ve ark. olmuştur [2]. Ayrıca flebin hareketinin arttırılması ve daha geniş defektlerin kapatılması için tarifledikleri yöntem (flebin trianguler boşluktan geçirilmesi) de bu vakada başarıyla uygulanmıştır. Flep boyutu açısından değerlendirildiğinde literatürde daha çok erişkin hastalardan söz edilmiştir. Erişkin hastalarda donör alanın primer kapatılabildiği flep boyutlarının ortalama 10x20 cm olduğu biliniyor. Bu vakadaki 14x9 cm'lik skapuler ada flebinin primer kapatılabilmesi çocuk hastalarda geniş flep uygulamasının güvenilirliğini göstermektedir. Çocuklarda Tip 3 aksiller kontraktürlerin onarımı sonrası kol hareketlerinde tam açıklık, düşük oranda (%28,5) sağlanabilmektedir [3]. Hastamızda kol açıklığı tam olarak sağlanmış ve mükemmel sonuç elde edilmiştir. Bu yöntemle tedavi edilen hasta sayısının arttırılması ile yöntemin Tip 3 aksiller kontraktürlere etkisinin daha objektif değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Z-plasti, greftleme ve paraskapuler flep de aksiller kontraktür onarımında uygulanabilmektedir. Her birinin kendine göre avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Fakat bunların arasında Tip 3 kontraktürlere en uygun olanı, kol açıklığını daha iyi sağlaması bakımından paraskapuler fleptir. Fakat bu flebin de dezavantajı dikey iz bırakmasıdır. Langer çizgilerine paralel olması ve lateral torasik büyümeyi engellememesi sebebiyle çocuklarda skapuler ada flebinin kullanılması daha uygun görüldü.

Sonuç: Skapuler ada flebi, aksillada geniş defektlerin kapatılmasında güvenle kullanılabilir. Çocuk hastalarda ve Tip 3 aksiller kontraktürlerde başarılı sonuç vermektedir. Geniş hasta serisiyle flep komplikasyonları ve boyutlarındaki kısıtlamalar daha ayrıntılı değerlendirilebilir.

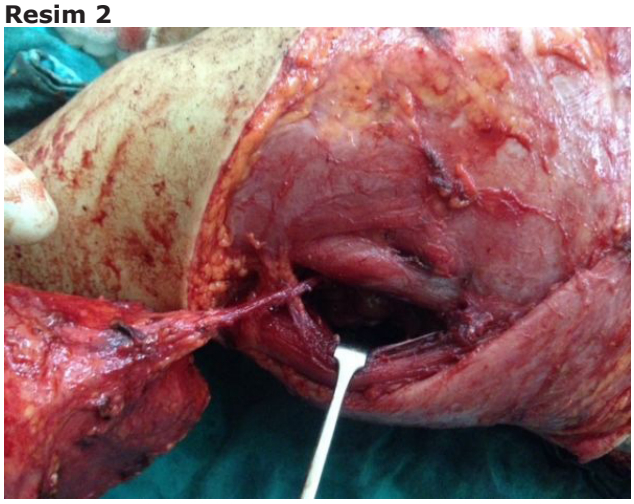
Kaynaklar:
1) Kurtzman LC, Stern PJ. Upper extremity burns contractures. Hand Clin 1990;6 (May (2)):261–79.
2) Turkaslan T, Turan A, Dayicioglu D, et al. Uses of scapular island flap in pediatric axillary burn conractures. Burns 32 (2006) 885–890.
3) Asuku ME, Ibrahim A, Ijekeye FO. Post-burn axillary contractures in pediatric patients: A retrospective survey of management and outcome. Burns 34 (2008) 1190-1195.

Resim 1



Aksiller kontraktür Tip 3

Resim 2



Flep Skapuler arter bifurkasyonuna kadar disseke edildi ve trianguler boşluktan geçirildi

Resim 3



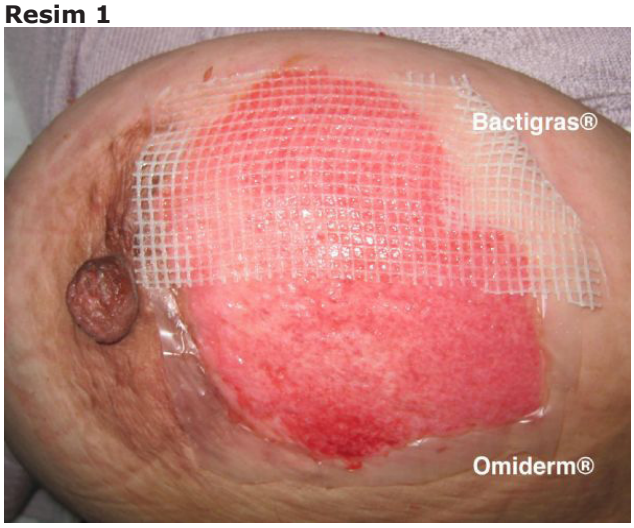
Pos-op 6. ayında sol kolda 180 derece açıklık elde edildi

P-418
Kısmi Kalınlıktaki Yanık Tedavisinde Omiderm ve Baktigras Etkinliğinin Karşılaştırılması

Cihan Şahin[1], Pınar Kaplan[2], Sinan Öztürk[1], Şule Ecevit Alpar[3], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Yanık Ünitesi
[3]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Bölümü

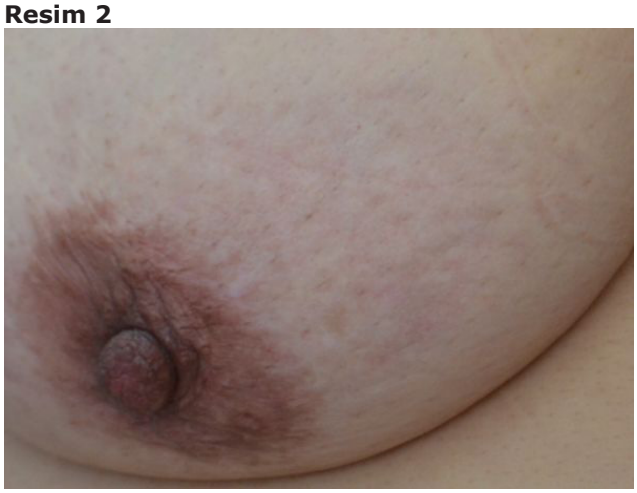
Bu çalışmanın amacı kısmi kalınlıktaki (ikinci derece) yanık tedavisinde omiderm® ve baktigrasın® klinik etkinliğinin ve uzun dönemde skar maturasyonu üzerindeki etkinliğinin araştırılmasıdır. Çalışmaya yaş ortalamaları 36.8 olan yirmi bir hasta (yirmi iki yanık alanı) dahil edildi. Yanık alanları ikiye bölündü ve bir tarafına omiderm diğer tarafına da baktigras uygulandı (Resim 1). Epitelizasyon zamanı, skar değerlendirmesi (Vancouver skar skalası ile) ve maaliyet değerlendirmesi yapıldı. Baktigras ve omiderm uygulaması sonucunda epitelizasyon zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Resim 2)($p > 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da derin ikinci derece yanıkların omiderm® uygulanan tarafları biraz daha hızlı epitelizasyon gösterdi. Vancouver skar skalası değerlendirmesinde pansuman malzemeleri arasında farklılık gözlenmedi ($p > 0.05$). Pansuman malzemeleri arasında fiyat değerlendirmesi yaptığımızda omiderm® daha pahalıydı. Ancak toplam tedavi süresini göz önüne alındığında omiderm® baktigras® ile aynı veya daha az maliyete sahiptir. Bu çalışma ile her iki pansuman malzemesininde, kısmi kalınlıktaki yanıklarda aynı etkinlikte olduğunu gördük. Ancak özellikle derin ikinci derece yanıklarda çalışmada da bahsettiğimiz avantajlarından dolayı omidermin® ilk tercih olabileceğini düşünüyoruz.

Resim 1



Pansumanın uygulanmış görünümü

Resim 2



Aynı hastanın 15. aydaki görünümü

P-419
Süperior gluteal arter perforatör flep ile sakral bölge rekonstrüksiyonu

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Tuğba Sodalı, Zeynep Altuntaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Başta bası yaraları olmak üzere, tümörler, pilonidal sinüs ve hidradenitis süpürativa gibi nedenler sakral doku defektlerine neden olmaktadır.(1-2) Sakral doku defektlerin tedavisinde amaç sadece defektin uygun doku ile örtülmesi değil aynı zamanda ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılması, kısa süre içinde paraplejik hastaları rehabilitasyona geri döndürmek, nörolojik defisiti olmayan hastaları ayağa kaldırmak ve uzun dönemde nüksleri önlemektir.(3) Sakral doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda geçmişte lokal ve muskulokutan flepler yaygın kullanılsa da perforatör fleplerin tanımlanmasıyla kasa zarar vermeyen aynı zamanda lokal fleplerin avantajlarına sahip farklı çözümler ortaya konulmuştur. Bunlardan biri olan süperior gluteal arter perforatör flep, uzun pedikülü, gluteal kasın yerinde bırakılmasıyla yürüyebilen hastalarda geç dönem hareket kısıtlılığını önlemesi ve donör alanın primer kapatılabilmesi nedeniyle sık kullanılmaktadır.(3) Bu çalışmada sakral doku defekti tedavisinde SGAP flep kullanılan olgu serisi sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem: 2013-2015 yılları arasında sakral bölgede açık yarası olup (Resim 1), süperior gluteal arter perforatör fleple rekonstrüksiyon yapılan 7 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yara boyutları, etyolojileri, daha önce onarım yapılıp yapılmadığı, hastanede yatış süresi ve komplikasyonlar retrospektif incelendi. Tüm hastalarda sağlam dokulara ulaşıncaya kadar debridman yapıldıktan sonra gluteal bölgeden planlanan superior gluteal arter perforator bazlı ada flebi için dopler yardımıyla perforatorler bulunduktan sonra usulune uygun çizimler yapıldı. Subfasyal planda diseksiyon yapılarak, perforatorler korunarak flep kaldırıldı (Resim 2) ve defekt alan kapatıldı (Resim 3).

Bulgular: 8 hastanın (7E- 1K) ortalama yaşı 32 (14-57) ve ortalama hastanede yatış süresi 14 (9-22) gündü. Hastaların 6'sına daha önce lokal flep çevrilmiş ancak yara yeniden açılmıştı. 5 hasta paraplejikti. Sakral yara bir hidraadenitis suppurativa ve bir hastada plenoidal sinüse sekonder gelişmişti. Hastaların tamamında postoperatif komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Perforatör flep ilk kez 1989 yılında Koshima ve Soeda tarafından tanımlanmıştır.(4) Günümüzde perforatör flepler artan sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlardan biri olan SGAP flep sakral bölge defektlerinde sahip olduğu uzun pedikülü sayesinde alıcı sahada herhangi bir gerginlik olmadan kapanmaya olanak sağlar. Ayrıca flebin, ödemli ve inflamasyonlu parasakral alandan uzak bir sahadan gelmesi erken komplikasyon oranlarını azaltan diğer bir faktördür.(3) Bası yaraları rekonstrüksiyonunda kullanılan muskulokutan fleplerde geç dönemde gelişen kas atrofisi nedeniyle kullanılan kas dokusunun ek bir fayda sağlamadığı gösterilmiştir.(3) Öte yandan başta paraplejik hastalar olmak üzere yatağa bağımlı her hasta yeniden bası yarası oluşturma riski altındadır. Bu nedenle gluteal kasın korunmasının diğer avantajı gelecekte olası rekonstrüksiyon seçeneklerinin korunmasıdır. SGAP flep postoperatif erken ve geç dönemde sağladığı avantajlar nedeniyle sakral doku defektlerinin tedavisinde başarıyla kullanılabilir.

Kaynaklar
1-Cihan A, Menteş BB, Tatlıcıoğlu E, Özmen S, Lebentoğlu S, Uçan BH. Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgery. ANZ J Surg. 2004;74:238.
2-Lam C, Nagib M. Non tetramatous tumors in pediatric sacral region. Spine 2002;27: E284.
3- Tuncer S, Ayhan S, Demirtaş Y, Fındıkçıoğlu F. Pedikküllü süperior gluteal arter perforatör flep ile sakral doku defektlerinin rekonstrüksiyonu. Turk Plast Surg 2005;13(2):96-102.
4- Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. British J Plast Surg 1989;42(6):645-648.

Resim 1



Preoperatif sakral bölgede açık yara

Resim 2



Flebin kaldırılması

Resim 3



Defektin kapatılması

P-420
Pansuman Amaçlı Sehven Amonyak Kullanımına Bağlı Yanık

Cihan Şahin, Sinan Öztürk, Bilge Kağan Aysal, Fikret Eren
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul

Amonyak, formülü NH3 olan; azot atomu ve hidrojen atomundan oluşan renksiz, keskin ve hoş olmayan kokuya sahip bir gaz bileşiğidir. Amonyak canlılar için zehirli bir maddedir, kullanılırken dikkat edilmesi gerekir. Bu yazımızda yanlışlık ile eline amonyak ile pansuman yapan bir hastanın takiplerini paylaşmayı amaçladık. 54 yaşında erkek hasta sol el başparmağında bıçak ile yaralanma sonucu oluşan doku kaybı ile polikliniğimize başvurdu. Hasta pansuman amacıyla sargı bezini oksijenli su sandığı amonyak ile ıslatarak parmağına sarmış ve 4 saat süre ile kapalı tutmuş. Pansumanı açtığında gördüğü şişlik nedeniyle hastaneye başvurmuş. Sol el 1. parmak pulpasında bül oluşumu ve parmak ucunda doku kaybı gözlendi (Resim 1). Bül, bütünlüğü bozulmadan drene edildi ve hasta pansuman takibine alındı. Bir sonraki kontrol pansumanında pulpada enfeksiyon saptandı (Resim 2) ve nekrotik dokular debride edilerek püy drene edilerek pansuman uygulandı. Takibin 17. gününde doku kaybı olan parmak ucu hariç tamamının epitelize olduğu gözlendi (Resim 3). Parmak ucu ise 1. ay sonunda iyileşti (Resim 3). Bu tür yaralanmalar sunduğumuz vakada da olduğu gibi tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu oluşmaktadır. Mutlaka her türlü ilaç ve kimyasal maddenin üzerine içeriği yazılmalı vede içeriği belirsiz maddeler kullanılmamalıdır. Bül oluşumu olan ikinci derece yanıklarda klasik olarak bütünlüğü bozulmamış bülleri parçalamadan drene etmekte ve hastanın kendi dokusu ile steril pansuman yapmaktayız. Ancak vakamızda aynı yöntemi uyguladığımızda bir sonraki pansumanda püy oluşumu ile karşılaştık. Muhtemel neden olarak ise bül derisi korunarak kimyasal maddenin tam olarak dokudan uzaklaştırılamadığını düşünmekteyiz. Bu durumda amonyak ile oluşan yaralanma sonralarında bül oluşumu gözlendiğinde; bülün debride edilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Soldaki resim: 17. gün görünümü Sağdaki resim: 37. gün görünümü

P-421
Alın ve skalp bölgesinde sarımsak (Allium Stavium) yanığı: Vaka sunumu

Fırat Özer[1], Yalçın Bayram[1], Semra Denktaş Kuduban[2]
[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Palandöken Devlet Hastanesi

Amaç: Sarımsak milattan önce 3000 yıllarından günümüze kadar alternatif tıpta sıklıkla kullanılan bir bitkidir (1). En sık antispazmotik, diüretik, antihipertansif, fibrinolitk olarak kullanılmaktadır (2). sistemik kullanımlarının yanında deri hastalıklarında da tercih edilmektedir. Literatürde antifungal, antiparazitik kullanımları mevcuttur (3). Diğer tüm ilaçlar gibi sarımsak kullanımının da yan etkileri mevcuttur. bulantı, diare, kusma gibi sistemik yan etkilerin (4) yanısıra sarımsağın topikal kullanımına bağlı allerjik kontakt dermatit ve ikinci derece derinliğe ulaşabilen yanıklar karşımıza çıkabilir (5).

Vaka sunumu: 22 yaşında erkek hasta, alın bölgesinde kellik şikayeti ile taze 3 adet sarımsağı ezerek topikal olarak alın bölgeseine uygulamış. bu uygulamadan yaklaşık 8 saat sonra alında bölgesinde yanma hissi oluşan hasta, uygulamadan 10 saat sonra polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ilk muayenesinde alnın yaklaşık 1/2

üst yarımında sağ temporal bölgeden başalayan ve sol temporal bölgeye uzanan, orta hatta erode plakların ve sol yarımda birkaç adet vezikül ve büllerin mevcut olduğu ikinci derece olarak kabul edilen yanık alanı mevcut idi (Resim 1). Tedavide öncelikli olarak mevcut erode dokular ve debrisler temizlendi. Yanık alanı, günlük olarak cerrahi sabun ile yıkandı. Ardından rifampisin ile beraber % 5 lik klor heksidin asetat içeren örtüler kullanılarak kapatıldı. Yanık sonrası 5. günde epitelizasyonun başladığı (Resim 2), 7. günde ise tüm yanık alanlarının tamamen epitelize olduğu görüldü (Resim 3). Hasta yanık sonrası 8. günde taburcu edildi.

Sonuç: Sarımsak milattan önce 3000 yıllarından beri alternatif tıpta tercih edilen bir bitki türü olmuştur. Günümüzde halen bazı ülkelerde aktif olarak kullanımı devam etmektedir. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, enfeksiyon gibi birçok farklı hastalıklarda kullanılmı mevcuttur (2, 3). Tedavi edici etkilerinin yanında diğer ilaçlarda olduğu gibi sarımsak kullanımında da istenmeyen reaksiyonlar ve yan etkiler ortaya çıkabilir. Diare, kusma, bulantı gibi sistemik etkilerin yanında allerjik deri reaksiyonları ve nadiren de olsa yanıklar karşımıza çıkar. Diğer yan etkilerden farklı olarak topikal kullanıma bağlı yanık oluşması nadiren görülen bir durumdur (5). Literatürde topikal sarımsak kulanımı sonrasın gelişen yanık ve tedavisi ile ilgili çok az vaka sunumu mevcuttur. Günümüzde halen topikal sarımsak kullanımına bağlı gelişen ikinci derece yanığın nasıl olduğu ortaya konamamıştır. Bunula beraber sarımsak içerisinde yer alan monosülfidlere, disülfidlere ve trisülfidlere karşı gelişen allerjik reaksiyon en fazla suçlanan mekanizmadır (4). Yine etkene maruz kalma ve kullanılan sarımsağın miktarı ile yanık oluşumu arasında bilimsel bir bağlantı kurulamamıştır. Bizim vakamızda da diğer vakalarda olduğu gibi sarımsağa maruziyet süresi ortalama 6-8 saat arasındadır. Sunulan diğer vakalarda sarımsağın kullanım amacı o bölgedeki enfeksiyon ve ağrıyı gidermesine yönelik olmuştur. Bu vaka da sarımsağın kullanım amacı saç çıkarımasına yönelik olup bunula ilgili literatürde vaka sunumu mevcut değildir. Yine yanık diğer vaka sunumlarından farklı olarak alın bölgesinde gelişmiştir. Sarımsak kullanımına bağlı gelişen ikinci derece yanık ise klasik alışılagelmiş ikinci derece haşlanma, temas ve kimyasal yanıklardan farklı bir naturde olup ilk 7 gün içerisinde hızlı bir şekilde yanık alanları epitelize olmuştur. Sonuç olarak özellikle okuma yazma oranın düşük olduğu bölgelerde sarımsak, gerek oral yoldan gerekse topikal olarak bilinçsiz bir şekilde kullanılmaktadır. Bizde sarımsak kullanımı ve sonrasında gelişebilcek olası yanık tablosunu nadiren görülen bir vaka olarak düşünerek sunduk.

Kaynaklar:

1. Yılmaz HH, Gormez O, Hastar E, Yıldırım D, Aksoy MC. Garlic burn in a patient with trigeminal neuralgia: A case report. European J Dent. 2010;4:88-90
2. Massoud R, Alexander KCL. GArlic burns. Pediatr Dermatol. 2000;17:475-6.
3. Fromtling R, Bulmer GS. In vitro effect of aqueous extract of garlic (Allium stavium) on the growth and viability of Cryptococcus Neoformans. Mycologia. 1987;70:397.
4. Tal F, Avshalom S, Melvin W. Self- inflicted garlic burns: our experience and literature review. Internat J Dermatol. 2006;45:1161-3.
5.Al-Qatan MM. Garlic burns: case report with an emphasis on associated and underlying pathology. Burns.2009;35:300-2.

Resim 1



Topikal sarım uygulması sonrası alın ve skalpte ikinci derece yanık gelişen hastanın yanık sonrası 8. saatteki görünümü.

Resim 2



Yanık sonrası 5. gün. yanık bölgesinin büyük kısmı epitelize olmaya başladı.

Resim 3



yanık sonrası 7. gün. tüm yanık alanları epitelize oldu.

P-422
Örümcek Isırığı: Olgu Sunumu

Mustafa Durğun, Soysal Baş, Buse Kılın Çapkınoğlu, Dağhan Işık, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Örümcek ısırması sonucu lokal ve bazen sistemik belirtilerle ortaya çıkan tabloya araknidizm denilmektedir. Lokalize formunda yüzeyel eritem ve morluğu takiben cilt nekrozu görülür. Ayırıcı tanıda enfeksiyöz etkenler, malignite, travma, pyoderma gangrenozum, yabancı cisim reaksiyonları ve yanık gibi birçok etken bulunmaktadır. Bu nedenle anamnez önemli bir yer kaplamaktadır. Ancak hastaların örümceği görmemeleri, ısırığı farketmemeleri ve örümceğin yakalanmasındaki güçlükler nedeniyle klinik belirtiler tanıda diğer önemli faktördür. Bu yazıda örümcek ısırığı sonrası sağ uyluk proksimalinde lokalize cilt nekrozu ile başvuran hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 31 yaşında bayan hastanın sağ uyluğundan örümcek sokmuş. Örümceğin soktuğu yerde kızarıklık ve akıntı gelişmiş. Başvurduğu aile hekimince antibiyoterapi verilmiş ve pansuman yapılmış. Akıntının olduğu bölgede yara oluşmuş ve yaklaşık 3 aydır iyileşmiyormuş. Fizik muayenesinde sağ uyluk proksimalinde etrafı eritemli zemini nekrotik yaklaşık 5x3 cm boyutlarında doku defekti mevcuttu. Hasta operasyona alınarak eritemli bölge ve nekrotik dokular debride edildi. Oluşan defekt alan primer onarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir problem gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Örümcek sokmaları sonrası gelişen yaraların tedavisinde pansuman ve sekonder iyileşmeye bırakma ile her zaman çözüm sağlanamayabilmektedir. 3 haftadan sonra iyileşmeyen yaralarda cerrahi müdahale ile yaranın kapatılması gerektiğini düşünüyoruz.

Resim 1



Sağ uyluk proksimalinde örümcek ısırığı sonucu oluşan defekt alanı

Resim 2



Primer onarılan defekt alanı

P-423
Tekrarlayan Iskial Bası Yarasında İskium Eksizyonu ve Biseps Femoris Kas Flebi ve Fasyokutan flep ile Onarım

Mehmet Altıparmak
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Muğla

Giriş: Bası yarası, hasta sağlığını her açıdan olumsuz etkileyen bir problemdir. Hastanede yatış süresini uzatıp maaliyeti arttıran, hasta ve yakınları tarafından dikkat edilmediği taktirde tekrarlayan bir sağlık sorunudur. Her ne kadar önelenebilir olsa da, bası yaralarının sıklığı hala önemini korumaktadır. Tekrarlama oranının yüksek olması ve anatomik özelliklerinden dolayı iskial bası yaraları diğer bası yaralarından ayrılmaktadır. Bası yarasının debridmanı sonrası geniş defektlerin doldurulması gerekmektedir. Bu vakada tekrarlayan iskial bası yarasının iskial tüberkül çıkarılıp biseps femoris kas flebinin medial bazlı fasyokutan flep ile kombine edilerek defekt onarımı sunulmuştur. İskial

bası yaralarında biseps femoris kas flebi ile lateral bazlı fasyokutan flep son zamanlarda tercih edilen bir yöntem olmuştur [1]. Bu çalışmada kemik eksizyonu ve medial bazlı fasyokutan flebin kombine edilmesi tartışılmıştır.

Olgu: Ağaçtan düşme nedeniyle 5 yıl önce paraplejik olan 37 yaşındaki kadın hastanın son iki yılda iki defa iskial bası yarası nedeniyle ameliyat hikayesi mevcuttu. Sol iskial bası yarası olan hastaya iki defa fasyokutan flep yapılmış fakat 3 ay içerisinde aynı bölgede bası yarası tekrarlamış. Hasta kliniğimize başvurduğunda sol iskial bölgede 5cm çapında akıntılı Evre 3 bası yarası mevcuttu. İstemsiz kas hareketlerinin önlenmesi amacıyla hastaya genel anestezi verildi. Yüzüstü yatırılan hastanın posterior uyluk bölgesinde en distali popliteal çizginin 10cm üzerinde olacak şekilde medial bazlı fasyokutan flep planına uygun çizim yapıldı (Resim 1). Fasyokutan flep kaldırıldı. Bası yarası bölgesi debride edilerek iskial tüberkül ortaya çıkarıldı. İskial tüberkül eksize edildi. Sol uyluk fleksiyona getirilerek ameliyata devam edildi. Biseps femoris kası çevrilerek geniş boşluk doldurulduu ve 2/0 emilebilir dikiş ile dikildi (Resim 2). Kaldırılmış olan fasyokutan flep defekti de kapatacak şekilde dikildi ve dren konuldu. Dren 1 hafta tutulduktan sonra çıkarıldı. Ameliyat sonrası 6. ayında hastanın oturmasında herhangi bir problem olmamakla beraber bası yarasında tekrarlama görülmemiştir (Resim 3).

Tartışma: İskial bası yaralarının çoğu bu hastada da olduğu gibi tekerlekli sandalyeye mahkum hastalardır. Yerleşim itibariyle de iskial bası yaraları nemden ve enfeksiyondan etkilenmeye diğer bası yaralarına göre daha yatkındır. Yüksek basınçtan ve anatomik sebeplerden dolayı tekrarlama ihtimali yüksektir. İskial bası yaralarının onarımında birçok yöntem tarif edilmişse de tekrarlayan bası yaralarının tedavisinde kullanılacak yöntemler farklılık arzetmektedir. Daha önce ameliyat olup aynı bölgede bası yarasının tekrarladığı vakalarda daha agresif müdahaleler gerekmektedir. Medial bazlı fasyokutan flep kullanımı, dikişlerin lateralde kalmasını sağlamıştır. Böylece bacak arasındaki nemden ve muhtemel kirlenmeden korunmuştur. Bu vakada iskium tüberkülü alınmış ve boşluk biseps kasıyla doldurulmuştur. İskiumun çıkarılmasının osteomyelit tedavisi açısından ve basıncın azaltılmasını sağlaması bakımından faydası olduğu düşünülmektedir. Bu bölge fasyokutan fleplerle de kapatılabilirdi. Fakat kas ile kapatılması hem enfeksiyon riskini azaltmakta hem de bölgede yumuşak bir destek oluşturmaktadır. Ameliyat sırasında uyluğun fleksiyona alınması, flebin en gergin haliyle transferini sağlar. Böylece hasta otururken gerginliğe bağlı flepte yırtılma önlenmiş olur.

Sonuç: Tekrarlayan iskial bası yaralarında agresif yaklaşım gerekmektedir. İskiumun çıkarılması sonrasında biseps kası ile onarım ve medial bazlı fasyokutan flep ile kapatma, önleyici bir tedavi olarak mevcut çalışmalara alternatiftir. Fakat uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi ve çoklu hasta serileriyle komplikasyon oranlarının belirlenmesi gerekmektedir.

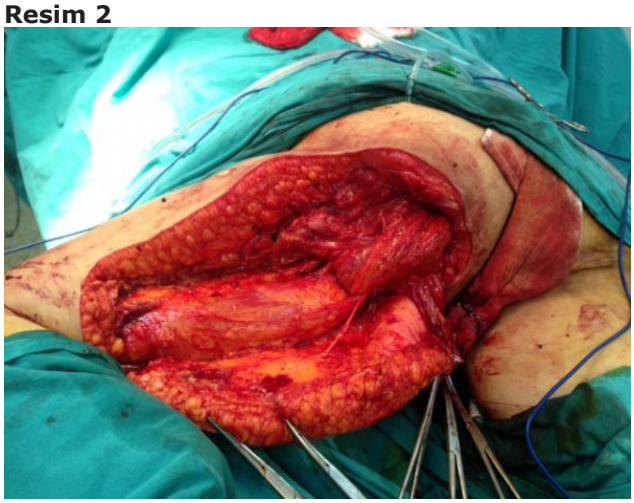
Kaynaklar:
1) Demirseren ME, Ceran C, Aksam B et al. Clinical experience with the combination of a biceps femoris muscle turnover flap and a posterior thigh fasciocutaneous hatchet flap for the reconstruction of ischial pressure ulcers. Ann Plast Surg. 2014 Jul 23.

Resim 1



Fasyokutan flep, popliteal çizginin 10cm üzerinde olacak şekilde planlandı

Resim 2



Uuyluk fleksiyona getirilerek en gergin durumda iken biseps kası defekt alanına dikilir

Resim 3



Ameliyat sonrası görünüm

P-424
Umblikal arter kateterizasyonu sonrası gelişen gluteal nekroz

Enver Arpacı[1], Hüseyin Borman[2], Ahmet Çağrı Uysal[2], Serdar Altun[3]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

Umblikal arter kateterizasyonu yenidoğan yoğun bakımlarında çok yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem ile arteriyel kan gazı ve basıncı ölçümleri, sıvı ve ilaç desteği, kan transfüzyonu, kardiyak kateterizasyon ve anjiyografi gibi işlemler kolay bir şekilde uygulanabilmektedir. Umblikal kateterizasyon sonrası tromboz, emboli veya arteriyel spazm gibi sebeplerden dolayı gluteal veya alt ekstremite nekrozu ve peroneal sinir felci gibi ciddi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu çalışmamızda pulmoner arter hipertansiyonu nedeni ile yoğun bakım şartlarında takip edilen 3 günlük bir yenidoğanda umblikal arter kateterizasyonu sonrası gelişen gluteal nekroz vakasını sunmayı amaçladık. 15 günlük takip sonrası nekroz hattının tamamen belirginleşmesi üzerine genel anestezi altında debridman ve lokal deri flepleri ile onarım uygulanmıştır. post-operatif dönemde cilt altı yağ dokusu nekrozu nedeni ile yara bölgesinde kısmi açılma meydana gelmiş olup, pansumanlarla takip edilerek sekonder iyileşme sağlanmıştır.

Umblikal kateterizasyon sonrası belirginleşen sol gluteal bölge üzerinde nekroz



P-425
Alt Ekstremite İle Beraber Olan Genital Yanık

Şükrü İşler[1], Salih Kavuncu[2], Necmettin Karasu[2]
[1]Afyon Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Yanıklar çocukluk yaş grubunda kazalara bağlı ölümlerin en önemli nedenlerindendir. Yanık nedeni ile derinin zarar görmesi, oluşan hasarın genişliği ve derinliği ile ilişkili olarak ciddi klinik sonuçlar doğurur. Yanık olgularında hasarı belirleyen parametreler; ısının derecesi, temas süresi, derinin kalınlığı ve spesifik etkenin ne olduğudur. Sıcak sıvı yanıkları genellikle yüzeyelken, alev ve elektrik yanıkları daha derin olmaktadır.

Olgu: 8 yaşında erkek çocuk hasta acil servise sıcak su yanığı ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde sağ uyluk iç kısımdan diz bölgesine uzanan yaklaşık 40x20cm, sol uyluk iç kısımda yaklaşık 30x25cm ve penis dorsal bölgede testis bölgesine uzanan 2. derece büllöz yanık alanları mevcut idi (total yanık alanı yaklaşık %10 idi. Hastaya preop tetkikleri istendi. Kliniğimize yatışı yapıldı. Büllöz yanık alanları debride edildi. İdrar çıkışı saatte 1cc/kg üzerinde olacak şekilde takip edildi. Biyokimyasal tetkikleri normal olan hastaya steril pansumanlar yapıldı. Sağ uyluk bölgesine deri grefti ile onarım, sol uyluk bölgesine deri grefti ile onarım, sünnet operasyonu yapılarak da sünnet derisi yanık alanı eksize edildi ve kapatıldı. Diğer yanık alanları sekonder olarak iyileşmesi tamamlandı.

Sonuç: Yanık tedavisinde, tedaviye yardımcı olmak amacıyla birçok yara örtüsü, deri analoğu materyal üretilmiş ve büyük ticari sektörler oluşmuştur. Fakat bu materyallerin hiçbiri henüz insan dersinin yerini tutmamaktadır. Biz de hastamıza genital ve uyluk bölge yerleşimli yanık alanına sünnete ilaveten deri grefti ile onarım yaptık.

Resim 1



Preop görünüm

Resim 2



Preop görünüm

P-426
İyileşmeyen Yaralarda Doku Kültürü Tanıyı Netleştirebilir: Kutanöz Leishmaniazis

Ertan Günal[1], Metin Temel[2], Halit Akçiçek[3], Aydın Ural[3]
[1]SEV Amerikan Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY
[3]Mustafa Kemal Üniverstesi, Tıp fakültesi İntörn Doktor

Giriş-Amaç: Leishmaniasis bazı kum sinekleri ile taşınan parazitik bir hastalıktır. Leishmania türleri intrasellüler yerleşim göstererek farklı klinik tablolar oluştururlar. Bunlar kutanöz, visseral ve mukokutanöz leishmaniasis olarak adlandırılır. Dünyanın bir çok bölgesinde endemik enfeksiyon yaparlar. Kutanöz leishmaniasis, Türkiye'nin batı ve güneydoğu bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Kliniği, parazit ve konak ile ilgili çeşitli faktörlere bağlı olarak oldukça farklılık gösterebilmektedir. Ateşli silah yaralanması nedeniyle takip edilen ve seri debridmanlara rağmen hiçbir iyileşme belirtisi olmayan hastadan yapılan doku kültürü sonucu kutanöz leişmaniazias olarak tanı konulan hastanın bulgularının paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 5 yaşında kız hasta ateşli silah yaralanmasına bağlı burun ve üst dudakta doku defekti ve açık yara nedeniyle başvurdu. Seri olarak genel anestezi altında 3 defa debridman yapılmasına rağmen hastada iyileşme belirtisi olamaması nedeniyle doku kültürü alınarak patolojik ve mikrobiyolojik incelemeya tabi tutuldu. Hastanın doku kültürü sonucunda kutanöz leishmaniazisi olduğu belirlendi. Hasta enfeksiyon hastalıkları klniğine devir edilerek tedavisi tamamlandı.

Sonuç ve Tartışma: Türkiye'de insanlarda iki tip leishmaniasis'in görüldüğü bildirilmiştir, kutanöz leishmaniasis'e Leishmania Tropica, visseral Leishmaniasis'e ise Leishmania İnfantum neden olmaktadır (1,2). Ülkemizde L. tropica antroponotiktir, yani rezervuar konağı olmadan vektör Phlebotomus sergenti aracılığıyla insandan insana bulaşmaktadır (3). Leishmania türlerinin yaşam devrelerinde insan ve diğer memelilerde bulunan amastigot ve vektör Phlebotomus'larda bulunan promastigot olmak üzere iki ayrı form görülür. Leishmania›ların vektörü olan Phlebotomus cinsi dişi kum sinekleri leishmaniasis'li omurgalı konaktan kan emerken içinde parazit bulunan makrofajları da alırlar. Vektör tarafından alınan amastigotların bir kısmı sindirilirken diğer bir kısmı şekil değiştirmeden bölünerek çoğalır. Enfektif promastigotlar vektör tarafından yine kan emerken yeni omurgalı konağın kanına geçerler, konağın makrofajlarına girerler ve makrofaj içinde amastigot forma dönüşerek ikiye bölünme ile çoğalır ve makrofajları patlatırlar. Kutanöz leishmaniasis'te enfeksiyon bölgesi genelde sineğin ısırdığı yer ile sınırlıdır. Amastigotlar derinin endoteliyal sistem hücreleri içinde çoğalır (4-6). İnkübasyon periyodu birkaç günden birkaç aya kadar değişir. Öncelikle ısırma yerinde kaşıntılı küçük kırmızı papül gelişir ve 4-5 ay içinde deri yüzeyinde ince bir kabuk oluşur. Bu kabuğun altında gelişen ülser ağrısızdır ve yaklaşık bir yıl içinde iz bırakarak iyileşir (7,8). Kabuk kaldırılırsa kabuğun altında sivri çıkıntılar görülür. Buna "Hulusi Behçet Çivi Belirtisi" denir ki şark çıbanı tanısında son derece karakteristiktir. İyileşmeden sonra konak parazite karşı ömür boyu bağışıklık kazanmaktadır. Kutanöz leishmaniasis lezyonları vücudun açıkta kalan bölgelerinde en çok da yüz bölgesinde görülür (9,10). Travma sonrası iyileşmeyen yaralarda atipik mikrobial kontaminasyonların olabileceği kutanöz tüberküloz ve leishmaniazis gibi sık olmayan durumlardan kaynaklanabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar:
1. Gramiccia M, Bettini S, Yasarol S. Isoenzyme characterization of Leishmania isolates from human cases of cutaneous leishmaniasis in Urfa, south-east Turkey. Trans R Soc Trop Med Hyg 1984; 78: 568.
2. Ozensoy S, Ozbel Y, Turgay N, et al. Serodiagnosis and epidemiology of visceral leishmaniasis in Turkey. Am J Trop Med Hyg 1998;59:363–369.
3. http://www saglikx.com index_ d o s y a l a r / Ş A R K Ç I B A N I . h t m
4. Murray HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Avdances in leishmaniasis. Lancet 2005;366:1561- 1577.//
5. Kafetzis DA. An overview of pediatric leishmaniasis. J Postgrad Med 2003;49: 31-38.
6. Markele WH, Khaldoun MMO. Cutaneous leishmaniasis: Recognition and treatment. American Family Physician 2004;1-9.
7. Samady JA, Schwartz RA. Old World cutaneousleishmaniasis. Int J Dermatol 1997; 36: 161-166.
8. Desjeux P. Leishmaniasis. Public health aspects and control. Clin Dermatol 1996;14: 417-423.
9. Gurel MS, Ulukanligil M, Ozbilge H. Cutaneous leishmaniasis in Sanliurfa: epidemiologic and clinical features of the last four years (1997-2000). Int J Dermatol 2002; 41:32-37.
10. Douba M, Mowakeh A, Wali A. Current status of cutaneous leishmaniasis in Aleppo, Syrian Arab Republic. Bull World Health Organ, 1997; 75: 253-259.

P-427
Kimyasal yanıklarda standart tedavinin ötesine geçmeli miyiz?

Salih Onur Basat[1], Aslı Datlı[1], Muzaffer Kurt[1], Funda Aköz Saydam[1], Karaca Başaran[1], Özgür Pilancı[1], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kartal, Dr. Lütfi Kırdar, Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Kimyasal yanıklar tüm yanık yaralanmaları içerisinde nadir görülür fakat öngörülemeyen ve eşi bulunmayan doğaları nedeni ile yıkıcı sonuçlar doğurabilir. Her hasta için kişiye özel özenli bir bakım gereklidir. Kimyasal yanıkların değerlendirilmesinde yanık derinliği ve genişliği önem taşımaktadır. İlk müdehale sırasında bol su ile yıkama yaparak kimyasal maddenin ciltten uzaklaştırılması amaçlanır. İkinci adımda cerrah, yanık derinliğini gözlemlemeli ve uygun tedavi yöntemini seçmelidir. Bu çalışmanın amacı kimyasal yanıklarda standart tedavi yöntemlerinin ötesine geçmemiz gerekip gerekmediğini tartışmaktır. Bu makalede, konservatif tedavi yöntemlerine alternatif olarak doku mühendisliği ile üretilen deri ürünleri kullanılarak tedavi edilen yanık vakalarını sunmaktayız.

Olgu: Çalışmaya Ocak 2012 ve Şubat 2015 tarihleri arasında kimyasal yanık nedeni ile kliniğimize başvuran 19 hasta dahil edildi.Acil tıbbi müdahelenin ardından tüm hastalar yanık ünitemizde tedavi edildi. Hastaların 5›i (%26.3) kadın, 14'ü (%76.3) erkekti ve ortalama yaş 18.1 (2 ile 34 arasında) idi. 16 vaka (%84.2) iş kazası, 1'i (%5.2) ev kazası sonucu, 2 vaka (%10.5) ise taciz sırasında oluşmuştu. Etyolojiye dahil olan kimyasallar 5 hastada sülfirik asit, 3›er hastada sodyum hidroksit, hidroklorik asit ve hidrojen peroksitti.1 hasta aliminyum hidroksit, diğer bir hasta ise nitrik oksit ile temasını bildirmişti.Hastalardaki ortalama yanık yüzdesi %12 (%1 ile %35 arasında) idi.Hastanede kalış süresi 14 ile 34 gün arasında değişti. Hastaların demografik özellikleri, etyolojik faktörler, tedavi modaliteleri ve komplikasyonlar incelendi. 4 yıllık süreçte yanık ünitemize yatışı yapılan 3000 hastanın 19›unda neden kimyasal maddeler idi (%0.6). 15 hastaya (%78.9) erken tanjansiyel eksizyon ve kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandı. Greftlenen hastaların üçte birine asellüler dermal ürünler (İntegra, Matriderm, Pelnac), üçte birine sellüler dermal ürün (ReCell Sprey) uygulandı. Diğer üçte biri ise sadece kısmi kalınlıklı deri grefti(KKDG) uygulanmış hastalardı.Yalnızca KKDG ile tedavi edilen hastalara göre aselüler dermal ürünler kullanılarak planlanan tedavilerin, cilt elastikiyeti ve skar kalitesi bakımından daha iyi sonuçlar verdiği gözlendi.ReCell sprey sistemi ile yapılan tedavinin avantajları ise ağrı azlığı ve çok daha küçük donör alan gerekliliği idi. Sekonder epitelizasyonun öngörüldüğü dört hastanın (%21) ikisinde biyosentetik cilt örtüleri (Biobrane) kullanılırken diğer ikisi lokal yara bakımı ile iyileşti. Konvansiyonel cilt örtüleri ile kıyaslandığında, biyosentetik cilt örtüleri hastalar için kullanım açısından kolay ve pratik olmakta ve hastaların pansuman değişimine bağlı ağrısını minimuma indirmektedir.

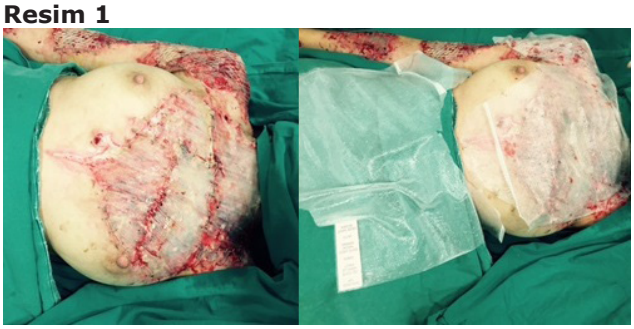
Tartışma: Kimyasal yaralanmalar kendine has, özenli ve kişiye özel bakım gerektiren yaralanmalardır. Kimyasal maddenin cinsine bakılmaksızın, ilk adım yaranın bol su ile irrigasyonu ve kimyasal maddenin nötr ph›a(7.0) dilue edilmesidir. Önemli prensiplerden bir tanesi de nötralize edici ajanlardan kaçınmak ve etkilenen kısmın yüzdesini ve derinliğini iyi gözlemlemektir. Kimyasal ajanların sistemik toksisitelerinden kaçınmak için göz ve akciğerlerle temas edip etmediğinden emin olmak gerekir. İkinci adım da cerrah, yanık derinliğini değerlendirmeli ve uygun tedavi modalitesini seçmelidir. Kimyasal yanığı olan hastaların, yanık derinliği nedeni ile hipertrofik skar ve kontraktür gelişmesine yatkınlıkları vardır. Kimyasal yanıklar, yanıltıcı bir şekilde yüzeysel yaralanmalar olarak değerlendirilebilir fakat bu tıpkı buz dağının görünen yüzü gibidir. Çünkü sıklıkla dermal tabaka da etkilenmiştir(1). Dermal ürünler deri greftlerine alternatif olarak geliştirilmişlerdir. Akut ve uzun dönem yanık tedavilerinde önemli bir rol oynamaktadırlar. Yanıkların akut dönem tedavileri boyunca, dermal ürünler yaşam kalitesini artıran uzun dönem kozmetik sonuçlara ve fonksiyonel gelişmelere sebebiyet vermektedirler. Ayrıca kronik yara vakalarında dermal ürünler yanık skarları ve diğer defektlerin rekonstruksiyonunda da kullanılmaktadır. Dieckmann ve arkadaşları deri ürünlerini biomateryaller ve selüler ürünler olmak üzere iki ana kategoriye ayırmayı önermişlerdir. Biomateryaller hücre içermezler (asellüler). Doğal ya da sentetik kaynaklardan üretilmişlerdir. Doğal kaynaklar selüler komponentlerinden ayıklanmış insan kadavra derisi ve sığır ve domuzdan elde edilen kollajen matriks ve dermisin yapısal proteinlerini içermektedir. Sentetik kaynaklar polilaktit ve poliglikoid gibi polimerleri içerir. Doğal ya da sentetik olsun biomateryaller, çevre hücrelerin infiltrasyonuna imkan tanıyan ekstraselüler matriks içermektedirler. Sellüler deri ürünleri kaynaklarına göre sınıflara ayrılır: ksenojenik (insan dışı kaynaklardan), otolog (hastanın kendisinden) ve allojenik (başka bir insandan). Bu kaynaklardan elde edilen fibroblast ve keratinositler, dermal ürünü oluşturacak selüler materyali elde etmek için invitro olarak ekilir. Bu çalışmada kullanılan ürünler; biyomateryal deri ürünleri olarak Biobrane, İntegra, Matriderm, selüler deri ürünü olarak ReCell'dir. Kimyasal yanıklarda ana tedavi prensibi yanık derinliğinin doğru bir şekilde gözlemlenmesi ve klinisyenin yanık alanını asla hafife almamasıdır. Nekroze dokuların erken debridmanı ve takibinde uygun ürün kullanma, tedavideki diğer önemli basamaktır. Biobrane parsiyel kalınlıktaki yanıklarda reepitelizasyonu hızlandıran biyosentetik bir materyaldir. Biobrane'nın avantajları kullanım kolaylılığı ve sık ürün değişimine gerek olmamasıdır. Reepitelizasyondan emin olunduktan sonra Biobrane› ın tamamen kaldırılması genellikle uygulamanın 10. gününü bulabilmektedir. Biobrane tam kat kimyasal yanık şüphesi olan hastalarda bir tedavi seçeneği olmamalıdır. Integra sığır tendon kollajeni ve glikozaminoglikanlarla çaprazlanmış porlu bir yapısı olan bir deri ürünüdür. Ürünün iki formu vardır: orijinal olan iki yüzlü formu ve tek yüzlü form. İki yüzlü formu geçici epidermis gibi görev alan yarı-geçirgen polisiloksan polimer (silikon) tabaka içerir. Dermal yüzey, çok sayıda pora sahiptir ve zamanla bu porların sayısı azalır. Silikon membran geçicidir ve yara iyileştikçe şekillenen kollajen-glikozaminoglikan bir matriks içerir. 21 günde geçici silikon membran kaybolur ve ultra-ince mümkünse meslenmiş bir KKDG vasküler 'neodermis' tabakasının üzerine yerleştirilir. Matriderm gama ışınları uygulanmış sığır orijinli kollajen elastin matriks içeriğine sahip çok gözenekli membranöz bir yapıya sahiptir. Matriks, dermal rejenarasyonu destekleyen doğal hücrelerin invazyonu için bir yapı içerir. Yerleştirildikten sonra Matriderm çok ince bir KKDG ile örtülür. ReCell spray sistemi, 0.15-0.20 mm kalınlığında 2x2 cm boyutlarında bir cilt parçasının traşlanması ile hazırlanır. Mevcut geliştirilmiş yöntemler ile keratinosit, melanosit, Langerhans hücreleri ve fibroblastların izolasyonu mümkün olmaktadır. Elde edilen materyal, sprey yolu ile debride edilmiş yanık alanına uygulanır. Yöntem kullanışlı, güvenli ve hastalar için kolay tolere edilebilir olma özelliklerine sahiptir(1,2).

Sonuç: Biz önümüzdeki on yıl içerisinde, buna benzer doku ürünlerinin yanık tedavisindeki gelişmeler için büyük bir umut vaat ettiğini düşünmekteyiz. Bu yeni tedavi yöntemleri, standart tedavi metotlarının ötesine geçmekte ve yanık zemininde gelişen kontraktürleri azalttığı için fonksiyonelliği arttırmaktadır. Dermal ürünlerin potansiyel

faydalarının yanı sıra; ileride yapılacak çalışmalar sadece etkileri için tıbbi kanıt oluşturmayacak, aynı zamanda yanık tedavisinin amacına yönelik yeni teknolojiler gelişmesine olanak sağlayacaktır.

Kaynaklar:
1-Cartotto RC, Peters WJ, Neligan PC, Douglas LG, Beeston J. Chemical burns. Can J Surg. 1996 Jun;39(3):205-11.
2-Dieckmann C, Renner R, Milkova L, Simon JC.Regenerative medicine in dermatology: biomaterials, tissue engineering, stem cells, gene transfer and beyond. Exp Dermatol. 2010 Aug;19(8):697-706.
3- Shores JT, Gabriel A, Gupta S. Skin substitutes and alternatives: a review. Adv Skin Wound Care.2007;20:493–508.

Resim 1



Taciz sonucu nitrik oksit yanığı. Pelnac, KKDG ve Re-Cell tedavisi birlikte uygulanmış.

Resim 2



Hastanın ameliyat sonrası 3. aydaki önden ve yandan görünümü.

Resim 3



İş kazası sonucu hidroklorik asit yanığı. Debridmanı takiben Biobrane uygulaması ve tedavinin 10. gününde iyileşme.

Kliniğimize başvuran kimyasal yanıklı hastalarda etyolojik faktörler

Kimyasal Ajan	Hasta Sayısı	Etyolojik Faktör
Sülfürik Asit	5	Otomotiv sanayi, tarım spreyi, petrokimya
Sodyun Hidroksit	3	Endüstriyel kuru temizleme, endüstriyel boyama
Hidroklorik Asit	3	Endüstriyel boyama, ev temizlik ürünleri, taciz
Hidrojen Peroksit	3	Kağıt sanayi, endüstriyel kuru temizleme, ev temizlik ürünleri
Fosfor içerikli ürünler	3	Kibrit sanayi, laboratuar
Aluminyum Hidroksit	1	Cam sanayi
Nitrik Oksit	1	Taciz

P-428
Pediküllü Lateral Torasik Arter (pLTA) Flebi ile Aksiller Hidradenitis Suppurativa (HS) ve Eski Yanık Kontraktürü Onarımı

Ceyhun Cesur[1], Fikret Eren[1], Cihan Şahin[1], Sinan Öztürk[1], Bilge Kağan Aysal[1], Celalettin Sever[1], Sinan Öksüz[2], Hüseyin Karagöz[1]
[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]GATA, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi, Ankara

Amaç: Aksiller bölgede HS ve eski yanık kontraktürü olguları ile aksiller bölge onarımlarında pLTA flebinin kullanılabilirliliğini sunmak.

Olgular: 23 yaşında erkek hastanın muayenesinde kol abdüksiyonunu 90 derece sonrasında kısıtlayarak hiperabdüksiyona izin vermeyen sol posterior aksiller eski yanık kontraktürü izlendi. Hasta 6 yılı aşkın bir süre önce sıcak su ile haşlanma yanığı geçirdiğinden bahsediyor. Daha önce kontraktür onarımına yönelik bir operasyon geçirmemiş. 29 yaşında erkek hasta; üç yıl önce sağ koltuk altında sivilce şeklinde çıkan yarasının ilerleyerek akıntı ve kötü koku yapmaya başlaması ile ağızdan çeşitli hap tedavileri kullanmış ancak şikayetleri ilerlemeye ve yeni yaralar şeklinde yayılmaya devam etmiş. Bir yıl önce sağ koltuk altından geçirdiği ameliyat ile problemli bölgeler çıkarılıp sadece dikiş atılarak onarım yapılmış. Bir aydan daha kısa bir süre içerisinde aynı bölgede akıntılı yaralar yeniden oluşmakla birlikte sol koltuk altında da benzer şikayetler meydana gelmiş. Bir yıl süresince hasta herhangi bir tedavi almamış. Bu süre dahilinde dönem dönem akıntılarının çok şiddetli hale geldiğinden, genel olarak da giysilerini kirletir tarzda devamlı kötü akıntılarının olduğundan ve her iki koltuk altında küçük küçük delikler ile kaba yaralar oluştuğundan bahsetti. Muayenesinde; sağ aksiller bölgede 3cmx2cm, sol aksiller 4cmx3cm ebatlarında; multipl orifislerin gözlendiği, maniplasyon ile pürülan geleni olduğu tespit edilen, yer yer skartis formasyonlarının bulunduğu HS ile uyumlu alanlar gözlendi. 27 yaşında erkek hasta; bir yılı aşkın bir süre önce kaba etlerinin arasında akıntılı yaralar fark ettiğini, bu durumun 11 yıl önce olduğu kıl dönmesi ameliyatı ile alakalı olduğunu

zannederek o zaman kullandığı ilaçları kullandığını belitti. Ancak bu şikayetine birkaç ay sonra her iki koltuk altında aynı anda dışarı ağızlaşan ve kısa sürede sayıları çoğalarak bu bölgelerde yayılan akıntılı yaralar eklenmesi nedeniyle dış merkezde muayene olmuş. Hastaya HS hastalığı olduğu ve kapsamlı bir merkezde ameliyat olması gerektiği söylenmiş. 11 yıl önce dış merkezde pilonidal sinüs onarım ameliyatlısı. Muayenesinde; sağ aksiller 7cmx4cm, sol aksiller 11cmx6cm, intergluteal-perineal alan bileşkesinde 11cmx5cm ebatlarında; multipl orifislerin ve yoğun skar formasyonlarının izlendiği, maniplasyon ile pürülan gelenin tespit edildiği HS ile uyumlu lezyonlar gözlendi. Aksiller patolojileri enblok eksize edilen hastalara pLTA flebi ile onarım işlemi uygulanmıştır. İntergluteal/perineal HS olan hastada ek olarak pediküllü superior gluteal arter flebi ile onarım yapılmıştır. Erken veya geç komplikasyon gözlenmeyen hastalar şifa ile taburcu edilmiştir.

Tartışma: HS; apokrin bezlerin kronik bir hastalığıdır[1]. HS'nin güncel tedavisinde; uzatılmış antibiyoterapi, retinoid kullanımı, immünsüpresanlar önerilirken ilerlemiş vakalar terapötik problemlere gebedir[1]. Medikal tedavinin yetersiz kaldığı inatçı HS'den; 6 ay ve daha uzun süreli ilaç tedavisine yanıtsız vakalarda bahsedilmektedir[1]. Ciddi vakalarda folliküler tıkanıklıklar ve sekonder apokrinit; kötü koku, ağrı ve sonucunda yoğun skarlara yol açan abse ve fistüle sinüs traktlarının nedenidir[1]. İnatçı HS hastalarında cerrahi seçenekleri; enblok eksizyon ve sonrasında primer onarım, deri greftleri veya flep uygulamaları şeklinde basitçe özetlenebilir[1]. Aksiller HS, primer eksizyon sonrasında sekonder iyileşmeye bırakılırsa, omuz eklemi sertliği ve kontraktüre neden olmaktadır[1]. Primer onarım muhtemel yetersiz eksizyon nedenli yüksek rekürrens insidansları ile anılırken, deri grefti uygulamalarında greft tutması sorunları, devamlı pansuman gereksinmleri, kozmetik görünümdeki bozukluklar, skar oluşumu ve yüksek ihtimalli kontraktür oluşumdan bahsedilmektedir[1]. Eksizyonu takiben klasik olarak aksiller kontraktür oluşturmadan minimal donör saha morbiditesi ile uygun bir doku kullanılarak onarım hedeflenmelidir[1]. Aksiller bölgenin üç boyutlu anatomisi ve biyomekaniği göz önüne alındığında tercih edilecek onarım metodunun kol hareketleri sırasındaki şekil değişikliklerine, katlanmalara izin verirken ileri dönem kontraktür oluşturmayacak bir seçim olması unutulmamalıdır[2]. Fasiyokutan flepler; latissimus dorsi ve serratus anterior gibi bölge kaslarının kullanılmasına ihtiyaç olmaması da göz önüne alındığında çok daha erken omuz mobilizasyonuna izin verebilir ve hareket kısıtlaması problemini ortadan kaldırmaktadır[2, 3]. Güncel literatürler perforatör flepleri ön plana çıkartırken; lateral torasik ve aksiller bölgenin vaskuler anatomisinin değişken olduğuna dair yanlış önyargılar, alandan elde edilebilecek perforatör fleplerin çok popüler olmamasına neden olmaktadır[4]. Mikrovasküler anastomoz gereksinimi olmaması, hızlı disseksiyonu, köpek kulağı deformitesine yol açmaması, mobilitesi, eklem hareket açısını koruması ve donör sahanın göreceli olarak daha az göz önünde olan bir alanda primer olarak onarılabilmesi avantajları değerlendirildiğinde, bu bölgenin fasiyokutan ya da muskulokutan fleplerin endikasyon dahilinde kullanılması uygun olacaktır[2]. Torakodorsal ve latissimus dorsi perforatör flepleri bölgenin ilk önerilen flepleriyken lateral interkostal arter flebi (LIKAF) ve pLTA sonraki tercihler olarak tavsiye edilmektedir[4]. Halbuki; LTA bazlı fleplerin bu bölgenin diğer fleplerine göre avantajları; lateral interkostal arter flebi (LIKAF) ile kıyaslandığında pedikülünün superfisiyal, medial, derin olarak ayrı ayrı disseke edilebileceği gibi bir bütün halinde daha büyük ve daha fazla rotasyon arkına sahip flepler elde edilebilmesi; torakodorsal artrer flebine nazaran daha minimal donör saha morbiditesi oluşturması; perfüzyon ve güvenilirlik arttırılmak istenildiğinde lateral interkostal arter perforatörlerinin flebe dahil edilebilmesi ve gerek duyulduğunda lattisimus dorsi flebinin halen kullanılabilir olması şeklinde özetlenebilir[5]. Kısaca hatırlatacak olursak; bilinen anatomi kitaplarında belirtildiği üzere LTA; aksiller arterden direk dallanarak pektoralis minör kası lateral sınırında ilerleyip, aksiller lenf nodlarını, lateral torasik lenfatik kanalları, serratus anterior, pektoralis majör, pektoralis minör ve subskapular kası besler[6]. Ayrıca mevcut kadavra çalışmaları LTA tabanlı fleplerin güvenilir bir vaskuler anatomisi olduğunu ortaya konmuştur[3]. pLTA flebinin HS onarımında güvenilir ve her açıdan uygun bir tercih olacağını düşünmekteyiz. Benzer kalitede, görüntüde, yoğunlukta ve yapıda dokular kullanılarak en az donör saha morbiditesi ile onarımı gerektiren yüz rekonstrüksiyonunda; serbest flep şeklinde kullanılmakta olduğunu da literatürlerde görmekteyiz[3].

Sonuç: Aksiller HS; kliniği ile sosyal problemleri ile anılabilecek inatçı kronik bir hastalıktır. Medikal tedavi ilk basamakta yer almasına rağmen başarısı tartışılabilir. Cerrahi tedavide belirli bir konsensus oluşmaması bizleri günümüzün popüler yaklaşımı olan perforatör flep konseptine yönlendirmektedir. Aksiller bölgenin anatomi ve biyomekaniğine uygunluğu ve yukarıda belirtilen cerrahi avantajları ile pLTA flebinin uygun bir tercih olabileceğini düşünmekteyiz.

27 Yaşında HS Olgusu



Preoperatif ve Postoperatif Görüntüler

29 Yaşında HS Olgusu



Preoperatif ve Postoperatif Görüntüler

Aksiller Yanık Kontraktürü Olgusu



Preoperatif, İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler

P-429
Greft-Yara Erime Sendromunda Negatif Basınçlı Yara Tedavisi: Hızlı ve Etkili Bir Fikir

Muzaffer Kurt, Oğuzhan Demirel, Aslı Datlı, İbrahim Karaca Başaran, Funda Aköz Saydam
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Yanık yaralarının Pseudomonas aeruginosa ile kolonizasyonu septik şok, organ yetmezlikleri ve yüksek mortalite oranlarına sebep olabilir. Negatif basınçlı yara tedavisi (NBYT) 1997 yılında FDA tarafından onaylandı ve bir çok cerrah için bu enfeksiyonun tedavisinde tamamlayıcı rol oynamaya başladı. Son yapılan çalışmalar; akut ya da kronik yanıklarda, iskemik, diabetik ülserlerde negatif basınçlı yara tedavisi (VAC) kullanılarak yara iyileşmesinde belirgin bir artış olduğunu gösterdi. Yıkamalı negatif basınçlı yara tedavisi ilk kez 2008'de tanımlandı ve geleneksel negatif basınçlı yara tedavisi ile karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. 2013 yılında San Francisco'da yapılan 'Technology Innovations in Plastic Surgery' toplantısında sunulan bu çalışmalardan birinde; sonuçlar geleneksel NBYT'ne göre hospitalizasyon sürelerinde belirgin azalma olduğunu göstermektedir. Yıkama için kullanılan solüsyonlar ise serum fizyolojik, ringer solüsyonu, hidrojen peroksit (CRYSTALİN) ve polyhexanide (PRONTOSAN)'dir. Bu vaka sunumunda, yanıklarda yıkamalı NBYT sonrasında P. Aeruginosa kolonizasyonundaki sayısal düşüşü tespit etmek istiyoruz.

Yöntem-Gereçler: Yıkamalı NBYT, saçlı derisinde ve yüzünde ikinci derece yanık olan 8 yaşında beyaz ırka mensup bir çocuk hastada kullanıldı. Hasta 3 ay önce alevle yanmış, debridman ve greftleme yapılmasına rağmen hala nemli ve kokulu açık yaraları mevcuttu. Greft-yara erime sendromu tanısı koyuldu ve yara kültürü 1x10'6 cfu/ml Pseudomonas aeruginosa kolonizasyonuyla sonuçlandı. Debridman ve 3 kez yıkamalı NBYT uygulamasından sonra, yara iyileşmeye başladı ve yara kültüründe üreme olmadı. Tekrar greftleme ve 1 haftalık yara bakımı sonrasında sonuçlar fotoğraflardaki gibi oluştu.

Sonuçlar: Greft-yara erime sendromu önemli bir klinik problemdir ve patofizyolojisi, klinik prognozu ve tedavisi kesin olarak anlaşılamamıştır. Greft-yara erime sendromunda yıkamalı NBYT kullanılması, ayrıntılı olarak yara kültüründe bakteriyel yükü azaltması bakımından literatürde henüz tanımlanmamıştır. Greft-yara erime sendromu gibi sık görülen ve tedavisi güç bir klinik probleme, yıkamalı NBYT kullanarak opsiyonel bir tedavi seçeneği sunduk.

greft-yara erime sendromu



yıkamalı vac tedavisi sonrası



P-430
Kumadin Kullanan İleri Yaş Hastada Hızlı İlerleyici Bacak Hematomu

Medeni Volkan Kıyak, Işıl Akgün Demir, Zeliha Gül, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Ayşin Karasoy Yeşilada
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Varfarin tromboemboli proflaksisinde önemli bir ajandır. Varfarin tedavisinde amaç, hastaya kanama riskini en az artıracak ve aynı zamanda tromboemboliyi koruyacak dozu ayarlamaktır. INR takibi yapılmayan hastalarda doz yükselmesi durumunda ciltte purpura ve ekimoz şeklinde kanamalar ayrıca böbrek, gastrointestinal trakt ve diğer bölgelerde kanamalar görülebilir. İleri yaş hastalarda cilt elastikiyetinde azalma ve dermis direncinde düşüklük olması ve ciltaltı dokularının azlığı ve gevşekliği nedeniyle hematom oluştuğunda bu ilerleyeci olup cilt nekrozlarına, sekonder enfeksiyona neden olmaktadır. Yaşlı hastada alt

ekstremite minör travmalarına çok sık rastlanmaktadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi yaşlılarda cilt altı yağ dokusunun azlığı, cilt elastikiyetinin kaybı nedeniyle deri direncinin azalması, bu travmaların sonucunda beklenenden daha ileri düzeyde bir hasar yaratabilmektedir. Bu travmalar özellikle pretibial bölgeye olup, sıklıkla hematom ile ilişkilidir. Özellikle kan sulandırıcı ilaç kullanan yaşlı hastalarda hematom oluşma ve oluşan hematomun büyümeye devam etmesi antikoagulan tedavi almalarıyla paraleldir. Bu nedenle hematomla gelen hastanın ilaç alımı ve medikal durumları incelenmelidir. Doku kaybının engellenmesi açısından acil cerrahi müdahalenin önemi tartışılmazdır. Bu olguda 90 yaşında, kardiyak sebeplerle kumadin altındaki kadın hastadaki, 72 saat içerisinde hızla ilerleyen krus hematomuna yaklaşımımızı ve cerrahi müdahelemizi sunmayı amaçladık.

Resim 2



Acil servise başvuru anında çekilmiş fotoğraf

Resim 3



Spontan kanamanın başladığı, acil operasyon öncesi fotoğraf

Resim 4



Postop fotoğraf

P-431
Heracleum Mantegazzianum İle Yaralanma:Bir Olgu Sunumu

Kübra Ece Kalafatlar, Nebil Yeşiloğlu, Emre Güvercin, Sultan Yalçın, Gökhan Temiz, Tunç Tunçbilek, Mehmet Bozkurt
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bitkilerle veya bunların salgıları ile temas sonrası ortaya çıkan cilt lezyonları özellikle çiftçilikle uğraşan insanların sıklıkla karşılaşabildiği sorunlardandır. Bu bitkilerden biri olan tavşancıl otu (Heracleum Mantegazzianum) ile temas ciddi cilt hasarına neden olan fitofotodermatit tablosuna neden olabilir (1) (Resim 1). Fitofotodermatit bitkiyle temas sonrası güneşe maruz kalma ile oluşan, yanık benzeri bir tablodur. Türkiye'de de çeşitli bölgelerde endemik olarak gözlenebilen bu bitki ile temas sonrasında yanığı taklit eden cilt lezyonları ile karşılaşılabilmektedir.

Olgu: 30 yaşında Rize'de bahçede bir bitkinin teması sonrası bacağında yaklaşık 10x6 cm boyutlarında bülloz bir lezyon ve beraberinde epidermolizin eşlik ettiği sulantılı cilt lezyonu oluşan kadın hasta Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Yara ve Yanık Merkezi'mize başvurdu (Rezim 2). Yanma ve kaşıntı hissi ile bacakta ödeme neden olan lezyonun 2.derece yanık tablosuna benzediği görüldü. Lezyondan biyopsi alınarak patolojiye gönderildi. Patoloji sonucunda fibrinöz eksüda içerisinde polimorf nüveli lökosit toplulukları ve nükleer debris, yüzeyde dermiste ayrışmış, atrofik skuamöz epitel olduğu görüldü. Hastanın ilk başvurusunda kimyasal yanık tablosuna benzerlik nedeniyle 3 litrelik serum fizyolojik solüsyonu ile irrigasyon, klorheksidin asetatlı yara örtüsü (Bactigras) uygulanarak günlük pansuman değişimleri ile takip uygulandı. 10 günlük takip sonucunda tam epitelizasyonun gerçekleştiği ve yaranın tamamen iyileştiği gözlendi (Resim 3).

Tartışma: Bu bitkilerin savunma mekanizması olarak salgıladıkları maddelerle insanlarda ve hayvanlarda kontakt

allerji, fitofotodermatit ve kontakt dermatit oluşturabilirler. Bu reaksiyonlara neden olan maddeler sıklıkla laktonlar, biyojenik aminler, uzun zincirli fenoller, kinonlar, diterpenik erterler, furokumarinler ve asetilenlerdir(2). Ülkemizde sıklıkla rastlanan ısırganotu türevleri de gerek ürtikeryal cilt lezyonları gerekse de histamin salgılanmasına bağlı astım benzeri klinik tablolara yol açabilmektedir (3). Bunların bir kısmı bitkisel tedavi adı altında yapılan uygulamalarla karaciğer hasarına kadar varan durumlara yol açabilmektedir (4). Hercaleum mantegazzianum ile 3ncü derece cilt yanıkları bildirilmiştir (5). Hatta çim biçme işlemlerinde havaya saçılan heracleum tozlarının foto-fitodermatit benzeri klinik tablolara yol açabildiği ve bu tablonun sistemik uzantılarının olabileceğine dair olgu sunumları da vardır (6). Her ne kadar ülkemizde bu bitki ile yaralanmalarda klinik tecrübeler sınırlı ise de kimyasal yanık gibi değerlendirilerek lezyonun yoğun bir şekilde irrigasyonu ve epitelizasyon sağlanana kadar günlük pansuman değişimleri ile takibi yanığın derinlere ilerlemesini engelleyebilir.

Sonuç: Heracleum bitkisi ile yaralanma olgumuz Karadeniz bölgesi'nden başvurmuş olmakla birlikte bu bitkinin ülkemizdeki yaygınlığının tespit edilerek yaratabileceği hasarlarla ilgili halkın bilinçlendirilmesi ve olası bir yaralanmada kimyasal yanık gibi yaklaşılarak tedavi edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:
1. Klimaszyk P, Klimaszyk D, Piotrowiak M, Popiołek A. Unusual complications after occupational exposure to giant hogweed(Heracleum mantegazzianum): a case report. Int J Occup Med Environ Health. 2014 Jan;27(1):141-4.
2. Martinetz D, Sonntag U..[Skin irritating substances in plants]. Z Gesamte Hyg. 1989 Jul;35(7):386-90
3. Vega-Maray AM, Fernández-González D, Valencia-Barrera R, Suárez-Cervera M. Allergenic proteins in Urtica dioica, a member of the Urticaceae allergenic family. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006 Sep;97(3):343-9.
4. 4. Calitz C, du Plessis L, Gouws C, Steyn D, Steenekamp J, Muller C, Hamman S. Herbal hepatotoxicity: current status, examples, and challenges. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2015 Jul 6:1-15.
5. 5. Chan JC, Sullivan PJ, O›Sullivan MJ, Eadie PA. Full thickness burn caused by exposure to giant hogweed: delayed presentation, histological features and surgical management. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Jan;64(1):128-30.
6. 6. Ippen H. Photodermatitis bullosa generalisata. Derm Beruf Umwelt. 1984;32(4):134-7 (Article in German).

Resim 1



Heracleum mantegazzianum

Resim 2



Bitki ile temas sonrası

Resim 3



10 günlük takip sonrası

P-432
Spontan Uçan Balon Patlamasına Bağlı Yüz Yanığı: Bir Olgu Sunumu

Kübra Ece Kalafatlar, Emre Güvercin, Nebil Yeşiloğlu, Celal Alioğlu, Arda Akgün, Ali Cem Akpınar, Gaye Taylan Filinte
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Yüz yanıklarının sık nedenlerinden biri alev ve patlamaya bağlı yaralanmalardır (1). Helyum dolgulu uçan balonlar çocuklar için en güvenli oyuncaklardan biri sayılır. Helyum bir soygaz olduğu için diğer gazlar ve elementlerle reaksiyona girmez ve bu nedenle yanık açısından risk taşımaz ve balon patlaması kaynaklı yanıklar genellikle asetilenle doldurulan balonların direkt alevle temasına bağlı olarak görülür.

Olgu: 2 yaşında bir erkek hasta uçan balonun spontan patlamasına bağlı yüz yanığı nedeniyle Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık ve Yara Merkezi'mize başvurdu. Fizik muayenede sağ yüz yarısında 2.derece hafif yanık olduğu gözlendi (resim 1). Yara bölgesinin serum

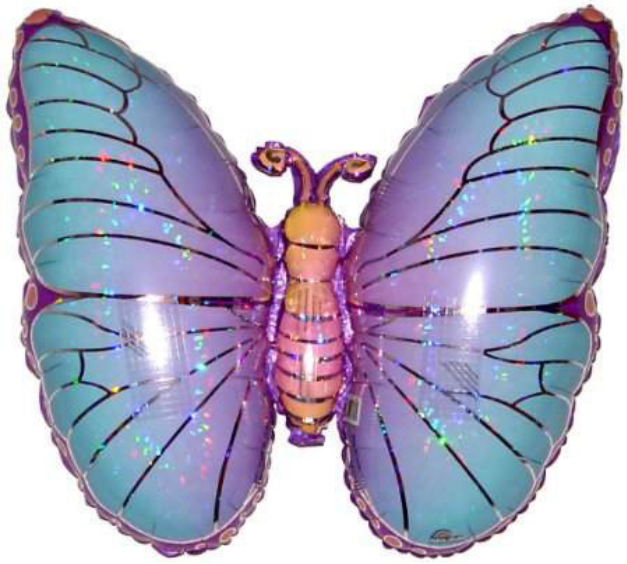
fizyolojik ile irrigasyonu sonrasında hasta klorheksidinli yara örtüsü (Bactigras) ile takip edildi. Yanık merkezinde 2 günlük takip sonrası hasta taburcu edildi.

Tartışma: İnsanların birçoğu hayatları boyunca yanık travması ile karşılaşabilmektedir ve alev yanıkları en çok karşılaşılan yanık sebeplerinden birisidir (1). Literatürdeki uçan balonla olan yanık yaralanmalarına bakıldığında balonun direkt alevle teması söz konusudur (2).Bu vakada balonun alevle herhangi bir teması olmamıştır. Balonun spontan olarak patlamasının nedeni balonun ani bir ivmeyle hareketlendirmesi sonucu veya malzemede zaman içinde meydana gelen aşınmaya bağlı olabilir ancak alevle temas kurmadan alev alması içindeki gazın kimyası ile ilgilidir. Helyum soygaz olduğundan yanıcı değildir ve çocuklar için yapılan oyuncaklarda daha güvenlidir. Bu nedenle uçan balonlar genellikle helyum gazı ile doldurulular. Ancak helyum pahalı bir gaz olduğundan üreticiler tarafından, yanıcı ve parlayıcı olan ve bu nedenle oyuncak balonlarda kullanımı uygun olmayan asetilen gazı kullanılmaktadır (3). Son derece güvenli bir oyuncak olduğunu düşündüğümüz balonların bile ticari nedenlere bağlı olarak ne kadar tehlikeli bir hale gelebileceği gözardı edilememelidir.

Referanslar: Referances

1) Selmanpakoğlu N. Türkiye'de yanık sorunu ve önemi. Yanıklar ve Tedavileri. GATA Basımevi/Ankara, 1998, sayfa 16-21.
2) Külahçı Y, Zor F, Bozkurt M, Öztürk S, Şengezer M. Burn Injury Arise From Flying Balloon Toys. TAF Prev Med Bull. 2007; 6(4): 291-296. Turkish.
3) http://www.cdc.gov/niosh/ipcsneng/neng0089.html

Resim 1



Uçan oyuncak balon

Resim 2



Oyuncak balon patlamasına bağlı sağ yüz yarımında oluşan yanık

P-433
Böcek Isırığına Bağlı Fulminan Bir Tablo

Mehmet Tapan, Ali Rıza Yıldırım, Hasan Murat Ergani, Murat İğde, Burak Yaşar, Ahmet Kaplan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Diyabetik hastalarda oluşan ufak travmaların dahi ciddi problemlere yol açabileceği diyabetik ayak hastalarından bilinmektedir. 55 yaşında kadın hasta yoğun bakıma bilnç bulanıklığı ile acil servisten yatırılmıştır. Obezite,hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi kronik hastalıkları olan hasta bilinç bulanıklığının etyolojisi araştırılmış ancak boyun posteriorundaki abseden başka bir patoloji bulunamamıştır. Hasta yakınlarından alınan bilgiye göre, boyun posteriorundan birkaç gün önce böcek ısırığı olduğu öğrenildi. Hasta kliniğimize danışıldı. Abse drenajı ve geniş debridman ile boyun bölgesindeki fasyalara debridman uygulanarak yaklaşık 30x20 cmlik bir defekt oluşturulmuştur. Takiplerinde ekstübe olan hastanın bilinci düzelmiş ve hastanın doku defekti konservatif yaklaşım ile onarılmıştır.

P-434
Kalp Pili Ekspoze Defektlerde Tecrübelerimiz

Mehmet Tapan, Necip Cihan Hasçiçek, Murat İğde, Ali Rıza Yıldırım, Alper Burak Uslu, Asude Köksal
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Kalp pili ve antikoagülan kullanımı, kalp pili yerleştirilen sol infraklaviküler bölgede birçok yara iyileşme problemlerine yol açmaktadır. Kliniğimize, Kardiyoloji Kliniği tarafından konsülte edilen hastalarda bu hasta grubuna ait rekonstrüksiyon tecrübelerimizi anlattık.

P-435
Farklı endikasyonlarda ortak sonuç; Hiperbarik Oksijen Tedavisinin yara iyileştirici etkisi

Selin Gamze Sümen[1], Gaye Filinte[2], Mehmet Bozkurt[2], Emre Güvercin[2], Gökhan Temiz[2], Murat Sarıcı[2]
[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği Ve Hiperbarik Tıp Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Hiperbarik Oksijen tedavisi (HBOT), günümüzde yara iyileştirici etkisinin gösterilmesiyle kendine dekompresyon hastalığından çok daha farklı tedavi alanları yaratmıştır. Plastik Cerrahi vakalarında aktif olarak birçok farklı endikasyonla yara iyileşmesine yardımcı olarak Hiperbarik Oksijen Tedavsinin kullanım alanları artmıştır.

Yöntem-Gereçler: Hastanemiz yara ve yanık tedavi merkezinde bulunan Hiperbarik Oksijen Tedavi Ünitesi ile ortak değerlendirmelerimiz sonucunda 14 hasta tedaviye alındı. Hastalar; Diyabetik ayak (4), radyonekroz (1), ayakta greft uygulaması (3), replantasyon (2), ayakta degloving yaralanması (2), ve elde enjeksiyon yaralanması (1), nüks carpal tünel (1) şeklinde sınıflanmaktaydı. Hastalar basınç odası içinde 2-2,5 ATA (absolut atmosfer) basınç altında, yaralarının iyileşme hızına göre ortalama 10-40 seans arasında 120 dak süre boyunca % 100 oksijen solutularak tedaviye alındılar.

Sonuçlar: Hastalarda yara iyileşmesinin hızlandığı, enfeksiyonun gerilediği, ve ikincil operasyonlara ihtiyacın azaldığı gözlemlendi.

Tartışma: Yara iyileşmesi problemli vakalarda travma, enfeksiyon varlığı, operasyon sonrası çevre dokularda gelişen ödem ve doku perfüzyonun güçleşmesi nedeniyle yarada oksijen düzeyi azalabilir. Hiperbarik oksijen tedavisi, artan oksijen ihtiyacını tamamlayıcı bir rol oynar. Basınç altında oksijenin difüzyon mesafesinin artışıyla tetiklenen süreçte, başlıca şu etkiler ile yara iyileşmesini hızlandırır; plazmada çözünmüş oksijen düzeyini arttırarak hipoksiyi giderir, dokuda ödemi azaltır, fagositlerin oksijene bağımlı savunma gücünü iyileştirir, bazı antibiyotiklerin bakteristatik ve bakterisid etkinliğini sinerjik etkiyle arttırır, kemik iliğinden vaskülojenik kök hücre mobilizasyonu uyarır, neovaskülarizasyonu ve epitelizasyonu hızlandırır. Günümüzde yara iyileşmesindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda HBOT'nin birçok farklı endikasyonlarda düşünülmesinin tedaviye yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

P-436
Savaş Yaralanmalarındaki Deneyimlerimiz

Nilüfer Çetinkaya, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı, Hasan Çelik, Mithat Akan
İstanbul Medipol Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Ateşli silah yaralanmaları(ASY) tipik olarak yüksek enerji transferinin olduğu yaralanmalardır. Bu nedenle ateşli silahların neden olduğu yaralamalar nadiren izoledir. ASY genellikle multisistem travma şeklinde karşımıza gelirler. Medikal ve cerrahi tedavilerdeki gelişmeler, daha önce ölümcül olacak yaralanmalardan kurtulunmasına olanak sağlamıştur. Bu da günümüzde bakımı ve rekonstrüksiyonu çok daha komplike yaralarla karşılaşmamıza sebep olmuştur.

Yöntem-Gereçler: Kliniğimizde Ocak 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında 16 ateşli silah yaralanması olan hasta takip edildi. 9 vakada alt ekstremitede yaralanma, 5 vakada üst ekstremitede yaralanma, 1 vakada gövdede ve 1 hastada da maksillofasial yaralanma mevcuttu. Hastaların acil değerlendirilmelerinin ardından hastaların ağrı kontrolü sağlandı. Tetanoz profilaksisi yapıldı ve uygun antibiyoterapi başlandı. Gerekli nutrisyonun sağlandığından emin olundu. Yaralarının durumuna göre günlük veya günaşırı olacak şekilde pansuman planlandı. 11 hastaya yatak başı pansuman yapıldı. Seri sürüntü kültürleri alındı ve sonuçlarına göre antibiyoterapileri düzenlendi. 5 hastaya genel anestezi altında ameliyathanede irrigasyon, debridman ve pansuman yapıldı. Ameliyathaneye alınan hastaların yaralarına her pansumanda en az bol izotonik ile irrigasyon yapıldı. Tam, ancak radikal olmayan debridman yapıldı. Yaraların debridmanı ve kanlanmasının artması amacı ile steril fırça ile yıkama yapıldı. Seri doku kültürleri alındı. Kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılması planlanan hastalara granülasyon dokusunun artması için toz asit borik uygulandı. Kültür sonuçlarına göre tedavileri düzenlendi. Durumu stabil olan ve enfeksiyonu bulunmayan hastalara rekonstrüksiyon planlandı. 16 hastanın 8'inin yarası kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. 5 vaka serbest flep ile rekonstrükte edildi. Bu fleplerin 3'ü serbest anterolateral uyluk flebi, 1 flep ise serbest fibula flebiydi. 1 vakada sural flep kullanıldı ve 1 vakanın yarası primer onarıldı. Hiçbir greftte kayıp olmadı ve hiçbir flepte nekroz ve kayıp olmadı. 1 hasta enfeksiyonun kontrol altına alınanamaması nedeniyle sepsise girerek ex oldu. On beş hasta sağlıkla taburcu edildi.

Tartışma: Ateşli silah yaralanmaları yüksek enerji transferinin olduğu yaralanmalar olduğu için, hastalar multisistem travma ile gelirler. Ateşli silahların yara oluşturma etkisi dört aşamalıdır. İlk aşama, ateşli silahın patlaması ile oluşan hava akımı ve basınç etkisidir. Genellikle içi hava dolu organları etkiler. İkincil etkisi patlayan silahın parçalarının direkt hastaya teması ile oluşan yaralanmalardır. Üçüncül etki, hastanın patlamanın etkisi ile çevredeki cisimlere çarpması veya bu cisimlerin yine patlamanın etkisi ile hastanın üzerine düşmesi ile oluşan ezilme tipi yaralanmalardır. Son etki ise silahın ısının ve kimyasal yapısının oluşturduğu yanık etkisidir. Akılda tutulması gereken bir nokta, ASY kontaminasyonun çok sıkça görüldüğü yaralanmalar olduğudur. Silahın kendi parçalarının olduğu kadar, çevre koşulların (savaş ortamı, kişisel hijyen eksikliği) da etkisiyle yaranın kontamine ve enfekte olma olasılığı yüksektir. Ateşli silah yaralanması olan bir hasta ile karşılaştığımızda hastanın multitravma ile başvurmuş olduğu akılda tutulmalıdır. İlk müdahalenin ardından hastanın ağrı kontrolü sağlanarak

yara değerlendirilmelidir. Ağrı kontrolü hastanın konforunu artırdığı gibi, tedaviye uyumunu da artırır. Ekstremitenin viabilitesi değerlendirilir. Vasküler travma olup olmadığına bakılır. Muhtemel kompartman sendromu akılda tutularak fasyotomi ihtiyacı değerlendirilmelidir. İhtiyacı olan hastalara mutlaka eksiksiz fasyatomi açılmalıdır. Ateşli silah yaralanmalarında limitli veya tek insizyonlu fasyatomilerin yeri yoktur. Eksiksiz fasyatomi hayati önem taşır. ASY ile başvuran bir hastanın yarası kontamine kabul edilmelidir. Bu nedenle hastaya tetanoz profilaksisi yapılmalıdır. Kültür sonuçları beklenmeden profilaktik antibiyoterapi de başlanmalıdır. Daha sonra alınan seri kültür sonuçlarına göre tedavisi düzenlenir. Dikkat edilmesi gereken bir başka konu da bu hastaların nutrisyonel desteğidir. Bu hastalar, savaş ortamında yaralanma öncesinde de muhtemel nutrisyonel eksiği olan hastalardır. Yaralanma ile ihtiyacı artan hastanın beslenmesinin de uygun şekilde sağlanması çok önemlidir. Yara bakımı sürecinde yarayı fotoğraflamak önerilir. Yaranın takibi açısından olduğu kadar, pansuman açılmadan da yaranın medikal takımın diğer üyeleriyle paylaşılabilmesi açısından da fotoğraflama önemlidir. Aynı zamanda objektif bir değerlendirme sağlar. Yaranın rekonstrükte edilebilecek hale gelmesi için irrigasyon ve debridman çok önemlidir. İrrigasyon mutlaka bol miktarda sıvı ile yapılmalıdır. Debridman ise eksiksiz olmalı ve tüm nekrotik dokular temizlenmiş olmalıdır. Ancak radikal olunmamalı ve zaten mevcut durumda çok miktarda doku eksiği olan bu yaralanmalarda, viabilitesi olan maksimum miktarda doku muhafaza edilmelidir. Günlük veya günaşırı yapılan debridmanlarla bu sağlanabilir. Pansumanlar ise her yaranın özelliğine göre planlanmalıdır. Hasta ve yara stabil hale geldikten sonra, enfeksiyonun da kontrol altına alındığından emin olunduğunda rekonstrüksiyon planlanabilir. Bu tarz yaralarda lokal flepler bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmemelidir. Yaranın çevresindeki dokular da genellikle yaralanmadan etkilenmişlerdir.

Sonuç: Ateşli silah yaralanmaları yüksek enerjili, multisistem travmalardır. Hastanın genel durumu stabil ise yara bakımı ve rekonstrüksiyonu büyük önem taşır. Her hastanın mutlaka ağrı kontrolünü sağlamak, olası enfeksiyondan korumak ve yarasına uygun bakımı yapmak gerekir. Gerekli bakım sonrasında da en uygun yöntem seçilerek hastaların yaralarının rekonstüksiyonu yapılmalıdır.

Sol Kolda Savaş Yaralanması



Postop

Sol Kolda Savaş Yaralanması



Periop görüntü

P-437
Üst Ekstremite Kimyasal Yanıkları: 9 Hastanın Analizi

Yakup Çil
Etimesgut Asker Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Ankara

Amaç: Kimyasal materyalllerin günlük hayattaki kullanımının artışı ile kimyasal yanık olguları artmıştır. Burada; 8 yıllık dönemde kimyasal yanık nedeniyle tedavi edilen 9 üst ekstremite yanıklı hastaya ait bilgiler sunuldu.

Materyal & Method: 2007-2015 yılları arasında yaş ortalaması 22 yıl (19-28 yıl) olan 9 erkek hasta kimyasal yanık nedeniyle kliğimizce tedavi edildi. Kimyasal maddeyle temas bölgesi 7 hastada el, 2 hastada önkol bölgesiydi. Etiyolojik neden 1 hastada fosfor, 8 hastada yüzey temizleyici kaynaklıydı.

Sonuçlar: Kimyasal yanıklı hastaların hiçbirinde sistemik yan etki gözlenmedi. 7 hastada konservatik tedavi ile yanık bölgeler iyileşti.2 hafta içerisinde sekonder iyileşme meydana gelmeyen 2 hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Bu 2 hastaya debridman + cilt grefti ile onarım ameliyatı yapıldı. Ortalama takip süresi 5 ay (3-9) olan hastaların hepsinde üst ektremite fonksiyonunda kayıp meydana gelmeden iyileşme sağlandı.

Sonuç: Kimyasal ajanların kullanımı artıkça kimyasal yanıkların bildirilmesi artmaktadır. Kimyasal maddelerle çalışması zorunlu olan insanların; kişisel korunma yöntemlerine daha fazla özen göstermesi ile bu tip yanıkların azalacağı kanısındayız.

P-438
Akut Yanık Yaralanmalarında Ek Hastalıkların Yara İyileşmesi ve Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkileri

Funda Aköz Saydam[1], Aslı Datlı[1], Salih Onur Basat[1], Karaca Başaran[1], Özgür Pilancı[1], Oğuzhan Demirel[1], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kartal, Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Ek hastalıkları olan hastalar, yanık yaralanmalarının sonuçları açısından daha yüksek riskli olma eğilimindedirler. Komorbidite hesaplaması için Charlson indeksinde bulunan komorbid durumlar şunlardır; myokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, periferal vasküler hastalıklar, demans, serebrovasküler hastalıklar, kronik pulmoner hastalıklar, konnnektif doku hastalıkları, diyabet, ülser, ılımlı-orta-ağır karaciğer hastalıkları, hemipleji, böbrek hastalıkları, tümörler, tümör metastazları, lösemi, lenfoma ve AIDS (1). Komorbidite ve mortalite indeksinin hesaplanmasının yanı sıra, bu çalışmanın amacı akut yanık yaralanmalarında komorbid bir hastalık varlığının yara iyileşmesi ve hastanede kalış süresi üzerine etkisini araştırmakdır.

Olgu: Çalışmaya 2009 ve 2015 yılları arasında kabul edilmiş toplam 1500 yanık hastası dahil edilmiştir. Hastaların 84›ünde (%5,6) eşlik eden bir komorbid hastalık tespit edilmiştir. Yaş, etyoloji, komorbid hastalıklar, toplam vücut yanık alanı (TBSA), tedavi modaliteleri ve hastanede kalış süreleri incelenmiştir. Hastaların 33›ü (%2,2) kadın olup, 1467›si (%97,8) erkek olarak tespit edilmiştir. Ortalama yaş 50,5 yıldır (16-86). Acil müdehale sonrası hastalar yanık ünitesine kabul edilmiştir. Ortalama vücut yanık yüzey alanı %22 (%8-35), hastanede kalış süresi ise ortalama 21.5 gün (2-61 gün) olarak bulunmuştur. Hastaların genel olarak her birinde bir veya birden fazla komorbid hastalık bulunmaktadır. Eşlik eden komorbid durumlar ise, alkol ve uyuşturucu kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, renal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, kardiyak hastalıklar, diyabet, karaciğer hastalıkları ve hipertansiyon olarak bulunmuştur. Komorbid hastalıklar bilinç durumu ile ilgili bozuklar ile beraberlik, nöropati ile beraberlik ve diğer tıbbi durumlar ile beraberlik olarak 3 gruba ayrılmıştır. Komorbid hastalıklar, hastaların hastaneye kabulünden önce var olan ve hastanede temel kalma nedeni ile bağımsız olan durumlar olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte komorbid hastalıkların hastanede kalış süresi üzerine önemli etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmadaki komorbid hastalıklar şunları içermektedir; alkol ve uyuşturucu kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, renal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, kardiyak hastalıklar, diyabet, karaciğer hastalıkları ve hipertansiyon. Alkol, uyuşturucu kullanımı ve psikiyatrik bozukluklar genellikle bilinç durumu ile ilişkili problemler olarak karşımıza çıkarken nöropati ise nörolojik hastalıkların,diyabet ve renal hastalıkların genel özelliği olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle komorbid hastalıklar, bilinç durumu ile ilgili bozuklar ile beraberlik, nöropati ile beraberlik ve diğer tıbbi durumlar ile beraberlik olarak 3 gruba ayrılmıştır. Bu çalışmada hastalar arasındaki komorbid bozuklukların sıklığı yaş ile beraber değişkenlik göstermektedir. Alkol, uyuşturucu kullanımı ve psikiyatrik bozukluklar 0-40 yaş arasında daha sık gözlenirken, diyabet daha çok 41 yaş ve üstü yaş gurubunda karşımıza çıkmaktadır (Tablo 1). Komorbid hastalığı olan hastalarda en sık görülen yanık nedeni alev yanıkları veya piromani ve nöropati nedeni ile gerçekleşen yanıklardır Komorbid hastalıklar ile birlikteki yanıklarda, greft veya sekonder cerrahi girişimlere olan ihityacın arttığı ve daha çok sayıda komorbid hastalık ile birlikteliğin hastanede kalış süresini uzattığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Bununla birlikte bu hastaların anestezi hazırlık süreci daha uzun ve dolayısı ile tekrarlayan cerrahi müdahaleler daha zor olmaktadır.

Tartışma: Komorbid hastalıklar arasında madde kullanımı ve psikiyatrik bozukluklar yanık için predispozan durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukları yanık hastalarında daha sık gözlenmiştir. Bir psikiyatristin yanık ekibine dahil olmasının hastanın tedavisinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların çoğu uzun dönem ilaç tedavileri gerektirmektedir. Bu ilaçların anestezi ve cerrahi üzerine etkileri ise göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur. Cerrahi öncesi uzun anestezi hazırlığı dönemi sadece bu hastalarda görülen bir sorun olmayıp, komorbid hastalıklar ile beraber olan yanıklarda karşımıza çıkan genel bir sorundur ve bu nedenle cerrahi girişimde gecikmelere sebebiyet verebilmektedir. Bunun yanı sıra bu hastaların anestezi sonrası dönemde adaptasyonu daha zor olmakla beraber pansuman değişiminde zorluklar daha sık olarak gözlenmektedir. Alt ekstremitelerde duyu azlığı ve soğuk hissi nöropati bulguları olarak kabul edilmekte ve bu durum yanık yaralanmaları için risk teşkil etmektedir. Nöropatinin en sık nedeni diyabet olup görme problemleri ve his kaybı ile birliktelik göstermektedir. Bu durumların hepsi yanık yaralanmalarına neden olmaktadır. Diyabetik hastalarda arteriopati ve immün yetmezlik nedeni ile yara iyileşmesi gecikmektedir. Bu hastaların hastanede yatışı daha ileri bir hasarı ve tedavi sonuçlarının iyileşmesini sağlamaktadır. Bunula birlikte taburculuk sonrası evde bakıma önem verilmesi tedavi sonuçları üzerine oldukça önemli bir katkı sağlamaktadır.

Sonuç: Bu çalışmadaki sonuçlar, komorbid hastalıklar ile birlikte olan yanık yaralanmalarının morbidite ve hastanede kalış süresini arttırdığını gösteren diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Ek hastalıklar akut yanık yaralanmalarının sonuçlarını etkilemektedir. Bununla birlikte hastanede kalış süresinin ek hastalık sayısı ile ilişkili olarak daha uzun olduğu tespit edilmiştir.

Kaynaklar:
1- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-83.
2- Thombs BD, Singh VA, Halonen J, Diallo A, Milner SM. The effects of preexisting medical comorbidities on mortality and length of hospital stay in acute burn injury: evidence from a national sample of 31,338 adult patients. Ann Surg. 2007 Apr;245(4):629-34.
3- Lundgren RS, Kramer CB, Rivara FP,Wang J, Heimbach DM, Gibran NS, Klein MB. Influence of Comorbidities and Age on Outcome Following Burn Injury in Older Adults. J Burn Care Res. 2009;30(2):307–14.
4- Rao K, Ali SN, Moiemen NS. Aetiology and outcome of burns in the elderly. Burns 2006;32:802–5.
5- Covington DS, Wainwright DJ, Parks DH. Prognostic indicators in the elderly patient with burns. J Burn Care Rehabil 1996;17:222–30.

Tablo1

Yaş	Hasta sayısı	Ek hastalık	En sık yanık etyolojisi
0-20	4	Alkol ve madde bağımlılığı-2	Alev-4
21-40	31	Psikiyatrik bozukluk-19	Alev-19
41-60	25	Diabet-17	Alev-11
>=61	23	Diabet-15	Sıcak sıvı-15

Yaş gruplarına göre en sık görülen ek hastalıklar ve yanık etyolojileri

Tablo 2

Ek hastalık sayısı	Hasta sayısı	Yaş ortalaması	TBSA	Tedavi	Hastanede yatış ortalaması
>=2	20	56.5	1-21	Sekonder:%20 Greft:%80	22.2
1	64	44.6	1-35	Sekonder:%28.5 Greft:%71.5	20.9
0	317	37.2	1-30	Sekonder:%34.7 Greft:%65.3	15.1

Ek hastalık sayısı ile tedavi prensipleri ve hastanede yatış süresi arasındaki ilişki

P-439
Geriatrik Hastalarda Bası Yarası Yönetimi

Dağhan Işık, Buse Kılın Çapkınoğlu, Mustafa Durgun, Osman Tan, Mübin Hoşnuter
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İzmir

Giriş: Bası yarası hastalarda hayat kalitesini düşüren ve tedavi masrafları yüksek olan önemli bir problemdir. Bası yaraları her yaş grubunda gelişebilsede yaşlılarda daha sık gelişmektedir. Bu çalışmanın amacı geriatrik yaş grubunda bası yaralarına yaklaşımı sunmaktır.

Gereç Yöntem: Kliniğimizde geriye dönük 2 yıllık, 65 yaş ve üzeri hastalar tarandı. Hastalar yaş, cinsiyet, yaranın yeri, etiyolojik neden, komorbid hastalıklar, biyokimyasal değerler, kullanılan medikasyonlar, hastalara uygulanan tedaviler, tedavide cerrahi uygulanıp uygulanmadığı ve uygulanan cerrahi teknik açısından incelendi.

Bulgular: Bu çalışmaya evre3 veya 4 bası yarası olan 21 hasta dahil edildi. Yaş ortalamssı;76.3 idi. 11 hasta opere edildi. 10 hastanın 2 si ASA skorlaması 4 olması, 8 hasta da Braden skorlaması 16 dan küçük olması nedeniyle opere edilmedi. Bu hastalara medikal ve palyatif bakım uygulandı. İki hasta serviste ex oldu, 1 hasta kardiak arrest sonrası yoğun bakıma sevk edildi. En sık lokalizasyon,bu hastaların yatağa bağımlı olmaları nedeniyle sacrum idi.2.sıklıkta topuklar gelirken bunlara ek olarak bazı hastalarda trokanterik ve iskial yaralar da bu lokalizasyonlara eşlik etmekteydi.

Tartışma: Bası yaralarında multidisipliner yaklaşım tedavinin temelini oluşturur. Cerrahi tedavi her zaman uygun olmayabilir. Nüks oranı yüksek olan hasta gruplarında predispozan faktörlerin ortadan kaldırılması ve iyi yara bakımı sağlanması da birtedavi seçeneği olabilir. Hasta ve yara birlikte değerlendirilmeli,cerrahi kararı verildiyse öncesinde,hastaya mutlaka nutrisyonel destek verilmeli,enfeksiyon var ise uygun antibiotik ile tedavi edilmelidir.Oluşum öyküsü,zamanı,var ise önceki tedavileri,medikal problemleri sorgulanmalıdır. Biz mobil hastalarda cerrahi tekniği seçerken fonksiyonel kayıp yaratmamak adına gluteus maksimus kasını koruyarak, perforatör tabanlı flepleri ve fasyokutan ilerletme fleplerini tercih ettik.

P-440
Pilonidal Sinuse Bağlı Orbita Lateral Duvarında Kemik Destruksiyonu Nadir Bir Olgu

Emine Çiğdem Karadağ[1], Hatice Toy[2], Mehtap Karameşe[3], Zekeriya Tosun[3]
[1]Konya Numune Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Konya
[3]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi ABD, Konya

Pilonidal sinus, kıl kümelerinin cilde penetre olması sonucu oluşan kronik inflamatuar bir durumdur. Sıklıkla, sakrokoksigeal bölgede görülür. Etyolojide, konjenital ya da kazanılmış olmak üzere 2 teori üzerinde durulmaktadır. Fakat son dönemde özellikle travmanın etyolojide rol oynadığı savunulmaktadır. Pilonidal sinusun en sık görülen komplikasyonları selülit, abse ve fistul oluşumu iken kemikte destruksiyon oluşturmasına dair literatürde herhangi bir rapor bildirilmemiştir. Biz burada, sağ orbita lateralinde hiperemik, deprese, taban dokuya yapışık, dokunmakla ağrılı lezyon şikayetiyle başvuran bayan hastada yapılan cerrahi müdahale esnasında görülen pilonidal sinus traktı ve traktın fikse olduğu orbita lateral duvarında kemik destruksiyonuna yol açan literatürde daha önce bildirilmemiş bir pilonidal sinus olgusunu sunduk.

P-441
Bütan Gazı Kötüye Kullanımına Bağlı Tipik Yanık: Olgu Serisi

Soner Tezcan[1], Fatih Tekin[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Madde ve ilaç bağımlılığı gün geçtikçe artmakta ve toplum sağlığını tehlike altına almaktadır. İnhalasyonla kimyasal ve toksik madde kullanımı, özellikle gençlerde daha kolay ulaşılabilir ve ucuz olması nedeniyle son zamanlarda artış göstermektedir. İnhalan maddelerin yol açtığı toksik problemlerin yanı sıra patlayıcı alev yanıklarına

yol açması ve bu yanık vakalarının birbirine benzerliği dikkat çekicidir. Butan inhalasyonu esnasında ortaya çıkmış patlayıcı yanık vakalarını sunarak, bu konunun plastik cerrahiyi ilgilendiren kısmına dikkat çekmeyi amaçladık.

Hasta Ve Method: 2013 Eylül - 2015 Mart ayları arasında farklı zamanlarda Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi›ne, kapalı bir araç içinde patlayıcı tarzda alev yanığı şikayeti ile başvuran toplam 6 hasta; yaş, cinsiyet, yanık bölgesi ve yüzdesi, yanık derecesi, sigara kullanımı ve miktarı özelliklerine göre sınıflandırıldı. Yaş ortalaması 17,8 ve hastaların hepsi erkek idi. Sigara kullanımı bütün hastalarda yaklaşık 365 paket/yıl kadardı. Hastaların her iki elinden başlayarak önkola ilerleyen ve yüz bölgesini kaplayan 2. derece yanık alanları mevcuttu. Ortalama yanık yüzdesi Lund ve Browler formülüne göre % 8,3 idi. Hastaların alınan anamnezlerinde kaçamak cevaplar vermesi ve bu durumu ebeveynlerinden gizleme çabaları dikkat çekiciydi. Bütün hastalar günlük yara bakımı ile takip edilerek ortalama 3,5 gün içinde taburcu edildi.

Tartışma: Inhalan maddeler¨ yaygın olarak bulunan, kolaylıkla temin edilebilen ve o¨zellikle ergenler tarafından ko¨tu¨ye kullanılan maddelerdir. Uçucu madde alımı sonrasında kısa su¨re içinde o¨fori, eksitasyon ve neşeli davranışlar gelişmesi nedeniyle "zevk verici" olarak kabul edilmektedir. Kullanım alanları ve kimyasal özelliklerine göre sınıflandırılırlar. Her sınıf uçucu maddenin öfori yapması nedeniyle kötüye kullanımı bildirilmiş olmasıyla birlikte, ülkemizde en sık kötüye kullanımı bilinen inhalanlar endüstriyel alanda kullanılan yapıştırıcılar (bally,uhu vs.) ve boya açıcılardır (tiner).

Butan gazı keyif verici özellikte olup oda spreylerinde ve deodorantlarda da bulunmakla birlikte ucuz ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle o¨zellikle 15-20 yaş arası gençlerde çakmak gazı yoluyla soluma tercih edilmektedir. Diğer inhalanlar gibi saatlerle ölçülebilen etkileri mevcuttur. Kronik kullanımlarında davranış değişiklikleri başta olmak üzere psikiyatrik problemlere yol açmalarının yanı sıra akut olarak ani ölüm, aritmi, solunum depresyonu, işitme problemleri, görme kaybı, yanıklar, intoksikasyonlara bağlı bulantı-kusma gibi sistemik yan etkileri bildirilmiştir. Multisistemik sonuçları nedeniyle önem taşıyan bu kötüye kullanım sonucu yanık oluşması ise plastik cerrahi açısından yatış endikasyonu doğurmaktadır.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi hastaların anamnezlerinde kaçamak cevaplar vermeleri nedeniyle araç içinde kapalı bir ortama butan gazı salınmasını sağlayıp arkadaşları ile birlikte sosyal bir ortam yarattıkları, öforik hale gelmiş olan bir kişinin sigara içmek istemesi nedeniyle ortamda bulunan yanıcı maddenin hastaların el-önkol ve yüzlerinde yanıklara yol açtığı gerçeğinin ortaya çıkarılması dikkatli bir hikayeyle mümkün olmaktadır.

Bu tipik yanık modeli ile karşılaşıldığında ilk olarak hastaların bir inhalasyon yanığı olduğu unutulmamalı ve yatış endikasyonu gerekliliği hatırlanmalıdır. Ayrıca akut intoksikasyon belirtileri açısından hastalar sistemik olarak değerlendirilmeli, kronik etkileri ve kötüye kullanım tedavisi açısından psikiyatriye yönlendirilmeli ve aile bilincinin oluşturulması adına ebeveynlere ayrıntılı bilgi verilmelidir.

Sonuç: Çalışmamızda olduğu gibi hastaların ayrıntılı anamnezi ve sistemik muayenesi plastik cerrahide fazlasıyla önem taşımaktadır. Tipik hikaye ve fizik muayenesi olan ergen yanık vakalarında inhalan madde etiyolojisi akılda tutulmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Foto 1



Yüz yanığı

Foto 2



El, el bileği, önkol yanığı

Foto 3



El, el bileği, önkol yanığı

P-442
Diyabetik Ayak Hastalarında Rifampisin Solüsyonu İle Deri Grefti Pansumanı

Fatih Tekin[1], Soner Tezcan[1], Mehmet Sürmeli[2], Mehmet Çağatay Falcıoğlu[1], Ömer Faruk Taner[1], Furkan Erol Karabekmez[1]
[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Diyabetik hastalarda özellikle ayak yaraları kompleks bir süreç sonunda rekonstrüksiyonu zor bir hal almaktadır. Bu durum ortaya çıkan yaraların tedavisinde rekonstrüksiyon basamağında olduğu gibi en kolay ve basit yöntemle yapılacak tedavileri öne çıkarmaktadır. Özellikle ekstremitelerde varolan dolaşım yetmezliğiyle birlikte en basit rekonstrüksiyon seçeneği olan deri greftinde dahi istenmeyen sonuçlarla karşılaşılması, hastaların pansumanı için ek uygulamaların doğmasına neden olmaktadır. Bu bilgiler ışığında bu sunumumuzda kliniğimizce diyabetik ayak hastalarında aktif olarak kullandığımız deri grefti pansuman modifikasyonunu paylaşmayı amaçladık.

Gereç- Yöntem: Diyabetik ayak nedeniyle oluşan defektlerde deri grefti uyguladığımız hastalara operasyon sonrası 1. günden başlayarak rifampisin solusyonu infuzyonu uygulandı. Postoperatif 1,2 ve 3. gün 500 cc serum fizyolojik içine 1 ampul rifampisin enjekte ederek hazırladığımız solusyonun 8 saatte gidecek şekilde tie over pansuman üzerinden yara yerine ulaşması sağlandı. Her gün ıslanmış olan pansuman malzemeleri değiştirilerek postoperatif 3. günde tie over pansuman açıldı.

Tartışma: Deri grefti uygulamasının evreleri literatürde ve klasik kitaplarda daha önce tariflenmiştir. Plasmatik imbibisyon, inoskülasyon ve kapiller ingrowth şeklinde tariflenmiş olan bu evreler greftin dolaşımını sağlamasında erken evrelerde difüzyonun önemini ortaya koymaktadır. Bu uyguladığımız pansuman yöntemiyle diyabetik hastalarda gecikmiş olan vasküler yapılanma sürecinde yara yerinin beslenmesi sağlanmakta ve kapalı kalan bu bölgenin enfeksiyon olasılığına karşı antibiyoterapisi amaçlanmaktadır. Gözlemlerimiz neticesinde kullandığımız bu yöntem sayesinde diyabetik ayaklarda deri greftinin defekt alanında tutunma olasılığı alamlı derecede artmaktadır. Bu konuyla birebir örtüşen literatürde herhangi bir çalışma bulunmamakla birlikte ileri çalışmaların yapılması ve objektif değerlerle sonuçların ortaya konmasının daha değerli olacağını düşünmekteyiz

Sonuç: Kliniğimizde aktif olarak uzun zamandır kullandığımız ve gözle görülür şekilde deri grefti tutma oranını artırdığını düşündüğümüz bu yöntemin, objektif sonuçlarıyla daha değerli bir yer alacağını düşünmekteyiz

Foto 1



Rifampisin Solüsyonu

Foto 2



Uygulanış Şekli

P-443
Az Bilinen ve Alev Alabilen İkili; Gres Yağı ve Oksijen

Andaç Aykan, Musa Kemal Keleş, Abdülkerim Yapıcı
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Gres yağı ve makine yağları rulmanlarda, mil yataklarında ve çelik halatlarda çeşitli amaçlar için kullanılmaktadır. Bu kayganlaştırıcı ürünler petrolden üretilirler ve alev alabilme özellikleri vardır. Genellikle endüstriyel alanlarda kullanılırlar. Ayrıca araç tamir atölyelerinde ve diğer askeri çalışma alanlarında oksijen tüplerinin kullanıldığı yerlerde kullanılırlar. İşçalışmagüvenliğikurallarındabirçokgelişmekaydedilmiştir. Birçok çalışma alanında uyarıcı işaretler mevcuttur. Ne var ki işçiler sanayi alanlarında tamamıyla riskten kurtarılmış değillerdir. Eriyik metaller, radyoaktif maruziyet, kimyasallar, elektrik yanıkları, haşlanma ve lpg yanakları sıklıkla rapor edilen işyeri kazaları olarak karşımıza çıkar. Burada çok ender karşılaşılan, elinde gres yağı ile oksijen tüpü vanasını açma sırasında ortaya çıkan alev yanığı sonrası yaralanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Araç tamiri görevi olan ve elleri gres yağı ile temas etmiş olan askeri personel oksijen tüpü vanasını açma esnasında oluşan yanma sonucu yanık merkezimize müracat etti. Hastanın öyküsünden yağlı elleri ile oksijen tüpü vanasını açma esnasında basınçlı oksijen çıkışı ile birlikte elindeki gres yağının aniden yanmaya başladığı, basınç ile el bileği ve palmar derisinde cilt altı dokuları penetre eden perforasyona yol açtığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde yüzünde, sol el-el bileğinde ve kolunda 2.derece yanık alanları mevcuttu. El bileği ve palmar bölgedeki derin yanık nedeni ile yapılan detaylı muayenede duyu ve motor hasarın olmadığı tespit edildi. Hastada inhalasyon yanığı mevcut değildi. Hastaya antibakteriyel kremler ile günlük pansuman yapıldı. 2 haftalık takip sonucu cilt grefti gerekmeksizin tamamen iyileşti.

Tartışma: İşyeri kazaları çok farklı ve umulmadık şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Literatür araştırması sonucu kendi kendine tutuşan makine yağı bildirilmemiştir. Bu tür yağlar sanayi alanlarında sık kullanılmaktadır. Ancak birçok işçi alev alabilecekleri konusunda bilgi sahibi değildir. Oksijen yüksek oranda reaktif bir gazdır ve kayganlaştırıcı yağ benzeri petrol ürünleri ile temas halinde tutuşmaya yol açabilir. Makine yağları hidrokarbon ve bir miktar katkı maddesinden oluşmaktadırlar. Genellikle bu ürünler aleve dirençli üretilmektedirler. Ancak katkı maddelerinin oranları makine yağlarının özelliklerini de değiştirmektedirler. Bazen kolay tutuşabilir özellik kazandırmaktadır. İyi bir makine yağı aleve dirençli, zor tutuşan özellikte olmalıdır. Özellikle oksijen tüplerin bulunduğu çalışma sahaları ve hastanelerde mutlaka tutuşmaya dirençli makine yağları kullanılmalıdır. Daha önce yapılan deneysel bir çalışmada normal şartlarda dahi makine yağı buharının oksijen ile kimyasal reaksiyona girebildiği ve patlayıcı özellik kazanabildiği gösterilmiştir. Sonuç olarak makine yağlarının kolaylıkla alev alabileceği akılda bulundurulmalıdır. Çalışanlar mutlaka oksijen tüpleri ile temas ederken yağlı ellerle dokunmamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.

P-444
Diabetik Nöropati ve Retinopatiye Bağlı Ayak Pulpa Amputasyonu

Zeynep Karacor Altuntaş, Serhat Yarar, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Nedim Savacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Diyabetik nöropati ve retinopati diabetes mellitusun sık görülen komplikasyonlarındandır. Diyabetes mellitus travmatik olmayan görme bozukluklarının ve ekstremite kaybının en sık nedenlerinden biridir. Diyabetik ayak yaraları morbidite artışına, hayat kalitesinin bozulmasına, yüksek tedavi maliyetlerine ve yüksek oranda ekstremite amputasyonlarına neden olurlar.

Olgu: 79 yaşında kadın hasta evde ayak tırnaklarını makasla kestikten sonra parmak uçlarında kanama nedeniyle yakını tarafından acil servise getirildi. Alınan hikayeye göre yaklaşık 30 yıldır Tip 2 DM tanısı olan hastanın görme kaybı da mevcutmuş. Yapılan fizik muayenesinde her iki ayak parmaklarında pulpa total kaybı içeren kesileri mevcuttu. Ağrı ve hissi olmayan hastanın yaraları primer sütürasyonla yaklaştırılarak sekonder iyileşmeye bırakıldı. Yaklaşık 45 günlük takibin ardından yaraların tamamen iyileştiği görüldü.

Tartışma: Diyabetik nöropatisi olan hastaların ağrı hissi, basınç hissi, ısı hissi ve derin duyu kaybı nedeniyle ayağa travma sonucu yara oluşumuna neden olabilirler. Diyabetik nöropatide en sık bulgu eldiven çorap tarzı duyu değişiklikleridir. Hastalar travmaya maruz kaldıklarında tesadüfen saptanabilirler. Yapılan çalışmalarda diyabetik retinopatili hastalarda diyabetik nöropatinin görülme sıklığının %70 lere varan düzeylerde olduğu görülmektedir. Moss ve ark. DM'e bağlı retinadaki değişiklikler ile alt ekstremite amputasyonları arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Shahidi ve ark. yaptıkları çalışmada diyabetik retinopati gelişiminde korneal sinirdeki değişiklikleri incelemişler ve korneal sinirdeki değişikliklerin diyabetik periferik nöropati gelişimi için erken belirleyici risk faktörü olarak değerlendirilebileceği ifade etmişlerdir. Diyabetik ayak yaralarında hastalarda görülen diyabetik retinopati ve nöropati yara oluşumuna predispozan ve birbirlerini etkileyen en önemli faktörlerdir. Diyabetik ayak yarasının gerek yarattığı morbidite, gerekse alt ekstremite amputasyonlarının en önemli nedeni olduğunu göz önüne alırsak koruyucu sağlık hizmeti erken tanı ve takibinin önemli olduğunu görülmektedir.

Sonuç: Diyabetik retinopati ve ayak komplikasyonları için taramaların yapılması, görme kaybı gelişen ya da ekstremite amputasyonu gerekebilecek hasta sayısının azalmasını sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması önemlidir. Eğer diyabet hastalarında görme kaybı da varsa; ayaklar birbaşkası tarafından da kontrol edilmeli, uzayan tırnaklar birbaşkası tarafından dikkatlice kesilmelidir.

Resim 1



Preopertaif görüntü

Resim 2



Postoperatif 45. gün görüntüsü

P-445
Yüksek Gerilim Elektrik Yaralanmasına Bağlı Kuşak Tarzı Yanık: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş, Sedat Avşar, Abdül Kerim Yapıcı, Yalçın Bayram, Muhitdin Eski
GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Elektrik yaralanmaları diğer termal yaralanmalara göre nadir görülmekle birlikte yüksek mortalite oranına sahiptir. Elektrik yanıkları düşük voltaj (<1000 V), yüksek voltaj (>=1000 V)ve flaş yanığı olarak görülebilmektedir. Yüksek voltaj elektrik yaralanmaları daha çok iş kazası şeklinde olmaktadır. Özellikle endüstriyel alanlarda ve şehir elektriği ile ilgilenen elektrik teknisyenleri yüksek risk altındadır. Düşük voltajlı ve flaş tarzı elektrik yanıkları ise daha çok ev ortamında oluşmaktadır. Burada çalışma esnasında yüksek voltaj elektrik yanığı oluşan bir hastanın giydiği iç çamaşırı bel kısmının lastikli olması nedeniyle karın alt kısımda lastiğin temas ettiği alanlarda oluşan 3. derece yanığın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Elektrik teknisyeni olan 30 yaşında erkek hasta, yüksek gerilim elektik yanığı nedeniyle yanık

merkezine kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde her iki üst ekstremite, gövde ve alt ekstremitesinde tüm vücut alanının %30'unda 2 ve 3. derece yanık alanları saptandı. Hastanın her iki lateral flank bölgesinden başlayıp suprapubik bölgede devam eden kuşak tarzında 40x5 cm boyutunda 3. derece yanık alanı mevcuttu. Yanık yoğun bakımda takibi yapılan hastanın derin yanık alanları kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Kuşak tarzındaki yanık tam kat debride edildikten sonra primer olarak kapatıldı.

Tartışma ve Sonuç: Elektrik, dokularda temel olarak, hücre depolarizasyonu ve karşılaştığı direnç oranında termal enerji ile cilt yanığı ve derin doku hasarı hasar oluşturmaktadır. Elektrik yaralanmalarında doku hasarını etkileyen birçok faktör mevcuttur. Elektrik Akımı, doku direnci, dokunun etkilenme süresi, elektrik akımının geçtiği yol yaralanmanın şiddetini etkileyen en önemli faktörlerdir. Bu faktörlere ek olarak yanan giysiler, ısı ile eriyen sentetik maddeler veya vücuttaki kemer tokası, yüzük, düğme gibi metalik cisimler ısı muhafazası nedeniyle yanık derinliğini arttırabilmektedir. Yüksek voltaj elektrik yanıkları daha çok endüstriyel alanlarda, elektrik santrallerinde ve nakil hatlarında çalışan işçilerinde gözlenmekte olup yüksek mortalite oranına sahiptir. Bu iş alanlarında çalışan işçilerin elektrik akımını etkileri ve korunma yolları hakkında detaylı bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Koruyucu giysiler kullanımının yanı sıra kişisel eşyalarının (kol saati, kemer, kemer tokası, yüzük, iç çamaşırı, kolye, sentetik ürünler) seçiminde de dikkatli olmaları yönünde uyarılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:
1.Koumbourlis AC. Electrical injuries. Crit Care Med. 2002;30(11):S424–30
2.Rai J, Jeschke MG, Barrow RE, Herndon DN. Electrical injuries: a 30-year review. J Trauma 1999;46(5):933–6.

Resim1



Olgunun elektrik yaralanması sonrası kuşak tarzı yanık gelişimi görülmektedir.

Resim2



Hastanın erken postoperatif evrede aynı bölgenin görünümü izlenmektedir

P-446
Genital Yöre Yerleşimli Keloid: Olgu Sunumu

Muzaffer Durmuş, Abdül Kerim Yapıcı, Fatih Zor, Serdar Öztürk
GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Hipertrofik skar ve keloid, anormal yara iyileşme süreci sonrası gelişen iki antitedir. Her iki durumda hastalarda klinik olarak ağrı, kaşıntı, eritem ve kozmetik olarak kabul edilemeyen görünüm oluşmaktadır. Keloid ve hipertrofik skar tedavisinde zorluklar halen devam etmektedir. Birçok tedavi modalitesi literatürde tanımlansa da bu olgularda ideal bir klinik yaklaşım yoktur. Cerrahi eksizyon, kortikosteroid enjeksiyonu, silikon jel uygulaması, bası giysisi kullanımı, lazer tedavisi, krioterapi ve değişik oral ve topikal uygulamalar tedavide kullanılmaktadır. Bu çalışmada suprapubik yerleşimli bilateral keloid olgusunun klinik özellikleri, uygulanan tedavi ve klinik seyri sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Yirmi bir yaşında erkek hasta genital yerleşimli kötü görünümlü şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezde 5 yıl önce üroloji kliniğinde varikosel ameliyatı sonrasında insizyon hattında kabarıklık kaldığını bu nedenle 3 yıl önce, 6 ay arayla iki kez ard arda skar revizyonu ameliyatı geçirdiğini ancak fayda görmediğini ifade etti. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik yörede 5-6 cm çapında iki adet ciltten oldukça kabarık, kaşıntılı hiperemik keloid olduğu izlendi (Resim1). Hastaya dormikum destekli lokal anestezi altında eksizyon ve intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu planlandı. Eksizyon sonrası insizyon hatlarına birer ampul triamnisolon asetat (Kenacort) ampul insülin enjektörü yardımıyla uygulandı. Kanama denetimi sonrası ciltlaltı 3.0 vikril, cilt 3.0 prolen yardımıyla primer olarak sütüre edildi. Hastanın klinik takibinde postoperatif birinci ayda ve ikinci ayda triamnisolon asetat (Kenacort) enjeksiyonları tekrarlandı. Takip süresinde 3.ayda insizyon hattında hafif hiperemi dışında nüks saptanmadı (Resim2). Klinik sonuçların erken evrede tatminkar düzeyde olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Keloid ve hipertrofik skar tedavisinde güncel literatüre bakıldığında halen arayışlara devam edildiği görülmektedir. Randomize klinik çalışmaların bu alanda az sayıda olduğu dikkati çekmektedir. Birçok tedavi modalitesinin kişisel deneyimlere dayandığı görülmektedir. Cerrahi esnasında steriliteye dikkat edilmesi ve insizyon hattında gerginliğin olmaması en önemli belirleyici faktörler olduğu görülmektedir.

Olgumuzda cerrahi esnasında yara iyileşme prensiplerine dikkat edilerek eş zamanlı olarak kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. Bu işleme nüksü engellemek için 2. ve 3. kez devam edildi. Takip periyodunda nüksün gelişmediği görüldü. Daha önceki skar revizyon işlemlerinde 4.haftada yeniden kabarıklığın oluştuğu ancak bu tedavide böyle bir komplikasyon gelişmediği görüldü. Postoperatif evrede hastaya 6 ay süresince silikon jel tedavisi uygulandı. Sonuç olarak keloid ve hipertrofik skar olgularında cerrahi işleme kortikosteroid enjeksiyonu eklenmesiyle olası nüksler azaltılabilir. Benzer olgularda tedaviye silikon jel uygulaması, laser tedavisi ve bası giysisi seçenekleri eklenebilir.

Kaynaklar:
1. Tang YW. Intra- and postoperative steroid injections for keloids and hypertrophic scars. Br J Plast Surg. 1992 Jul;45(5):371-3.
2. Urioste SS, Arndt KA, Dover JS. Keloids and hypertrophic scars: review and treatment strategies. Semin Cutan Med Surg. 1999 Jun;18(2):159-71. Review.
3. Liu W, Wu X, Gao Z. New potential antiscarring approaches. Wound Repair Regen.2011 Sep;19 Suppl 1:s22-31.

Resim1



Genital yöre yerleşimli bilateral keloid izlenmektedir

Resim2



Eksizyon+kortikosteroid uygulama sonrası 3.ay görünümü izlenmektedır

P-447
Elektrik Yaralanması Olan Bir Olguda Ampute Parçanın Makroskopik Bulguları: Diseksiyon Çalışması

Muzaffer Durmuş[1], Abdül Kerim Yapıcı[1], Selim Türkkan[3], Harun Yasin Tüzün[3], Nuri Yiğit[2], Serdar Öztürk[1]
[1]GATA Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]GATA Patoloji AD
[3]GATA Ortopedi ve Travmatoloji AD

Amaç: Yüksek voltaj elektrik yaralanmaları meydana geldiğinde hastaların daha sonraki yaşamlarında ciddi sekeller bırakabilmektedir. Bu sekellerden birisi de bu tür yaralanmaların hastada extremite amputasyonuna neden olmasıdır. Bu çalışmada elektrik yanığı sonrası sağ dirsek altı amputasyonu gereksinimi olan bir olgunun ampute kısmında yapılan cerrahi diseksiyona ait veriler sunulacaktır.

Olgu sunumu: 27 yaşında erkek hasta yüksek voltaj elektrik yararlanması sonrasında GATA Yanık Merkezine başvurdu. Hasta yoğun bakıma alınarak yapılan ilk değerlendirme sonrasında takip ve tedavisine başlandı. Hastanın Ortopedi ve Kalp-Damar cerrahisi konsultasyonlarından sonra klinik, radyolojik ve laboratuar değerlendirmesiyle amputasyon kararı alındı. Elektrik yaralanmasının etkileri makroskopik olarak ortaya kondu.

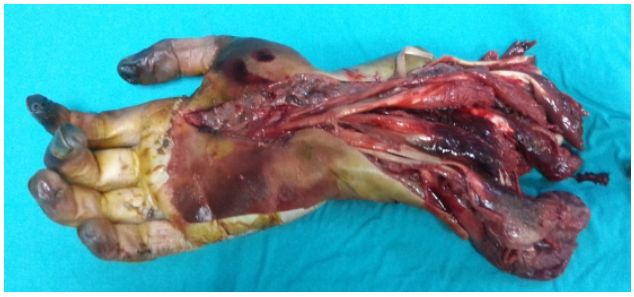
Cerrahi diseksiyon: Ampute parçanın (Resim1) proksimalinden başlanarak distale doğru fleksor yüzde cilt ciltaltı dokuları geçildi. Fasyanın altında derin ve yüzeyel kaslar median ve ulnar sinir ile ona eşlik eden nörovasküler yapılar ortaya kondu. Diseksiyon dorsale doğru ilerletilerek radial sinirde ortaya kondu. Yapılan explorasyonda ulnar ve radial arterin dirsek altı seviyede yaklaşık 5-6 cm'lik segment halinde tromboze olduğu gözlendi. Perinörovasküler yapılara ve komşu dokularda elektrik yaralanmasına bağlı olarak ciddi doku yıkımları olduğu izlendi. El bileği seviyesinde karpal tünel açılarak median sinirin el bilek seviyesinde tüm dalları ortaya kondu. Ardından guyon kanalında seyreden ulnar sinir ve dalları ortaya kondu. Median ve ulnar sinirin distale doğru devam eden dalları falankslara doğru ilerlerken dijital sinirlere dönüştüğü izlendi. Guyon kanalından geçtikten sonra ulnar sinirin dorsale giden duyu dalının 4 dala ayrıldığı görüldü. Median sinirin karpal tüneli geçtikten hemen sonra önce iki dal verdiği daha sonra dijital sinirlere dönüştüğü ve makroskopik olarak sağlam olduğu görüldü(Resim2,3). Parmakların flexor yüzünde sırası ile yüzeyel ve derin flexörler ve kiazma yapısı ortaya kondu. FDP ve FDS tendonları tendon hooku ile kenara çekildiğinde hemen arkasında beyaz renkte volar plate net şekilde net görüldü. A1-A2 pulleylerinin birbirinin devamı şeklinde olduğu gözlendi. Elin dorsal kısmında ekstansör mekanizma yapısı incelendiğinde tendonlar arasında bağlantılar (connectionlar) olduğu izlendi. Cerrahi diseksiyonun yaklaşık 2-3 saat sürdüğü görüldü. Cerrahi diseksiyon esnasında elde edilen veriler kısaca not alındı.

Tartışma ve Sonuç: Elektrik yaralanmaları sonrası amputasyon gereksinimi olan olgularda ampute parçanın makroskopik olarak incelenmesi elektrik yaralanmaları sonrası oluşan değişiklerle ilgili bize bilgi verecektir. Bu amaçla proximalden distale, yüzeyelden derine doğru tüm kemik, tendon, kas, sinir ve diğer anatomik yapılar dikkatli bir diseksiyon ile ortaya kondu. Yaralanma sonrasında nörovasküler yapıların ciddi oranda hasar gördüğü öte yandan komşu anatamik yapıların kas gövdelerinin de hasarlandığı dikkat çekmekteydi. Vasküler yapılarda tromboz olduğu literatürle ile uyumlu olarak bizim olgumuzda da radial ve ulnar arterde 5-6 cm'lik

segmentte tromboz gözlendi. Elektrik yaralanmaları sonrasında ampute parçada yapılacak anatomik ve histopatolojik analizler, hastaların maruz kaldığı elektrik yaralanmasının natürü hakkında bize bilgi verecektir. Sonuç olarak; elektrik yanık olgularında amputasyon sonrası ampute parçanın patoloji bölümünde makroskopik analizi mümkündür. Anatomi diseksiyona yeterli oranda zaman ayrılarak bu incelenebilir. Bu süre ortalama 2-3 saat civarındadır. Ampute parça, klinisyenlere elektrik yaralanmasının natürü hakkında ayrıntılı bilgi verecektir. Bu nedenle ampute parçanın, anatomik diseksiyonu ile elektrik yaralanmasına bağlı makroskopik değişikliklerin saptanabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:
1. Tarim A, Ezer A. Electrical burn is still a major risk factor for amputations. Burns. 2013 Mar;39(2):354-7.
2. Piccolo NS, Piccolo MS, Piccolo PD, Piccolo-Daher R, Piccolo ND, Piccolo MT.Escharotomies, fasciotomies and carpal tunnel release in burn patients review of the literature and presentation of an algorithm for surgical decision making. HandchirMikrochirPlastChir. 2007Jun;39(3):161-7. Review.
3. Kennedy PJ, Young WM, Deva AK, Haertsch PA. Burns and amputations: a 24-year experience. J Burn Care Res. 2006 Mar-Apr;27(2):183-8.
4. Soto CA, Albornoz CR, Peña V, Arriagada C, Hurtado JP, Villegas J. Prognostic factors for amputation in severe burn patients. Burns. 2013 Feb;39(1):126-9.

Resim1



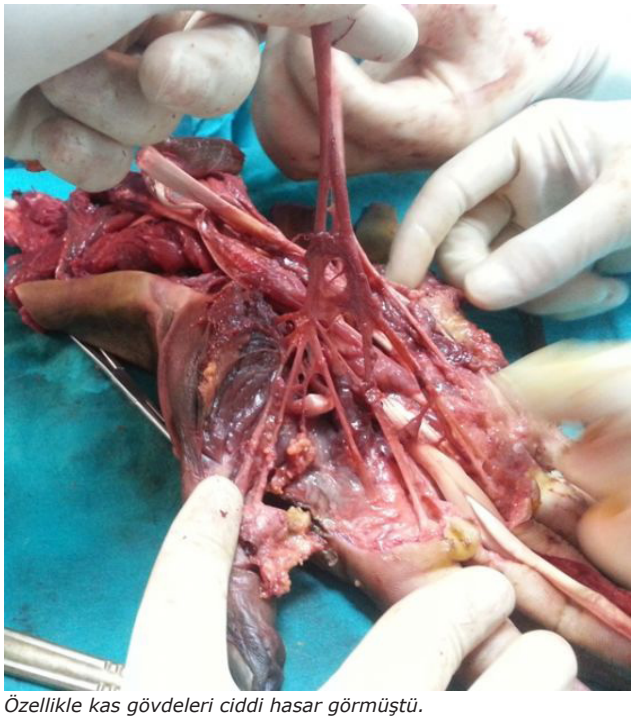
Yüksek voltaj elektrik yaralanması sonrası ampute organın görünümü izlenmektedir.

Resim2



Ampute parçada elektrik yaralanması sonrası median sinirde oluşan değişikliklerin analiz edildi. Ulnar ve radyal arterin önkolda 5-6'lik cm alanda tromboze olduğu görüldü.

Resim3



Özellikle kas gövdeleri ciddi hasar görmüştü.

P-448
Gebeliğin Yanık Skarı Üzerine Etkileri

Aslı Datlı[1], Asuman Özel[1], Funda Aköz Saydam[1], Salih Onur Basat[1], Karaca Başaran[1], Özgür Pilancı[1], Mehmet Bozkurt[2]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Kartal, Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Gebelik süresince vücutta bir çok fizyolojik değişim olur buna eklenen bir termal yaralanmanın anne ve fetüsü hayatı üzerine olumsuz etkileri olabilir. Bu çalışmada amacımız kliniğimize başvuran gebe yanık hastalarındaki tecrübelerimizi sunmak ve 1 yıllık takipte Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) kullanarak skar durumunu aynı yaş, etyoloji ve toplam vücut yüzey alanına sahip gebe olmayan yanık hastaları ie karşılaştrmaktır.

Olgu: 5 yıllık süreçte 1025 kadın hasta Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanaesi Yanık Kliniği›ne başvurdu. Başvuran bu yanık kadın hastaların 21›i (%2) gebe idi. Tüm yaralanmalar evde gerçekleşmişti. Ortalama yaş 26.2 olarak hesaplandı. Yanık ünitesine başvuran hastalar içerisinde yoğun bakım ihtiyacı olanlar yanık merkezine transfer edildi. Bizim tedavisini planladığımız hastaların hiçbirinin yoğun bakım ihtiyacı yoktu. Etyolojide 5 hastada alev, 14 hastada sıcak sıvı ve 2 hastada ise sıcak buhar vardı. Toplam etkilenen vücut yüzeyi (TBSA) %1-%18 arasında değişmekte idi. 14 hasta ilk trimestrda, 2 hasta ikinci trimestrda, 5 hasta ise son trimestrda idi. Hastalardan 15›i ayaktan tedavi edildi, 6›sı ise yanık ünitemize yatırıldı. 4 hastaya yara debridmanı ve greftlemeyi içeren cerrahi müdehale yapıldı. Diğer hastalar günlük yara bakımı ile takip edildi. Ortalama hastanede yatış süresi 26.6 gün olarak hesaplandı (Tablo 1). Tüm hastalar sağlıklı bir şekilde

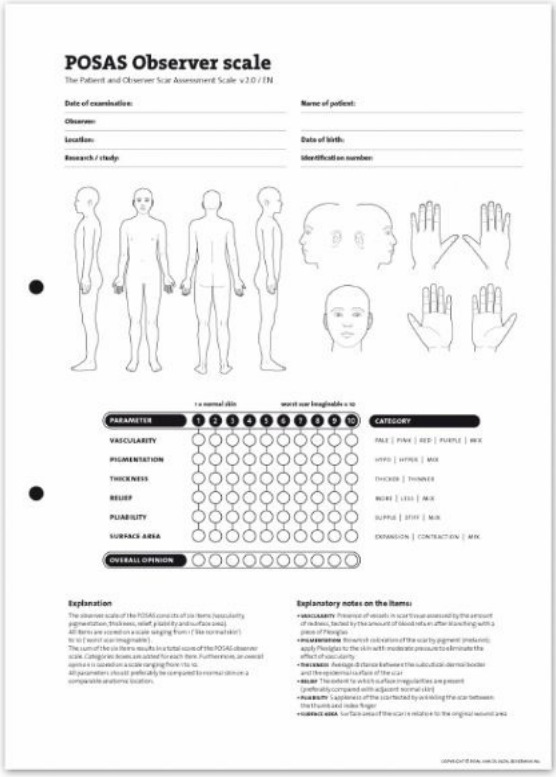
doğum yaptı. 1 yıllık takiplerde POSAS›ı kullanarak benzer yaş, yanık etyolojisi ve TBSA değerleri olan, gebe ve gebe olmayan hastalarda klinik olarak skar değerlendirmesi yaptık.

Sonuç: Başvuran tüm gebe yanık hastaları fetüsün değerlendirilmesi için Kadın ve Doğum Hastalıkları Kliniği›ne konsülte edildi ve tüm hastalar taburculukları sonrasında sağlıklı doğumlar yaptı. 1 yıllık takipler sırasında yanık skarı klinik olarak POSAS ile değerlendirildi. Her hasta yanık skarını ağrı, kaşıntı, renk, sertlik, kalınlık ve irreglariteyi değerlendirerek skorladı. Aynı zamanda doktor tarafından da vaskülarizasyon, pigmentasyon, esneklik, kalınlık, kabarma ve skar yüzey alanını değerlendirildi. POSAS 1 ila 10 arasında sayısal değerlendirme içerir. 10 kötü iyileşmiş bir skar için sayısal bir değer iken 1 normal skarı yansıtır. Hekimin değerlendirmesi hasta ile paylaşılmaz.

Tartışma: Her ne kadar mevcut literatürlerdeki veriler kısıtlı olsa da özellikle gelişmekte plan ülkelerde gebelik sırasında yanık yaralanmaları nadir olgular değildir. Farklı yazarlar tarafından belirtildiği üzere 1990› larda gebelik sırasında yanık yaralanma insidensi %7-%15 arasında değişmektedir (1,2). Post-akut faz esnasında diğer tüm yanıklarda olduğu gibi tedavi amacımız uygun sıvı desteği, sepsisten koruma ve erken yara kapama şeklinde olmalıdır (1-4). Gebe yanık hastalarında başvuru esnasında Kadın ve Doğum Hastalıkları tarafından değerlendirme gereklidir. Gebelerde yanıktan korunma yanık tedavisinde ki en önemli basamaktır. Bu çalışmada POSAS kullanarak benzer yaş, etyoloji ve TBSA›ya sahip kadın hastalarda, gebeliğin yanık skarı üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık. Skar kalitesinde gebe olan ve olmayan hastalar arasında belirgin bir farklılık gözlemlemedik.

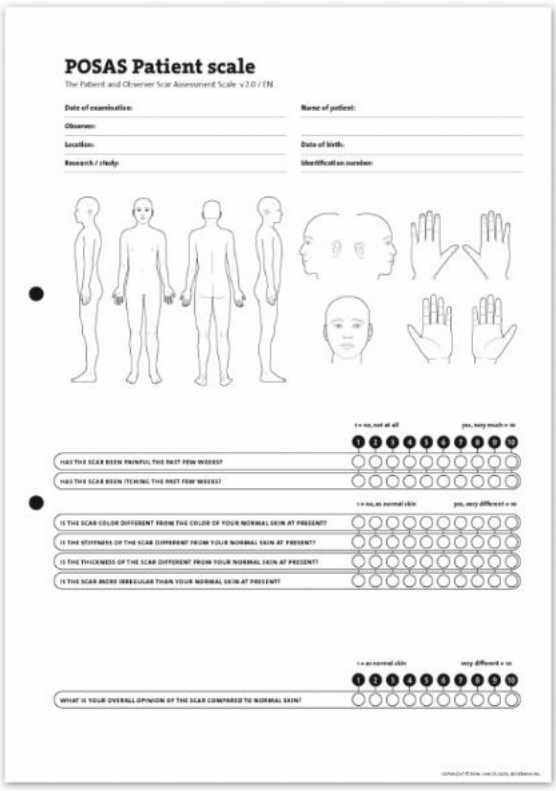
Kaynaklar:
1- Draaijers LJ, Tempelman FR, Botman YA, et al. The patients and observer scar assessment scale: a reliable and feasible tool for scar evaluation. Plast Reconstr Surg. 2004;113:1960-5
2- Guo SS, Greenspoon JS, Kahn AM. Management of burn injuries during pregnancy. Burns. 2001Jun;27(4):394-7
3- Akhtar MA, Mulawkar PM, Kulkarni HR. Burns in pregnancy: effect on maternal and fetal outcomes. Burns 1994; 20:351-5.
4- Napoli B, D'Arpa N, Masellis M, Graziano R. Burns in pregnancy. Ann Burns Fire Disasters 2000; 13:18-24

Resim 1



POSAS Klinisyen Değerlendirme Skalası

Rsim 2



POSAS Hasta Değerlendirme Skalası

Tablo 1

Hasta no	Yaş	Gestasyon yaşı	Yanık yüzdesi	Etyoloji	Hastanede kalış süresi	Tedavi
1	23	2 hafta	%10	Alev	15 gün	Konservatif
2	27	36 hafta	%10	Buhar	14 gün	TKDG
3	31	4 hafta	%10	Sıcak sıvı	13 gün	TKDG
4	22	4 hafta	%7	Alev	27 gün	TKDG
5	30	1 hafta	%15	Sıcak sıvı	20 gün	Konservatif
6	28	5 hafta	%18	Alev	44 gün	TKDG

TKDG: Tam kalınlıklı deri grefti

P-449
Kronik Enflamasyon Sonrası Hipertrikozis Görülen İki Olgu

Ali Bal[1], Rafet Özbey[2], Mehmet Öztan[3], Mehmet İhsan Okur[1], Serdar Altun[1]
[1]Fırat Üniversitesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ
[2]Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Hatay
[3]Batman Bölge Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Batman

Giriş: Hipertrikoz; kişinin yaş, cinsiyet ve ırk özellikleri göz önüne alındığında normal sınırların üstünde olan lokalize veya generalize kıllanma artışıdır. Bu kıl artışı terminal, vellus veya lanugo tipi tüyler şeklindedir. Hipertrikoz dış görünüşü olumsuz etkilediği için emosyonel strese ve toplum tarafından dışlanmaya sebep olabilmektedir. Lokalize hipertrikozis hormonal olabileceği gibi hormon dışı nedenlerden de kaynaklanabilmektedir. Bunlar kronik irritasyon, cilt enflamasyonu ve travması, bazı topical ilaçlar olarak sayılabilir (1). Kırık sonrası alçı uygulamaları (2), Hint kınası ile yapılan dövme uygulamaları (3), topical testosterone uygulamaları sonrası (4) gibi birçok örnek de literatürde hipertrikoz olgularının sebepleri arasında yer almıştır. Bu makalede ise akkiz hipertrikoz nedenleri arasında olan kronik enflamasyon sonrası gelişen 2 adet olgu sunulmuştur.

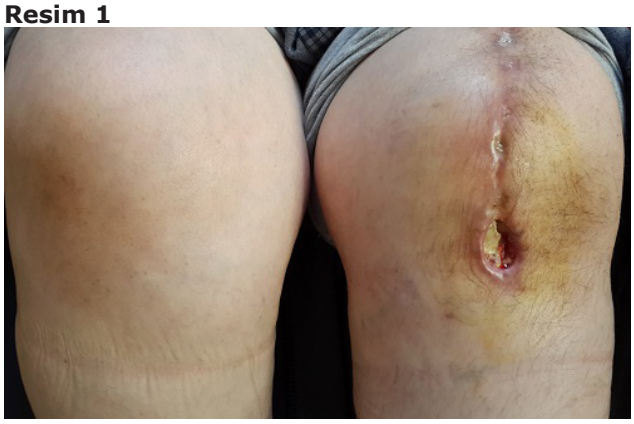
Olgu1: 65 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 ay önce diz protezi cerrahisi yapılmış. Hastanın operasyondan sonraki 2. haftada yara yerinde açılma olmuş. Antibiyotik ve topikal pomad tedavisi verilmiş. Fakat uzun süre yarası iyileşmemiş. Aynı zamanda yara etrafında kıllanma artışı meydana gelmiş (Resim 1).

Olgu 2: 23 yaşında kadın hasta yaklaşık 20 ay önce çenesinde travma sonucu yara açılmış. Yarası sütüre edilmiş. 1 hafta sonra yarası enfekte olmuş ve dikişleri açılmış. Sonrasında pomad ve antibiyotik tedavisi verilmiş ve uzun bir zamandan sonra yarası skar bırakarak iyileşmiş. Fakat iyileşen yara etrafında kıllanma artışı olmuş (Resim 2).

Sonuç: Lokal hipertrikozis olgularında kıllanma artışına neden olan etken tespit edilip ortadan kaldırıldıktan sonra 6 ay içinde kıllanmanın azaldığı ve kaybolduğu görülmüştür (5). Bu süreçte özellikle kozmetik kaygısı olan hastalara kılların alınması (epilasyon, çekme, kesme) önerilebilir.

Kaynaklar:
1. Bundak R. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, Mart 2005; s. 163-167.
2. Ma HJ, Yang Y, Ma HY, Jia CY, Li TH. Acquired localized hypertrichozis induced by internal fixation and plaster cast application. Ann Dermatol. 2013 Aug;25(3):365-7.
3. El Habr C, Mégarbané H. Temporary henna tattoos and hypertrichosis: a case report and review of the literature. J Dermatol Case Rep. 2015 Jun 30;9(2):36-8.
4. McCourt C, Hoey S. An unusual case of localised hypertrichosis. Ulster Med J. 2010 May;79(2):100.
5. Yuen MW, Lai LK, Chan PF, Chao DV. Acquired localised hypertrichosis in a Chinese child after cast immobilisation. Hong Kong Med J. 2015 Aug;21(4):369-71.

Resim 1



Sol diz bölgesinde kronik enflamasyon sonrası gelişen kıllanma artışı.

Resim 2



Sağ mandibula üzeri cildinde kronik enflamasyon sonrası gelişen kıllanma artışı

P-450
Yara yüzeyine greftin tam fiksasyonunda yeni bir sütür tekniği

Nurten Turhan Haktanır[1], Şükrü İşler[2], Güray Yılmaz[3]
[1]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[3]Ünye Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği

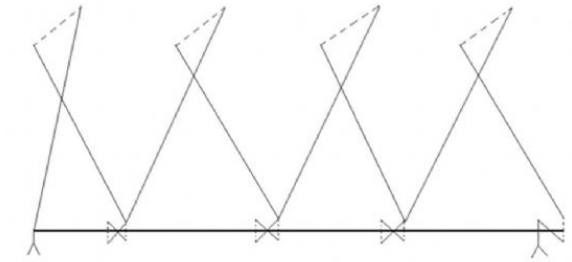
Deri greftleri, plastik cerrahi pratiğinde pediküllü ve serbest fleplerin donör alanlarının ve doku defektlerinin kapatılmasında sıklıkla kullanılır. Deri greftinde, özellikle de flep donör alanının kapatılmasında kullanıldığı zaman flep kalınlığına bağlı olarak bir konkavite ortaya çıkar. Buna bağlı olarak greft kenarları yüzeye tam oturmaz ve greft yüksekte kalır. Konkav yüzeyin kenarlarına greftin tam oturtulması amacıyla kenar yükseklikleri ile defekt tabanını birbirine bağlayan çapraz sütürler yerleştirdik. Ayrıca, greftin yara kenarlarına tam tutunması için çaprazların arasına basit sütürler yerleştirdik (Resim 1). Çapraz sütürler greftin fiksasyonunu sağladı. Dikiş, yaranın sol ucundan aralıklı bir sütür ile başlatıldı. Daha sonra, doku blokunun tabanından 2-3 mm'lik bir sütür yukarı doğru oblik olarak atıldı. Bundan sonra, greft ve deri kenarlarının arasından iki aralıklı sütür geçirildi (Resim 2). Resim 1'de gösterildiği gibi, rutin dikişte graft yüksekte kalmakta ve kenarlara tam oturmamaktadır. Ancak çapraz sütürler sayesinde yara kenarlarına tam olarak oturmaktadır. Yara kenarları klasik tekniklerde genellikle greftin tutmamasına ve iyileşmenin gecikmesine neden olabilen yağ dokusundan oluşur. Diğer yandan, yöntemimizde greftin tam oturması sayesinde iyileşme hızlanabilir.

Resim 1



Rutin dikiş ile greftin sağ kısmı yüksekte kalmış ve yara kenarlarına tam oturmamış (sol); çapraz sütür ile greftin sol kısmı yara kenarlarına oturmuştur (sol ve sağ).

Resim 2



Çapraz sütürün şematik çizimi

P-451
Sıcak Su Torbası Yanıkları

İbrahim Sağlam[1], Şerif Yavuz[1], Muhsine Zeynep Yavuz[2], Metin Görgü[1]
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]AbantAbant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı

Giriş: Sıcak su torbalarının, soğuk mevsimlerde ısıtma amaçlı ya da sırt, eklem, menstürasyon veya pankreatit ağrılarını hafifletme amaçlı kullanımı yaygındır. Her ne kadar ısı uygulaması, iyi tanımlanmış, ilaç kullanımına gerek duyulmayan bir ağrı giderme şekli olsa da ve bu uygulama şekli hastalarda semptomatik bir iyileşme sağlasa da, torba içerisindeki sıcak suyun deriye teması ile oluşan haşlanma yanıkları riski de önemli ölçüde artmaktadır. Bu yazımızda ağrı gidermek amacı ile sıcak su torbası uygulaması yapan ve haşlanma yanığı nedeni ile kliniğimize başvuran 2 hastayı sunuyoruz. Amacımız sıcak su torbalarının tehlikeleri hakkında farkındalık yaratmak ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Vakalar: Olgu 1: 35 yaşında bayan hasta sırt sağ tarafta, toplam vücut yüzeyinin yaklaşık % 4'ünü kaplayan ikinci derece yanık ile kliniğimize başvurdu (Resim 1). Öyküsünden böbrek taşı ağrısı nedeni ile sıcak su torbası uyguladığı ancak torbanın birden yırtılıp içindeki sıcak su ile haşlandığı öğrenildi. Günlük pansumanları yapılan ve ağrı kesici ve antibiyotik tedavisi başlanan hastanın yanıkları 2 hafta sonra tamamen iyileşti.

Olgu 2: 32 yaşında bayan hasta sol kalça lateralinde, toplam vücut yüzeyinin % 7'sini kaplayan ikinci derece yanık ile polikliniğimize başvurdu (Resim 2). Öyküsünden, sıcak su torbasını kalça ağrısı için kullandığı ancak torbanın üzerine yatınca patladığı ve yanık oluştuğu öğrenildi. Günlük pansuman ile takip edilen ve antibiyotik ve ağrı kesici reçete edilen hastanın yanıkları 2 haftada tamamen iyileşti.

Tartışma : Ağrı, bir çok hastalık veya rahatsızlık durumunda ortaya çıkan rahatsız edici bir semptomdur. Ağrıyan bölgenin ısıtılması, modern bir çok tedavi yöntemi dışında, çok eskiden beri bilinen ve uygulanan bir yöntemdir.

Kauçuktan yapılan sıcak su torbaları da bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde buna dair resmi bir veri olmasa da Avusturalya'da yıllık 500.000 sıcak su torbası satıldığı bildirilmiştir. Yine Avusturalya ve İngiltere'de sıcak su torbası kaynaklı yanıkları içeren geniş epidemiyolojik seriler bildirilmiştir. Önlenebilir bu yaralanmaların iki sebebi vardır; 1) Yanlış kullanım 2) Hatalı üretim. Bizim tedavi ettiğimiz iki olgudan birinde sebep yanlış kullanım iken (sıcak su torbasının üzerine yatma), diğer ikisinde hatalı üretimdi. Yapılan çalışmalarda oluşan yanıkların derinliklerinin yüzeyel ikinci dereceden, üçüncü dereceye kadar değişebileceği, tedavi seçeneklerinin ise pansuman, debridman ve/veya greftle veya fleple onarım olduğu bildirilmiştir. Biz iki hastamızı da günlük pansuman, antibiyotik ve ağrı kesici ile tedavi ettik. Yapılan bir çalışmada sıcak su torbası ile oluşan yanıkları azaltmak için bazı tedbirler önermişlerdir (Tablo). Aynı zamanda halk arasında bu tip yaralamalar için farkındalık uyandırmak amacı ile yazılı ve görsel basının kullanılmasını önermişlerdir. Önerilen bu tedbirlerin alınması ve medya aracılığı ile halkın bilgilendirilmesi ile bu yaralanmaların önüne geçilebileceğini düşünüyoruz.

Resim 1



Böbrek taşı ağrısı için sıcak su torbası kullanan hasta

Resim 2



Kalça ağrısı için sıcak su torbası kullanan hasta

Tablo

Patlama/Yırtılmaya Karşı	Dökülmeye Karşı	Temas Yanığına Karşı	Diğer Öneriler
Torbayı yırtılma ve yıpranmalara karşı sıkça kontrol edin Satın alınan torbanın standardlara uygun şekilde test edildiğinden emin olun	Tıpanın sağlam şekilde kapandığında emin olun	Torbayı bir havluya sarın	Nörolojik defisiti olan hastalarda daha dikkatli kullanın
Tıpayı kapatmadan önce su seviyesi üzerindeki tüm havayı buhar yaralanması olmaması için boşaltın	Torbayı ağzına kadar değil üçte birine kadar doldurun	Mümkünse torbayı yatakta kullanmayın	Çocuklarda, yaşlılarda ve ek hastalığı olanlarda dikkatli kullanın
2 yılda bir torbayı yenisi ile değiştirin	Torbayı kaynar su ile değil sıcak su ile doldurun		Torbayı serin ve kuru bir yerde, yapısını bozacak kimyasallardan uzakta saklayın

Sıcak su torbası kullanımında dikkat edilecekler

P-452
Bel Ağrısı Yanık Ağrısı İle Sonuçlanırsa?: Nadir Bir Yanık Olgusu

Oğuzhan Demirel, Özgür Pilancı, Funda Saydam, Salih Onur Basat, Muzaffer Kurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Geleneksel tedaviler (bitkisel tedaviler, karşımlar ve farklı materyallerin kullanımı) tün dünyada Avrupa, Asya, Orta doğu ve Anadoluda uzun yıllar boyunca kullanılmaktadır. Günümüzde de hastalıkların ve semptomların tedavinde toplumda önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan arkeolojik çalışmalarda Irakta 60,000 yıl öncesinde bitkisel tedavilerin kullanıldığını gösteren kalıntılar bulunmuştur(1). Yine yapılan bir çalışmada Orta Anadolu da (Ankara,Kayseri,Niğde,Konya) 291 geleneksel tedavinin bulunduğu gösterilmiştir(2). Bu yazıda arpa unu ve sirke ile temas sonrasında yanık gelişen bir olguyu sunmaktayız.

Yöntem Ve Gereçler: Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil yanık polikliniğine yanık sebebiyle başvuran 32 yaşında erkek hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanın anamnezinde lumbal herni tanısı olduğu bilgisi alınmıştır. Ağrı palyasyonu için arpa unu ve sirke karışı ile elde edilen hamurun kullanıldığı ve sonrasında yanık oluştuğu öğrenilmiştir. Yanık alanı hesaplaması için Lund Browder Yanık Skalası kullanılmıştır.

Bulgular: Hastada arka gövdede lomber alanda %4 2.derece yanık alanı tespit edilmiştir(Rresim1a). Yanık debridmanı ve yağlı pansuman yapıldıktan sonra hasta takibe alınmıştır. Takibinin 4.gününde yanık alanın yaklaşık %2 sinin epitelize olduğu (resim 1b) ve takibinin 12.gününde yanık alanın tamamının epitelize olduğu gözlenmiştir. (resim 3)

Sonuçlar: Geleneksel tedavilere tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın bir şekilde başvurulmaktadır. Bununla birlikte bu tedaviler nadirde olsa yanık ile sonuçlanabilmektedir. Yanık etiyolojisi, yanık alanı ve yanık derecesi göz önünde bulundurularak yapılan tedaviler ile hızlı bir iyileşme sağlanabilmektedir.

Hastanın İlk Başuru, Takibinin 5 Ve 12. Günü



Resim1a. İlk başvuru yanık sonrası 3.gün

Resim1b. Takibinin 5.günü

Resim2a. Takibinin 12.günü, epitelize olmuş yanık alanı

P-453
Beklenmedik Gece Yarısı Hastası: Ceviz Ağacı Yaprağı İle Yanık Olgusu

Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Funda Akoz Saydam, Özgür Pilancı, Asuman Özel
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Yanık ile ilgili yaralanmalar bir çok şekilde olabilmektedir; sıcak sıvı,alev, elektirik,kimyasal ve buhar yanıkları gibi. Bununla beraber plastik cerrahi, genel cerrahi ve çocuk cerrahisi gibi yanık yönetim beceresine daha yakın olan branşlar dışında, yanık hastalarının acil serviste değerlendirilmesi ve yönetilmesi oldukça stresli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda ceviz ağacı ile yanma öyküsü olan bir hastayı sunmaktayız.

Materyal ve Metod: 76 yaşındaki bayan hasta kolunda ve omzunda yanık şikayeti ile gece yarısı plastik cerrahi acil servisimize başvurdu. Yanık nedeniyle sorgulandığında, hastanın geleneksel tedavi yöntemi olarak omuz ağrısı için ceviz ağacı yapraklarını kullandığı tespit edildi. Yapraklar yaklaşık iki dakika kaynar su içinde tutulduktan sonra omuz ve kola uygulanmıştı. Yanık alanı Lund Browder yanık skalası kulalnırak hesaplanmıştır.

Sonuçlar: Sağ omuz ve kolu içeren toplamda %3 ikinci derece yanık alanı tespit edildi. Ağrı palyasyonu için intramuskuler yoldan analjezik ajan uygulandı. Debridman ve temizlik sonrasında antibiyotikli nemlendirici krem yanık alanına uygulanmış ve steril gazlı bezler ile pansuman kapatıldı. Hastanın Almaya dan ziyaretçi olarak gelmesi nedeniyle takibi tamamlanamdı.

Tartışma: Yanık acil servise başvuruların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ceviz ağacı yaprağı gibi bir çok farklı etiyoloji ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle yanık hastalarının ilk başvuruda yanık alanı ve genişliği ve yanık etiyolojisi göz önüne alınarak doğru bir şekilde değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Hastanın İlk Başvuru Anı



sağ omuz ve kolu içeren 2.derece yanık alanlaro

P-454
Metabolik ek hastalığı olmayan yaşlı bir bireyde bozulmuş yara iyileşmesi

Bilge Kağan Aysal, Fikret Eren, Sinan Öksüz, Ceyhun Cesur, Hüseyin Karagöz
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Yaşlı bireylerde yara iyileşmesinin bozulduğu bilinmektedir. Yaşlı bireylerde fibroblastların ve endotel hücrelerinin fonksiyonlarındaki azalmaya bağlı olarak yara iyileşme yeteneğinde azalma meydana gelmekte ve özellikle iskemi ya da enfeksiyon gibi faktörlerin yaşlılık ile birleşmesi durumunda yaşlılığın etkisi daha belirgin olarak hissedilmektedir. Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda, yara iyileşmesi özelliklerinin diyabetli kişilerdeki ve radyasyona maruz kalmış dokulardaki moleküler karakteristikler ile benzerlik gösteriyor olması (1) oldukça ilginçtir. Yani yaşlı bireylerde diyabetes mellitus yokluğunda dahi yara iyileşmesinin kronikleşme eğiliminde olması şaşırtıcı değildir.

Olgu: Yaklaşık 40 sene önce aşil tendonu onarım ameliyatı geçiren 77 yaşında erkek hasta aşiler bölgedeki insizyon hattında 3 ay önce spontan olarak açılan ve tedricen genişleyen atonik yara ile kliniğimize kabul edildi. İlk muayenesinde 9x3 cm genişliğinde açık yara gözlenen hastada diyabet ya da herhangi bir diğer metabolik hastalık mevcut değildi. Hasta gençliğinde profesyonel sporcu olup uzun seneler aktif olarak spor yapmış, kliniğe kabul aşamasındaki günlerinde dahi günde 5 km yürüyüş yapan oldukça aktif bir birey idi. Hastanın vücut kitle indeksi 23 idi. Aşiler bölgedeki açık yaranın kapatılması için debritman sonrasında posterior tibial arter perforatör flep ile onarım planlandı. Ameliyat sonrası dönemde flep dokusu etrafındaki insizyon hatlarında hızlı bir şekilde ayrılma meydana geldi ve flep dokusunda total nekroz gelişti. Oluşan defekt VAK tedavisi ile granüle edilmeye çalışıldı. Hasta ameliyat sonrası dönemde 2.5 ay klinikte yatarak takip edildi. Defekt vak tedavisi ile granüle olarak iyileşti.

Sonuç: Yaşlı bireylerde yara iyileşmesinin bozulması genellikle diyabetes mellitus hastalığına bağlanmaktaysa da, diyabetes mellitusu ya da herhangi bir ek metabolik hastalığı olmayan aktif yaşlı bireylerde de yara iyileşmesi bozulmaktadır. Bu sebeple yaşlı bireylerde flep cerrahisi gibi ağır operasyonları yaparken özellikle dikkatli olunmasını tüm meslektaşlarımıza hatırlatmaktayız.

Kaynaklar
1. Robert D. Galiano and Thomas A. Mustoe. Wound Care. In: Thorne CH, editor. Grabb And Smith›s Plastic Surgery. 6th ed. USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. 2007. p. 23.

Resim 1



Resim 2



P-455
Hipertrofik Yanık Skarlarında Otolog Yağ Enjeksiyonun Avantajları ve Klinik Sonuçları

Asuman Özel, Oğuzhan Demirel, Salih Onur Basat, Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, istanbul

Amaç: Hipertrofik yanık skarları yanık olgularının yaklaşık %70 gibi büyük bir çoğunluğunda oluşma eğilimindedir(1) Bununla birlikte bu durum hastalar için yıkıcı sonuçlara yol açabilmektedir; öz güvenin azalması, sosyal hayata adaptasyonun bozulması ve semptomatik zorluklar. Günümüzde skar yönetimi için birkaç tedavi modalitesi mevcuttur. Bunlar bası giysileri, silikonlu örtü veya jeller, nemlendiriciler, fizik tedavi, steroid enjeksiyonu ve laser tedavileridir. Ayrıca bu metodların her birinin bazı dezavantajları (bası giysileri için maliyet etkinlik durumu),yan etkileri (örneğin lazer tedavileri sonrası hipopigmentasyon) vardır ve etkinlikleri tartışmalıdır. Yara iyileşmesi ile ilgili mekanizmalar hakkında bilgimiz arttıkça yağ dokusunun kullanım alanı artmıştır. Bu yazıda otolog yağ enjeksiyonun yanık sornası hipertrofik skarlar üzerine olan etkileri ve klinik sonuçlarını tartışmaktayız.

Yöntem ve Gereçler: Bu çalışmaya farklı yanık yüzey alanı genişliğine sahip 8 hasta kabul edilmiştir. Ortalama yaş 22,8 (4-40 yıldır) ve erkek sayısı daha fazladır(n=6). Yanık etiyolojilerine bakıldığında 6 hasta alev yanığı ve 2 hasta sıcak sıvı yanığıdır. Otolog yağ enjeksiyonu hastaların vücudunun farklı bölgelerine tek başına veya birlikte uygulanmıştır; yüz(n=4), üst ekstremite(n=4), alt ekstremite (n=1) ve gövde (n=1). Değerlendirme tedavi önce si ve tedavi sonrası 3.ayda yapılmıştır. Klinik sonuçlar POSAS (Patient Observer Scar Assessment Sclae) temel alınarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: 3 aylık takip sonrası hastaların hepsinde skar kalitesinde artma ve semptomatik rahatlama elde edilmiştir. Katılık, kalınlık ve düzensizlik skorları her hastada en az 2 puan olmak üzere anlamlı bir şekilde iyileşmiştir. Bununla birlikte sadece bir hastada kaşıntı semptomunda iyileşme tespit edilmiştir. Ağrı hastalar için temel şikayet olmamakla birlikte 3,2 puandan 2,2 puana düşüş olduğu gösterilmiştir. Normal cilt ile karşılaştırıldığında genel skar özellikleri tedavi sonrası her bir hastada en az 2 puanlık gelişme tespit edilmiştir. Cilt kalınlığı yaklaşık 2 puan azalmıştır.

Yanı sıra vaskulerite ve pigmentasyonda iyileşme görülmüştür. Bununla birlikte lokal cilt ekimozu (n=2) ve orta düzeyde ağrı (n=4) dışında anlamlı bir komplikasyon tespit edilmemiştir.

Sonuçlar: Hipertrofik yanık skarlarının yönetiminde yağ doku uygulamaları tercih edilebilecek girişimlerdir. Diğer teknikler ile karşılaştırıldığında, hastanın şikayetlerinde azalma, memnuniyette artma, morbidite, yan etki ve etkinlik konusundaki yararları umut vericidir. Biz yağ dokusu enjeksiyonunu hipertrofik yanık skarlarında önermekteyiz. Bununa birlikte veri elde etmek ve deneyim kazanabilmek için daha fazla çalışma gerekmektedir.

Posas Gözlenmci Sklası Ortalama Skolar

PARAMETRELER	TEDAVİ ÖNCESİ	TEDAVİ SONRASI 3.AY
VASKULERİTE	3,8	2,7
PİGMENTASYON	5	4,2
KALINLIK	6,3	4,6
DÜZENSİZLİK	5,7	4
ESNEKLİK	6	4,1
YÜZEY ALANI	6,2	4,3
GENEL GÖRÜŞ	6	3,8

Posas Hasta Skalası Ortalama Skorlar

CİLT PARAMETRELERİ	TEDAVİ ÖNCESİ	TEDAVİ SONRASI 3.AY
KAŞINTI	2,5	2,1
RENK	5,7	4,6
KATILIK	6,1	4,4
KALINLIK	6,2	4,2
DÜZENSİZLİK	6,5	4,1
GENEL DÜŞÜNCE	6,1	4,1
AĞRI	3,2	2,2

P-456
Yanık Kontraktürlerinin Geometrik Ve Fiziksel Özellikleri Temelli Oluşturulmuş Tedavisi Sınıflaması

Burak Özkan, Nilgün Markal Ertaş, Atilla Adnan Eyüboğlu, Azer Zeynalov, Ahmet Çağrı Uysal, Hüseyin Borman
Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Yanık kontraktürleri yanık travmasının en sık karşılaşılan komplikasyonlarındandır. Hareket kısıtlılığına neden olan kontraktürlerin tedavisi fonksiyonun kazanılması açısından önemlidir. Kontraktürün anlaşılması ve kontraktürün karakterine en uygun tedavinin seçilmesi gerekmektedir. Kontraktürlerin boyutu ve şiddeti; yanığın derecesi, lokalizasyonu, tedavi süreci ve rehabilitasyon gibi birçok faktörle değişkenlik gösterir. Kontraktürlerin farklı karakterlerde olması nedeniyle birçok tedavi algoritması tariflenmiştir. Literatürdeki bu sınıflandırmalar genellikle bantların anatomik lokalizasyonu ve şiddetiyle ilgilidir. Tanımlanmış rekonstrüksiyon yöntemlerinin bantların geometrik ve fiziksel yapıları baz alınarak sınıflandırıldığı bir rekonstrüksiyon algoritması mevcut değildir. Bu çalışmadaki amacımız yanık bantlarına bu açıdan yaklaşarak tedavi algoritması oluşturmaktır. Yanıklar geometrik ve fiziksel olarak çizgisel ve geniş olarak ıkı ana baslığa ayrılabilir.Çizgisel bantlar ince ve kalın olarak ve tekli ve cok yönlü olarak dört alt gruba ayrılabilir. Geniş kontraktür bantları ise tek yönlü ve çok yönlü olarak iki başlıkta değerlendirilebilir. (Şekil 1)

Çizgisel Bantlar

Tek yönlü ince bantlar: Bu bantların tedavisinde altın standart Z plastidir. Kontraktürün uzunluğuna göre tek veya çoklu Z plastilerle kontraktürler başarıyla serbestleştirilebilir.(Resim 1)
Tek yönlü kalın bantlar: Bandın eksizyonu sontasında Z plastilerle bant açılabilir.Bandın kalınlığına göre double opposing dikdörtgen flepler planlabilir. (Resim 2)
Çok sayıda ince bantlar: Sıklıkla birbirine paralel bantların açılması için her bantda bir adet Z plasti bacağı olan merdiven basamağı şeklinde Çoklu Z plastiler planlanabilir. (Resim 3)
Çok sayıda kalın bantlar: Double opposing Z plasti ile karşılıklı dikdörtgen fleplerin ilerletilmesiyle kontraktür bantları açılabilir.

Geniş bantlar: Tek yönlü geniş bantlar: Geniş kontraktür bandı varlığında kontraktürün serbestleştirilmesi için Z plastiler sıklıkla yeterli olmamaktadır. Orta genişliklerdeki bantlarda double opposing Z plasti El bileği, poplitel bölge gibi eklem üzerini kaplamış geniş bantların rekonstrüksiyonunda rhomboid flepler,V-Y ilerletme flepleri ve propellar flepler kullanılabilir. Bantların daha geniş olduğu lokoregionel fleplerle rekonstrükte edilemediği durumlarda tam kalınlıkta deri greftleri kullanılabilir. (Resim 2)
Çok yönlü geniş bantlar: Bu bantlar sıklıkla hipertrofik skarla birlikte olan bantlardır ve uzama istenen yöne planlanan V-Y ilerletme flepleri, rhomboid flepler, propellar flepler, lokorejyonel fleplerin yetersizliğinde üst ekstremite için uzak veya serbest flepler ve kontraktürün eksizyonu sonrasında tam kalınlıkta deri flepleri kullanılabilir.

Tartışma: Yanık kontraktürleri tedavi edilmedikleri taktirde önemli fonksiyonel kısıtlılılara neden olabilen yanık komplikasyonudur. Kontraktür açılmasında seçilecek rekonstrüksiyon metodu belirlenmesinde esas olan kontraktürün karakteri ve lokalizasyonudur. Yanık kontraktürlerinin daha iyi anlaşılması ve seçilecek yöntemin standardizasyonuna yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur. Yayınlamış çalışmaların bir kısmı boyun gibi spesifik lokalizasyonlarda görülen kontraktürlere yönelik kalsifikasyonlardır.(Ref) Hudson ve arkadaşları yayınladıkları tedavi algoritmasında yanık kontraktürlerini tutulum gösterdikleri eklemleri ve eklemlerdeki kısıtlılığı baz almışlardır. Yenidünya yanık kontraktürlerini ihmal edilmiş veya gerekli rehabilitasyonu almış kontraktürler olarak sınıflandırmıştır. Bu çalışmamızda kontraktürlerin eklem hareketi üzerinde etkisinden bağımsız olarak kontraktürler fiziksel ve geometrik özelliklerine göre sınıflandırılmış ve rekonstrüksiyon yöntemlerine değinilmiştir.

Sonuç: Genel rekonstrüksiyon prensipleri ışığında hedef kontraktürün fiziki ve geometrik özelliğini anlayarak mevcut lokal flep seçenekleri primer olmak üzere hastaya en uygun tedavi yöntemini seçmektir. Tek yönlü lineer bantlarda Z plasti standartken kalınlaşan bantlarda dounle opposing dikdörtgen flepler kullanılabilir. Geniş bantlarda literatürde tanımlanmış birçok yöntem mevcuttur. V-Y plasti, rhomboid flep, double opposing dikdörtgen flepler tercih edilebilir.

Referenaslar:

1. Hudson DA, Renshaw A. An algorithm for the release of burn contractures of the extremities. Burns. 2006 Sep;32(6):663-8
2. Yenidunya MO. A classified approach to burn contractures. Burns. 2005 Aug;31(5):672

kontraktür açılması planı



farklı geometrideki kontraktürlere farklı flepler planlanabilir

post operatif görünüm



post operatif görünüm

P-457
Yanığa Bağlı Genital Kontraktürde Yedi Flepli Z-Plasti: Vaka Sunumu

Mehmet Onur Öztürk, Sinem Sıngın, Necip Cihan Hasçiçek, Ramazan Erkin Ünlü, Hasan Murat Ergani, Ahmet Kaplan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Yanık yaralanmalarının en önemli geç sekellerinden biri ciltte meydana gelen yanık skarları ve kontraktürleridir.Bu kontraktürler yer aldıkları vücut bölgesine göre çok geniş bir yelpazede morbiditeye yol açmaktadırlar.Baş-boyun bölgesindekiler estetik bozukluklara, dudak ve göz kapağındakiler fonksiyonel bozukluklara, ekstremitede yer alan kontraktürler motor defisit ve eklem kontraktürlerine neden olabilmektedirler. Genellikle bu cilt kontraktürleri için eksizyon ve greftleme, çoklu z plasti uygulamaları, lokal ve uzak flepler kullanılabilmektedir.Bu kontraktürlerden düzgün bir kontraktür bandı şeklinde olmayanlar ve web şeklinde olanlar için klasik z plasti teknikleri yerine teknikler kullanma gerekliliği doğmaktadır.Bu tekniklerden birisi de uzun zaman önce tanımlanmış fakat dar kullanım endikasyonu sebebi ile fazla popüler olmamış 7 flepli z plasti seçeneğidir.Bu çalışmada kliniğimize pubik, genital ve medial uyluk bölgelerinde geniş kontraktür bandı ve web ile başvuran bir hastada kullanılan 7 flepli z plasti tekniğinin bir vaka üzerinden sunulması, bu vaka üzerinden klinik tecrübenin paylaşılması ve 7 flepli z-plasti tekniğinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 12 yaşında Suriyeli çocuk hasta vücutta yanığa bağlı yaygın kontraktürler ve skarlar ile polikliniğimize başvurdu.Hastadan alınan öyküde yaklaşık 6 ay önce bomba patlaması sonucu vücudunda geniş alanlarda 2. ve 3. derece yanıkları olduğu ve tedavinsin Suriye'de yapıldığı ve yanığın geç sekelleri için gönderildiği öğrenildi. Hastanın bilinen bir hastalığı ya da sürekli ilaç kullanımı yoktu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ peripatellar bölgeden başlayıp sağ uyluk medialinden suprapubik bölgeye uzanan ve suprapubik bölgeyi dış genital organları kapatacak şekilde kat ederek sol uyluk medialinden sol peripatellar bölgede sonlanan geniş yanık kontraktürü ve bandı mevcuttu. Hastanın yapılan muayenesinde ek olarak alt dudakta eversiyonu, her iki nazolabial bölgede hipertrofik skarı, her iki el bileği ve parmaklarında yanığa bağlı kontraktürler mevcuttu.Hastanın pubik kontraktürleri uyluk hareketlerini, gövde hareketlerini kısıtlamakta ve hastanın miksiyon ve defekasyonunu fiziksel olarak zorlaştırmakta idi.Çocuk yaş grubundaki hastanın aynı zamanda dış genital organlarını kapatan band sebebi ile psikolojik problemlere de neden oluyordu.Hastanın morbiditenin yaşam kalitesini ve psikoljisini bozması sebebi ile hastaya cerrahi tedavi yapılması planlandı.Hasta ameliyat öncesi tetkik ve konsültasyonları tamamlanarak yatırıldı ve genel anestezi altında opere edildi.Hastanın yüz,dudak, el bileği,el parmaklarındaki kontraktürleri çeşitli teknikler ile açıldı. Hastanın uyluk mediali, pubik ve genital skar ve bantları için ise çoklu z plasti yapılması planlandı.Hastanın her iki uyluk medialindeki vertikal bantlar için çoklu z plasti planlandı ve suprapubik-genital bölgedeki web için 7 flepli z plasti yapıldı.Hastanın hipertrofik alanları için de dermabrazyon uygulandı.Hastanın post op enfeksiyon, hematom gibi komplikasyonları gelişmedi.Sütürleri 2. hafta sonunda alındı.dermabraze alanlar pansuman ile takip edildi.Post operatif dönemde hastanın uyluk ve gövde hareketlerinin belirgin arttığı, miksiyon ve defekasyonda zorlanmadığı, çocuk hastanın beden algısında belirgin düzelme olduğu izlendi.Hastanın 1., 2., 3. ve 6. aylarda yapılan kontrollerinde ek sıkıntı ya da cerrahi gerektirecek nüks saptanmadı. Sonuç: Yanık kontraktürlerinde meydana gelen band ve web'lerin kırılması, kontraktürlerin açılması ve uzatılması için z plasti teknikleri en eski ve halen daha en iyi tekniklerin başında gelmektedir.Klasik tekniklerden K-M plasti, double opposing z plasti, tekli z plastiler, çoklu z plastiler sıklıkla kullanılmaktadır.7'li z plasti tekniği ise kullanım endikasyonlarının daha dar olması sebebi ile diğer teknikler kadar sık kullanılamamıştır fakat doğru endikasyonlarda faydalı bir fleptir.Klasik z plasti tekniklerine göre daha fazla uzama sağlar ve flap yaşayabilirliği iyidir.7'li z plasti daha çok web(ağ) şeklinde meydana gelmiş kontraktürlerde etkindir.Cerrahi teknik olarak uygulaması hızlı, operasyon süresini kısaltan, öğrenmesi hızlı, kolay uygulanabilir basit bir tekniktir.

Resim-1



Ameliyat Öncesi

Resim-2



Ameliyat Sonrası

P-458
Torakotomi sonrası oluşan göğüs ön duvarındaki orta hat defektlerinin kruvaze pektoral kas/kas-deri flebi ile rekonstrüksiyonu

Nebil Yeşiloğlu, Celal Alioğlu, Gökhan Temiz, Cem Berkay Sınacı, Kübra Ece Kalafatlar, Tunç Tunçbilek, Gaye Filinte, Recep Demirhan
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Göğüs veya kalp cerrahisi amacı ile sternotomi yapılan hastalarda sonrasında sternotomi hatıında basit sternal dehisens ile ciddi morbidite ve mortaliteyle seyreden sternal osteomyelite kadar uzanabilen geniş spektrumda komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu gibi durumlarda enfeksiyonun ortadan kaldırılması, yeterli miktarda debridman yapılması ve yaranın en kısa sürede kapatılması gerekmektedir. Bu hastaların hastanede yatış sürelerinin uzaması hem hastanın psikolojisini bozmakta, tedavi maliyetini artırmakta, hem de hastane enfeksiyonlarının gelişmesine yol açarak ciddi morbiditeye neden olabilmektedir.

Materyal Metod: Kliniğimize nisan 2013 ile şubat 2015 yılları arasında konsülte edilen sternal açık yarası olan 8 hastaya (3kadın, 5erkek, ortalama yaş 58) bilateral pektoral kas flebi orta hatta getirilmesi ile doku defektleri rekonstrükte edilmiştir. Sağ taraf pektoral kası sternumda mid klavikular hatta kadar hem ciltten hem de toraks duvarından disseke edilip superiora doğru insize edilerek rotasyon ilerletme flebi, sol taraf ise sternumdan ve toraks duvarından kaldırılarak ilerletme flebi olarak orta hatta getirilmiştir. flepler üst üste gelecek şekilde doku defekti rekonstrükte edilmiştir.Operasyon sonrası hastaların hastanede kalış süresi ortalama 5.4 gün olup, 6 hastada her hangi bir komplikasyon gelişmeden operasyonlar başarı ile sonuçlanmıştır. 1 hastada kısmi deri nekrozu gözlenmiş olup poliklinikten takip ile 3 hafta sürede sekonder iyileşme sağlanmış, 1 hastada post operatif hematom oluşmuş ve erken dönemde drene edilmiştir.

Sonuç: Sternotomi gerektiren hastaların zemininde kardiyovasküler hastalıklar olduğundan dolayı bu hastaların ciddi operasyonları tolere edebilecek kapasiteleri bulunmadığı aşikârdır. Hastalara olabilecek en az morbiditeyi verecek kısa süreli operasyonlar tercih edilmelidir. pektoral kas flebi sternotomi yaralarının üst ve orta 1/3 segmenttinde başarıyla uygulanabilen bir fleptir. Bu hastalarda sol internal mamarian arter genelikle kullanılmaktadır bu da toraks duvarı sol yarısının kanlanmasını bozan bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca pektoral kasın bilateral deriden ayrılarak kas flebi olarak kullanılması ile cildin kanlanmasını ileri derece bozmaktadır. Pektoral kas flebinin bilateral kruvaze teknik ile orta hatta getirilmesi aşırı tek tarafı disseksiyondan kaçınmamıza ve dolaşım problemi yaşamadan orta hattaki defekte yeteri miktarda hacim içeren dokunun getirilmesini sağlamaktadır. Bu saydığımız nedenlerden dolayı göğüs ön duvarı orta hat defektlerinin rekonstrüksiyonunda pektoral kas flebinin kruvaze teknik ile kullanılmasını önermekteyiz.

P-459
Zorlu Bir Rekonstrüksiyon Olgusu: Diyabetik Hastada Nicolau Sendromu

Ali Rıza Yıldırım, Mehmet Tapan, Alper Burak Uslu, Ahmet Kaplan, Hasan Murat Ergani, Necip Cihan Hasçiçek
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Nicolau sendromu, intramuskuler enjeksiyon sonucu mevcut bölgede cilt subkutan doku ve kas dokusunda iskemik nekroz görülen çok nadir bir komplikasyondur. Bu sendrom ilk olarak 1920'li yıllarda sifiliz tedavisi için kullanılan bizmut tuzlarının intramuskuler enjeksiyonu sonrası raporlanmış olup daha sonra çeşitli vakalarda non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, steroidler, benzatin penisilin gibi ilaçların intramuskuler enjeksiyonu sonrasında da görülmüştür. Bu vakada, Diclofenac sodyum intramuskuler enjeksiyonu sonucu Nicolau sendromu görülen 48 yaşında diyabetik hastada sağ glutea bölgesinde görülen nekroza yönelik yaklaşık 5 ay süren zorlu rekonstrüktif süreç sunulmuştur.

P-460
Önlenebilir Bir Kaza: Oda Parfümü Kutusu Patlamasına Bağlı Yanıklar

Salih Onur Basat, Fatih Ceran,
Funda Aköz Saydam, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Aerosol spreylerin, spreyin olması gerekenden yakın mesafeden ve uzun süreli uygunsuz kullanımının cryogenic yanıklara neden olmaktadır. Aerosol kutularının farklı maddeler için taşıyıcı olarak kullanımının giderek artması, yeni bir yanık şeklinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Literatürde aerosol kutusu palamasına bağlı az sayıda bildirim vardır. Biz de bu çalışmamızda oda parfümü kutusu patlamasına bağlı 2 hastada neydana gelen yanıkları sunmaktayız.

Olgu: 37 yaşında erkek ve 36 yaşında kadın hasta yüzlerinde ve her iki ellerinde patlamaya bağlı alev yanıkları ile yanık acil birimimize başvurdu (Şekil). Hastaların yapılan muayenelerinde erkek hastanın yüzünün tamamında ve her iki elinde yüzeyel ve derin 2. Derece yanık alanları gözlendi. Hastalardan alınan bilgilerde kazanın bitmiş olan oda spreyinin metal kutusunun yenisi ile değiştirilirken patlamanın meydana geldiği öğrenildi. Oda spreyinin püskürtücü mekanizmasının plastik olduğu, içindeki koku haznesinin metal olduğu tespit edildi. Bitmiş metal hazneyi çıkarıp yeni hazneyi takmak üzere mutfakta olan eşinin yanına giden erkek hasta, yeni metal kartuşu yemek yapmakta olan eşinin yanında takmış. Bu sırada plastik püskürtme mekanizması kapalı olmayan cihaz yeni haznenin takılması ile içindeki oda kokusunu yanar haldeki ocağa doğru püskürtmüş, cihazın içinde bulunan metal koku haznesi ve 2 adet alkali pil aynı anda patlamış. Bu patlama sonucu her iki hastanın ellerinde, önkollarında ve yüzlerinde yanıklar meydana gelmiş. Erkek hastalar inhalasyon yanığı şüphesi ile yanık servisine yatırıldı. Hastanın yapılan endoskopisinde inhalasyon yanığına rastlanmadı. Akciğer alveol hasarının takibi için yanık servisinde tedavisine devam edildi. Kadın hastanın yüzünde ve ellerinde 1. ve 2 derece yanık alanları tespit edildi, ilk müdehalesi sonrası ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Bulgular: Her iki hastanın yanık alanları pansumanları sonrası iyileşti. İlerleyen dönemde herhangi bir komplikasyon ya da geç dönem yanığa bağlı problem gelişmedi.

Sonuçlar: Aerosol kutularının giderek daha sıklıkla kullanılması bu kutuların içinde depolanan kimyasal madde içeriklerindeki çeşitliliği arttırmaktadır. Bu kutuların ısıya yada aleve maruz kalması ölüme ve ciddi yanık yaralanmalarına neden olan patlamalar yol açmaktadır (1). Her ne kadar basınçlı sprey kutularının zararları üretici firmalar tarafından araştırılsa da,yapılan bilgilendirmeler küçük puntolar ile kutuların arkalarına konmaktadır. Bu bilgilendirmelerin daha belirgin olması halk sağlığı açısından çok önemlidir ve kaza oranlarını azatlaması mümkündür. Sunmuş olduğumuz vakada hastalar sprey kutusu ile aleve yaklaşmamış olsalar da yinede patlamaya maruz kalmışlar. Sprey kutusunun içine adapte edildiği otomatik püskürtme sistemini içeren plastik mekanizmanın kendiliğinden püskürtme yapması ve bu püskürtmenin patlamaya neden olması bu yaralanmanın literatürdeki benzer yaralanmalardan ayırmaktadır.

Kaynak: Yarbrough DR 3rd. Burns due to aerosol can explosions. Burns. 1998 May;24(3):270-1.

Şekil



Erkek hastanın görünümü.

P-461
Paranoid Tip Şizofren Hastada Kendine Zarar Verme Sonucu Oluşan Yanık: Olgu Sunumu

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Özgür Pilancı, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Şizofreni, kronik, ileri düzey deaktive edici bir hastalık olup psikiyatri ana bilim dalının ana uğraşı alanları içinde önemli bir yer arz etmektedir. Şizofreninin paranoid subtipinde sanrılar ve işitsel halüsinasyonlar sıklıkla görülür ve çoğunlukla normal duygu durum ve entelektüel fonksiyonla karakterizedir. Şizofreni hastaları toplum tarafından çoğu zaman psikiyatrik durumları nedeni ile bilinmektedirler, psikiyatrik durum dışında bu hastalarda çoğu zaman ek travmalar veya medikal durumlar oluşabilmektedir. Biz de paranoid tip şizofreni hastada kendine zarar verme sonucu oluşan yanık vakasını sunmaktayız.

Olgu: 24 yaşında paranoid tip şizofreni tanılı erkek hasta ruh ve sinir hastalıkları hastanesi ekibi tarafından kliniğimize yönlendirildi. Hastanın sol elinin 1,2,3,4 ve 5. Parmaklarında 3. ve 4. derece alev yanığı mevcuttu (Şekil). Hastadan alınan anamnez esnasında hastanın kendini çakmakla yaktığı ve bunu yapmasının sebebinin televizyondan aldığı bir direktif sonucu gerçeklestirdiği not edildi. Seri debridmanlar yapıldı. 2, 3, 4. parmaklar distal interfalengeal eklemden ampute edildi. Oluşan defektler lokal flepler ve greftlerle kapatıldı. Hastanın takiplerinde tamamen iyileştiği gözlendi. Hastanın yanık ünitesinde takiplerinde psikiyatri ekibi ile koordineli çalışılmış olup hastanın psikiyatrik durumu kontrol altına alınmıştır.

Sonuç: Psikiyatrik hastalıklar, hastalığın doğası gereği ve ilişkili diğer medikal durumlardan dolayı zor bir uğraşı alanıdır. Özellikle şizofreni hastaları oluşabilecek travmatik durumlardan kaçınmak için yakından takip edilmelidir. Psikiyatrik hastalık hikayesi olan hastaların yanık ünitesinde takipleri esnasında psikiyatri bilim dalı ile yakın bir ortaklık kurulmalıdır.

Kaynak:Hahn AP, Jochai D, Caufield-Noll CP, Hunt CA, Allen LE, Rios R, Cordts GA. Self-inflicted burns: a systematic review of the literature. J Burn Care Res. 2014 Jan-Feb;35(1):102-19.

Şekil



Hastanın elinin görünümü.

P-462
Yanık İlk Yardımında Kullanılan İlginç Bir Geleneksel Yöntem: Ayakkabı Boyası

Salih Onur Basat, Fatih Ceran, Karaca Başaran, Aslı Datlı, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Yanıklarda uygulanan dünya genelinde belirlenmiş ilk yardım protokolü yanma processinin durdurulması, ağrının giderilmesi, yanığın soğutulması ve yanık bölgesinin uygun pansuman ile kapatılmasıdır. İlk yardım sırasında yara kapatılırken kullanılan her türlü malzemenin yanık merkezlerinde yada acil servislerde yanığın değerlendirilmesini önleyecek özelliklerde olmaması gerekir. Bu nedenle yanık hastalarına yapılan acil müdahale esnasında yapışkan özellikte olan kremlerin, losyonların, yağların ve diğer pansuman maddelerinin kullanılması önerilmez. Özellikle minor yanıklı vakalarda ya da ilk yardım tedavisi alamamış yanık hastalarında bu ilk yardım prensiplerinden uzak geleneksel tedavi yöntemleri günümüzde hala uygulanmaktadır. Tarih boyunca yanık hastalarının tedavisi için birçok geleneksel yöntem tanımlanmıştır. Bu yöntemlerin bazıları oldukça tuhaf olsalar da günümüzde halen farklı topluluklar tarafından kullanılmaktadırlar. Biz bu yazımızda sıcak sıvı yanığı sonrası acil tıbbı destek almak yerine oluşan yanığa ilk yardımı ayakkabı boyası sürerek yapmaya çalışan hasta serimizi sunmaktayız.

Olgu: 2002-2015 yılları arasında yanık acil polikliniğimize sıcak sıvı ile oluşan yanık sonrası yaralarına siyah ayakkabı boyası sürmüş 5 hasta başvurdu. Hastaların 3 tanesi erkek, 2 tanesi kadındı. Hastaların yaş ortalaması 29.8 (20-53) di. Hastaların ortak özelliği yanık sonrasında acil tıbbi destek almak yerine açık yaralarına siyah ayakkabı boyası sürerek ilk müdahaleyi yapmalarıydı (Şekil 1.). Hastaların acile başvurma nedenleri yanık sonrası ağrının geçmemesi ve ayakkabı boyasını yanık alanlardan çıkaramamaktı. Hastaların takipleri sırasında boyanın hidrodebridman ile yanık alanlardan uzaklaştırılamadığı izlendi. Hastalara genel anestezi altında Versajet yardımı ile mekanik debridman uygulandı. Debridman öncesinde hastaların yanık alanları bir gece boyunca zeytin yağı emdirilmiş gazlı pansumanlar ile kapatılarak ayakkabı boyasının Versajet ile yanık bölgesinden daha kolay uzaklaştırılması sağlandı (Şekil 2.).

Bulgular: Tekrarlayan debridmanlar arasında hastalar pansumanlar ile takip edildi ve debride edilmiş alanların iyileşmesi sağlandı. Opere edilen hastaların tamamında ayakkabı boyası yanık yüzeylereden uzaklaştırıldı. Hastaların yanık alanları pansumanlar sonrasında sekonder olarak kapandı. Hiçbir hastada greft ile onarıma ihtiyaç duyulmadı. Hastaların yapılan takiplerinde yanık alanlarında ayakkabı boyasına bağlı renk değişimine ya da tatuaja rastlanmadı. Acil servise ilk başvurusu sonrasında tedavi olmayı istemeyen bir hasta takip dışı kaldı. Hastaya farklı bir merkezde müdahale edilmiş, bistüri ve diğer cerrahi aletler yardımıyla ayakkabı boyası yanıklı alandan uzaklaştırılmaya çalışılmış. Hasta sonrasında kliniğimize her iki kolda siyah tatuaj görüntüsü ile başvurdu (Şekil 3.).

Sonuçlar: Ayakkabı boyası gibi kimyasal maddelerin yanık nedeniyle oluşmuş açık yaralar sürülmesi bu maddelerin içerdeği kimyasal bileşenlerin sağlam dokuya daha kolay penetre olmasına yol açmaktadır. Bu penetrasyon hem kimyasal bileşenlerin açık yara tarafından daha kolay emilmesine hem de ayakkabı boyası gibi renkli maddeler içerisindeki pigmentlerin açık yaraya daha kolay geçip yara iyileşmesi sonrası dokuda renk değişimine neden olabilir. Sonuç olarak ayakkabı boyası ve benzeri renkli ve yapışkan maddelerle yapılan acil yanık müdahaleleri sonrası bu maddelerin yanık alanlarından sağlam dokuya zarar vermeden, pigmentasyonu yanık alanından tamamen ve kontrollü bir şekilde Versajet yardımlı debridman alternative bir seçenek olarak görülebilir.

Kaynak: 1. Cuttle L, Pearn J, McMillan JR, Kimble RM. A review of first aid treatments for burn injuries. Burns 2009 September;35(6):768-75. 2. Klein MB, Hunter S, Heimbach DM, Engrav LH, Honari S, Gallery E, Kiriluk DM, Gibran NS, The Versajet water dissector: A new tool for tangential excision. J Burn Care Rehabil 2005 Nov-Dec;26(6):483-7.

Şekil 1.



Hastanın görünümü.

Şekil 2.



Versajet kullanımı.

Şekil 3.



Tedavi almayan hasta.

P-463
Alice Harikalar Diyarında mı?: Yanıklar için Yeni Bir Sebep 'Bonzai'

Salih Onur Basat, Fatih Ceran, Muzaffer Kurt, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Uyuşturucu ile mücadele ülkelerin iç ve dış güvenlik politikalarının en önde gelen programıdır. Bununla birlikte uyuşturucu kullanımı ile artan sosyal ve sağlık problemleri ayrı bir sorun teşkil etmektedir. Bonzai Türkiyede kullanımı gün geçtikçe artan sentetik bir kanabinoiddir. Kannabis bonzainin temel etken maddesi olmakla beraber yapılan kimyasal analizlerde içeriğinde çok miktarda farklı kimyasal maddelerin farklı kompozisyonu bulunmaktadır. Yani Bonzai her örnekte aynı kompozisyona sahip değildir. Bonzai insanların öforik veya depreşe durumlarını derinleştirir, kullanımdan 3-4 gün sonra bile halüsinojen etkiye sahiptir ve kullanımdan sonra unutkanlık yapmaktadır. Literatürde bu konu ile ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Biz de bu yazımızda bonzai nin yanık oluşumu üzerine olan etkilerini sunmaktayız.

Olgu: Sebebi bilinmeyen toplam %15 2. Ve 3. derece ekstremite ve yüz yanığı ile tarafımıza başvuran 21 yaşındaki erkek hasta yanık merkezimize kabul edildi (Şekil). Yanık ünitesine yatışının 2. Gününü takiben nöbetler hastada nöbetler başladı ve hasta yoğun bakıma alınarak takip edildi. Nöbetlerin muhtemel nedeni olarak maddenin uzun süren etkisi düşünüldü. Seri eskarektomiler yapıldı. Kısmi kalınlıklı deri greftleri ile yanık alanları kapatıldı.

Bulgular: Hasta ortalama 2 ay kliniğimizde takip edildi, 4 adet operasyon geçirdi ve tamamen iyileşti. Hastanın cildinde belirgin bir elastisite, kalınlık ve renk elde edildi.

Sonuç: Bonzai yüksek derecede bağımlılık yapıcı bir maddedir, sebebi bilinmeyen yanıklara neden olmaktadır ve hastanede uzun yatış sürelerine ve yüksek maliyetlere sebep olmaktadır. Bu tür hastaların takibinde psikiyatri kliniği ile koordineli çalışmak tedaviyi kolaylaştıracaktır. Bonzai kullanımına karşı savaşılmadığı takdirde çok daha büyük problemlere neden olacaktır.

Şekil



Hastanın görünümü.

P-464
Hidroflorik Asitle Temas Sonucu Oluşan Tırnak Yatağı Hasarının Rekonstrüksiyonunda Dermal Scaffold ve Tırnak Yatağı Greftinin Kullanımı

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Mehmet Sürmeli, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Şüphesiz kimyasal ajanlarla temas onucu meydana gelen yanıklar özel bir yer teşkil etmektedirler ve özel tedavileri vardır. Hidroflorik asit ise kimyasal yanıklar içerisinde apayrı bir yere sahiptir. Hidroflorik cam ve silikon endüstrisinde kullanıldığı gibi temizleme solüsyonlarının yapımında da kullanılır. Hidroflorik asit ciltten hızlı bir şekilde geçip kemik gibi yüksek kalsiyum konsantrasyonuna sahip dokulara ulaşana kadar doku hasarına devam eder. Flor iyonu kalsiyum iyonlarını bağlar ve küçük hidroflorik asit yanığı bile olsa hipokalsemi gelişebilir. Sonuçta bu durum kardiyak etki gösterebilmesi için yeterlidir. Bilimsel olarak % 10 dan fazla hidroflorik asit yanığı çoğu zaman

ölümcüldür. Hidroflorik asit yanıklarında kalsiyum kullanımı en etkili tedavi yöntemidir. Sonuç olarak hidroflorik asitle temas sonucu çok derin, fonksiyon kısıtlayıcı ve hatta ölümcül yanıklar meydana gelebilir. Biz de bu çalışmamızda hidroflorik asitle temas sonucu başparmağında derin tırnak yatağı hasarı oluşan hastamızın tırnak yatağı rekonstrüksüyonunda dermal scaffold ve tırnak yatağı grefti kullanımını sunmaktayız.

Gereç-Yöntem: 45 yaşında silikon endüstrisinde çalışan ve sol el 1. Parmakta yoğun tırnak yatağı, yumuşak doku ve kemik doku hasarı olan hasta tarafımıza konsülte edildi (Şekil 1.). Tırnakyatağındaki nekrotik odaklar tamamen eksize edildi, kemik doku debride edildi ve oluşan defekte dermal scaffold adapte edildi. Ayak başparmağından alınan tanjansiyel tırnak yatağı grefti scaffold üzerine sütüre edildi. Pansumanlarla hasta takip edildi.

Bulgular: 2 hafta sonra hastanın tırnak yatağının tamamen iyileştiği görüldü (Şekil 2.). Uzun dönem takiplerinde enfeksiyon, tekrarlama gözlenmedi.

Sonuç: Hidroflorik asit ciddi derinlikte yanık meydana getirmekte ve sonuçta kemik dokuyu da içeren nekroz meydana gelmektedir. Özellikle el başparmağı gibi önemli bir uzuvun yaralanması fonksiyonel ve estetik açıdan kötü sonuçlara yol açmaktadır. Bu tür tam katlı hidroflorik asit yanıklarının cerrahisinde debridman, dermal scaffold ve tırnak yatağı greftinin kombine kullanımı fonksiyonel ve estetik açıdan tatminkar sonuçlar vermektedir.

Kaynak:
Zhang Y, Wang X, Sharma K, Mao X, Qiu X, Ni L, Han C. Injuries following a serious hydrofluoric acid leak: First aid and lessons. Burns. 2015 Jul 15. pii: S0305-4179(15)00097-2.

Şekil 1.



Parmağın preoperatif görünümü.

Şekil 2.



Rekonstrüksiyon sonucu görünüm.

P-465
Güncel Skar Değerlendirmesinde Alternatif Bir Skorlama Yöntemi: Modifiye POSAS Skorlaması

Emre Güvercin, Mehmet Bozkurt, Cem Berkay Sınacı, Tunç Tunçbilek, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Yanık ve kompleks travmalar gibi yumuşak doku kaybı ile seyreden yaralanmalar beklenmedik skarlar ve kötü iyileşmiş yara dokuları ile sonuçlanabilirler (1). Rejeneratif tıp, popüler bir medikal disiplin olarak bize güncel tedavi seçenekleri sunmakta ve gelecek için iyi tedavi sonuçları vadetmektedir(2). Tedavi seçenekleri genişledikçe, tedavileri sonuçlarının etkisini ölçme gereği doğmuştur. Skar değerlendirme araçları objektif skorlama ve uzman görüşü gibi faydalar sağladıklarından bu ölçümler için önemlidir. Günümüzde en sık kullanılan skar değerlendirme skalaları 'Vancouver Scar Scale' ve 'The Patient and Observer Scar Assessment Scale' (POSAS)'dır (3). Çalışmamızda POSAS skorlamasını güncel tedavilere göre modifiye ederek tedavi değerlendirilmesinde kullanmayı planladık.

Materyal-Metod: Skar tedavilerine hücresel tedavilerin, yağ greftlerinin ve biyoyazılımla elde edilen materyallern eklenmesiyle birlikte skar ve etraf dokunun histolojik sınırları ve organizasyonunda, subutan doku kalınlığında da değişiklikler olduğu görülmüştür.Bu nedenle mevcut POSAS skorlamasına ultrasonografik subkutan doku kalınlığı ölçümü ve histolojik incelemeyi de ekleyerek modifiye ettik. Ultrasonografik değerlendirmede subkutan doku kalınlığı artışı ve skar dokusu kalınlığında azalma operasyon öncesinde ve operasyon sonrası 120. günde her %20 'lik değişiklik için skorlandı. Histolojik incelemede kollajen depolanması ve organizasyonu, vaskülarizasyon, hiperkeratinizasyon, melanositik aktivite çalışıldı ve aynı patoloji uzmanı tarafından operasyon öncesi ve operasyon sonrası 120. günde alınan örneklerde skorlandı. Patolojik örnekler skar etrafından ve içerisinden epidermis, dermis ve subkutan dokuyu içerecek şekilde punch biyopsiler şeklinde alındı.

Tartışma: Objektif, tekrarlanabilir, güvenilir, kesin veriler bilimsel bilginin olmazsa olmazlarıdır. Bizim

modifikasyonumuz ile daha güvenilir, objektif bir data sağlandığı kanaatindeyiz. Bu modifikasyon ile hem preoperatif hem de postoperatif sonuçlar değerlendirilerek karşılaştırılma imkanı bulunacak hem de tüm günel tedavi sonuçlarının değerlendirilebilinmesi sağlanacaktır. Doku kalitesi, histolojik durumun tespiti ile tedavinin histolojik etkisi görülecektir. Bu skala ile tedavilerimizin etkilerini anlamamız kolaylaşacaktır. İleri tanı testleri ve taramaların da eklenmesiyle daha kompleks bir skala ortaya çıkabilir.

1)Klinger M, Marazzi M, Vigo D, Torre M. Fat injection for cases of severe burn outcomes: A new perspective of scar remodeling and reduction. Aesthetic Plast Surg. 2008;32:465–469.
2)Daar AS, Greenwood HL. A proposed definition of regenerative medicine. J Tissue Eng Regen Med 2007;1:179-184
3) Draaijers LJ, Tempelman FR, Botman YA, Tuinebreijer WE, Middelkoop E, Kreis RW, van Zuijlen PP. The patient and observer scar assessment scale: a reliable and feasible tool for scar evaluation. Plast Reconstr Surg. 2004 Jun;113(7):1960-5

P-466
Ülkemizde bası yarası sorunu ve çözüm yolları

Selahattin Yaman[1], Ramazan Baş[2], Semra Çetinkaya[2]
[1]Serbest Tabip
[2]Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği -TOFD

Trafik ve iş kazalarının artması sonucu omurilik hasarlı hastalardaki artışa bağlı bası yaraları sorunu her geçen gün artmaktadır. Çünkü bu hastaların rehabilitasyonu ve bası yarası açıldıktan sonra tedavi olabilecekleri merkezler hala çok eksiktir. Hastanelerde ve yoğun bakım ünitelerinde ise, daha çok ileri yaş grubunda ve ciddi sağlık sorunları olanlarda bası yarası açılmaktadır. Omurilik hasarlı hastalardaki bası yarası sorunu daha ciddi boyuttadır.Bu hastaların yaklaşık 2/3 ünde hayatın bir döneminde en az bir bölgesinde bası yarası açılmaktadır. Bası yaraları kanser ve kalp hastalıklarından sonra 20.yüzyılın üçüncü en pahalı sağlık sorunudur. Bası yarası açılmış hastalarda yara yüzeyselse, iyi bir topikal bakımla iyileştirilebilir. Bu hizmeti genelde hasta sahipleri, belediyelerin ve hastanelerin evde bakım birimleri verebilmektedir.Gerek birimler arasındaki koordinasyon eksikliği gerekse bu konuda hizmet veren personelin büyük bölümünün yara bakım konusundaki yetersizliği bası yaraları tedavi maliyetlerini çok yükseltmektedir. Cerrahi onarım gerektiren daha ileri dönem bası yaralarında topikal bakımla vakit kaybetmek hasta hayatını riske sokabileceği gibi,son yıllarda dahaçok olmak üzere hasta kayıplarına neden olmaktadır. Son beş yılda bası yaraları hastaların tedavileri sırasındaki gözlemlerimiz:
-Cerrahi onarım gerektirmeyen bası yaralarında topikal bakımla yaralar iyileşmekte,ancak çoğu kez gereksiz yere kullanılan modern pansuman malzemeleri maliyetleri ciddi boyutta yükseltmektedir.
-Cerrahi onarım gerektirecek vakaların büyük bir bölümü, yara bakımı yaptığını iddia eden, bazıları sağlık elemanı bile olmayan kişilerin elinde kalmakta, aylarca süren bu uygulamalar sonucu bu yaralar daha komplike hale gelebilmekte, hem de hasta sahiplerine ve devlete ciddi maliyetlere neden olmaktadır.
-Bu hastalara evde bakım hizmeti veriliyormuş gibi gözükmesi, cerrahi tercihi azaltmakta,çoğu kez bu hastalar yaralarıyla evlerine gönderilmektedirler.
-Son yıllarda doğru kullanıldığında yara iyileşmesinde büyük yardımcı olan negatif basınçlı yara tedavileri de çoğu kez endikasyonsuz olarak kullanılmaktadır.
-Bizim tespitlerimize göre cerrahi tedavi gerektiren hastaların sadece 1/3 ü bu hizmetten faydalabilmektedir.

Çözüm:
1-Bası yarası açılmaması için alınması gereken önlemler bu yaraların tedavisine göre çok daha kolay ve ekonomiktir. Bu konuda hasta ve sahiplerinin eğitimi yanında bu hizmeti veren sağlık elemanlarının da eğitimi gerekir.
2-Bu hastaların rehabilitasyonunu sağlayacak ve açılmış yaraları tedavi edecek ve cerrahi sonrası hizmet verecek birimler kurulmalı, bu birimler arasında koordinasyon sağlanmalıdır.
3-Bu birimler arasında koordinasyon sağlansa hem bası yaralı hastaların sorunları büyük ölçüde çözülür hem de bası yarası tedavi maliyetleri ciddi boyutlarda azalır.

P-467
Komplike Diyabetik Ayak Ülserlerinde İntradermal-İntralezyonel Epidermal Büyüme Faktörü Uygulaması Sonuçlarımız

Sultan Yalçın, Gökhan Temiz, Emre Güvercin, Ali Cem Akpınar, Kübra Ece Kalafatlar, Celal Alioğlu, Tunç Tunçbilek
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,İstanbul

Giriş: Diabetes mellitus (DM) ve komplikasyonlarının prevelansı tüm dünyada hızla artmaktadır. DM hastalarının %20'sinde ayak problemleri görülmektedir, bunların %5-10'unda diabetik ayak ülserleri gelişmektedir (1). Diabetik ayak ülserlerinin (DAÜ) tedavisi zor ve komplekstir. Nörapati, yüksek plantar basınç, kan glikoz düzeylerinde bozulma DAÜ'lerinin başlıca sebepleridir (2). Epidermal büyüme faktörü (EGF) gibi büyüme faktörleri hücre büyümesi, farklılaşması ve çoğalmasının regülasyonunda rol oynarlar (3). Topikal EGF'nin düşük dereceli nöropatik ülserlerde iyileştirici etkisi kanıtlanmıştır (4). Yüksek dereceli ülserlerde ise proteaz aktivitesi ileri derecede arttığından topikal EGF uygulamasının etkisinin sınırlı olduğu görülmüştür (5). Güncel çalışmalarda intralezyonel olarak EGF uygulamasının bu sorunu ortadan kaldırdığı gösterilmiştir (6).Çalışmamızda intralazyonel EGF uygulamasının kompleks diabetik ayak ülserlerinde sonuçlarını irdeledik.

Materyal-Metod: Aralık 2014 – Temmuz 2015 arasında kliniğimizde diabetik ayak ülseri nedeniyle takip edilen Wagner Grade 1-2, uygun vasküler perfüzyonu olan (ABI>0.7), DM harici ülser etyolojisi bulunmayan, 3 aydır iyileşmeyen atrofik yarası bulunan, hiperbarik O2 tedavisine yanıt vermeyen 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara cerrahi veya kimyasal debridmanı takiben haftada 3 seans olacak şekilde toplam 4 hafta intralezyonel ve intradermal perilezyonel EGF uygulaması yapıldı. Çalışma başlangıcında ve 2'şer hafta aralıklarla yara kültürü alındı. Çalışma başında tüm hastalardan biyopsi alınarak histopatolojik değerlendirme yapıldı. Tedavi öncesi ve sonrası yara büyüklüğü fotoğraflanarak alan ölçümü yapıldı ve karşılaştırıldı. İyileşme kriteri olarak yara alanının 4 haftada % 50'den fazla azalması veya 3 ay sonunda tamamen yara kapanması alındı.

Bulgular: Çalışmaya 9 erkek, 3 kadın 12 hasta dahil edildi(Resim1). Hastaların yaşları 51 ile 80 arasındaydı (ortalama 63). Yara genişliği ortalama 4.75 cm2'idi(Resim2). Beş hastada tam kapanma gözlendi(Resim3). 7 hastada 4 hafta sonunda %50'den fazla azalma tespit edildi. Tüm hastaların tedavi öncesi ve sırasında alınan yara kültürlerinde üreme olmadı. Histopatolojik incelemede herhangi bir neoplaziye rastlanmadı, yara iyileşme paterninde bozulma olduğu görüldü. Üç ay sonunda yara genişliği ortalama çapı 1.50 cm2 olarak bulundu.

Tartışma: DAÜ'lerinde ana tedavi hedefi olabildiğince hızlı bir şekilde yara kapanmasının sağlanmasıdır. EGF infiltrasyonu kötü granüle yaralarda hızlı bir cevapla iyileşme sağlar, hastane yatışını ve tedavi süresini kısaltır.

Kaynaklar:
1) Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG, Driver VR, Giurini JM, Kravitz SR, Landsman AS, et al; American College of Foot and Ankle Surgeons. 2006. Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline (2006 revision). J Foot Ankle Surg 45:S1–S66.
2) Boyko EJ, Ahroni JH, Stensel V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. 1999. A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer: The Seattle diabetic foot study. Diabetes Care 22:1036–1042.
3) Buckley A, Davidson JM, Kamerath CD, Woodward SC. 1987. Epidermal growth factor increases granulation tissue formation dose dependently. J Surg Res 43:322–328
4) Hong JP, Jung HD, Kim YW. 2006. Recombinant human epidermal growth factor (EGF) to enhance healing for diabetic foot ulcers. Ann Plast Surg 56:394–398.
5) Mast BA, Schultz GS. 1996. Interactions of cytokines, growth factors, and proteases in acute and chronic wounds. Wound Repair Regen 4: 411–420.
6) Berlanga J, Savigne W, Valdez C, Franco N, Alba JS, del Rio A, Lo´pez- Saura P, et al. 2006. Epidermal growth factor intra-lesional infiltrations can prevent amputation in diabetic patients with advanced foot ulcers. Int Wound J 3:232–239

resim 1



tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar

resim 2



tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar

P-468
Elektrik Yanığına Bağlı Önkol Defektlerinin Rekonstrüksiyonu

Alper Burak Uslu, Ramazan Erkin Ünlü, Sinem Sıngın, Murat İğde, Burak Yılmaz, Ali Rıza Yıldırım
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Elektrik yanığına bağlı olarak önkolda meydana gelen defektler klinikte karşımıza sıklıkla cilt ve ciltaltı dokuya ek olarak kas ve tendon gibi dokuları da içeren kompozit defektler olarak çıkmaktadır. elektrik akımına karşı olarak düşük rezistans sebebiyle elektrik sıklıkla sinir ve damarlar üzerinden iletilmekte ve söz konusu nörovasküler yapılarda hasar yaratmaktadır. bu sebeple önkol kompozit defektlerinin rekonstrüksiyonunda birinci seçenek olan serbest doku nakillerinin başarı şansı elektrik yanıklarında en ehil ellerde dahi anlamlı miktar azalmaktadır. bu çalışmada önkolda elektrik yanığı ile kliniğimize başvuran ve cerrahi tedavileri gerçekleştirilen -serbest rektus kas flepi ve radial önkol flepinden interpolasyon fleplerine kadar çok sayıda farklı rekonstrüktif operasyonlar uygulanan- hastaların yönetiminde elde ettiğimiz tecrübe ve sonuçları, bu konudaki mevcut literatürün ışığında paylaşmayı amaçladık.

P-469
Fraksiyonel Lazer İle Dövme Silmede Nadir Bir Komplikasyon, Yanık ve Derin Deri Enfeksiyonu

Emre Güvercin, Çağrı Çakmakoğlu, Nebil Yeşiloğlu, Tunç Tunçbilek, Celal Alioğlu, Kaan Gideroğlu, Mehmet Bozkurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Dövme kalıcı pigment granüllerinin cilt üzerine implantasyonu işlemidir. Dekoratif, medikal amaçlı uygulanabilirler. Q switched NdYag lazerler günümüzde dövme silme işlemi için standart hale gelmişlerdir. Bu işlemlerden sonra % 5 oranında komplikasyon oluşabilmektedir. Bu komplikasyonlardan sık görülenleri ağrı, küçük hemorajiler ve kurutlanmadır. Bu çalışmamızda laserle dövme silme işlemi sonrasında kolda yanık ve yaygın enfeksiyon ile kliniğimize başvuran bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yaklaşık 20 gün önce dövme silinmesi amacıyla dış merkeze başvuran ve laser ile dövme silme işlemi uygulanan hasta kola başlayan ağrı,akıntı,şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Başvuru anında sol kolda sirküler uzanan tabanı enflamatuvar, çevresi hiperemik ve ödemli doku defekti mevcuttu. Sol omuz hizasından önkola uzana ısı artışı,sol kol hareketlerinde kısıtlılık, sol dirsek fleksiyon ve ekstansiyonunda zayıflık tespit edildi. Hastanın kol ve önkolunda yaygın şişlik olduğu ve distal dolaşımın orta derecede sağlanabildiği görüldü. Hastanın geliş tetkiklerinde WBC: 20900,CRP 264, Sedim 49 olarak raporlandı. Hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Kol elevasyona alındı. Nekrotik cilt alanları debride edildi. Hastanın alınan yara kültürlerinde üreme olmadı. Bir hafta sonunda WBC 10300, Sedim 38, CRP 134›e geriledi. Hastanın antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı ve şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Laser ile dövme silmenin erken komplikasyonları

1. derece yanıklardan allerjik cilt reaksiyonlarına dek değişen spektrumda yer alırlar. Komplikasyonlardan korunmak için tecrübeli merkezlerde, çok seanslı tedavilerin önemi büyüktür. Nonsteril şartlarda, geniş alanlarda, tecrübesiz ellerde uygulanan lazer tedavileri hastada büyük komplikasyonlara yol açarak ciddi morbidite ve mortalitelerle sonuçlanabilir.

Kaynaklar:
1)Khunger N, Molpariya A, Khunger A.Complications of Tattoos and Tattoo Removal: Stop and Think Before you ink.J Cutan Aesthet Surg. 2015 Jan-Mar;8(1):30-6.
2)Graudenz K, Greve B, Raulin C. Diffused traumatic dirt and decorative tattooing: Removal by Q-switched lasers. Hautarzt. 2003;54:756–9.
3)Wenzel SM, Rittmann I, Landthaler M, Bäumler W. Adverse reactions after tattooing: Review of the literature and comparison to results of a survey. Dermatology. 2013;226:138–47.
4)Kilmer SL, Lee MS, Grevelink JM, Flotte TJ, Anderson RR. The Q-switched Nd: YAG laser effectively treats tattoos. A controlled, dose-response study. Arch Dermatol. 1993;129:971–8.
5)Bernstein EF. Laser tattoo removal. Semin Plast Surg. 2007;21:175–92.

Resim 1



Kolda lazerle dövme silme sonucu geniş yanık ve enfeksiyon

P-470
Yanığa Bağlı Alt Dudak Eversiyonunun Korreksiyonunda Skar ile Asma Tekniği

Ramazan Erkin Ünlü, Hasan Murat Ergani, Ali Rıza Yıldırım, Murat İğde, Necip Cihan Hasçiçek, Sinem Sıngın
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

yanıklar özellikle içinde bulunduğumuz Ortadoğu coğrafyasında sıklıkla çocukları etkilemekte ve infant ve 12 yaş altı çocuk popülasyonunda patlama sonucu yaralanmalarda sıklıkla yüz bölgesi etkilenmektedir. Savaş sonucu tıbbi hizmetlerin yeterli sayı ve kalitede insana ulaştırılamaması sebebiyle etkilenen çocuk hasta popülasyonu kliğimizde karşımıza uzun dönem yanık kontraktürleri ile çıkmaktadır. bu hastaların ciddi bir kısmında alt dudak ve mentumda meydana gelen kontraktürlere bağlı olarak alt dudağın aşırı eversiyonu görülmektedir. bu eversiyonun düzeltilmesi her ne kadar kontraktür açılması ve greftleme ile geçici olarak düzeltilse dahi söz konusu yöntemle nadiren kalıcı korreksiyon sağlanabilmektedir. bu sebeple kliniğimizde uygulanan yeni bir teknik olan hastanın kendi skar dokusu ile alt dudak askı metodunu ve sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

P-471
Sondaya Bağlı Penis Defektinin Skrotal İnterpolasyon Flebiyle Rekonstrüksiyonu Vaka Sunumu

Burak Yaşar, Necip Cihan Hasçiçek, Ahmet Kaplan, Asude Köksal, Sinem Sıngın, Mehmet Onur Öztürk
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Kliniğimizde opere edilen uzun süreli sonda kullanımına bağlı penis ventralinde meatusla birleşik 3 cm'lik alanda üretral defekt ve fistül, glanstan subkoronal kesime kadar erozyon ve cilt defekti olan yetişkin hastanın vaka sunumu olarak aktarılması, kliniğimizde opere edilen bu hasta üzerinden klinik tecrübelerimizin paylaşılması ve konunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta, idrar yapamama peniste defekt, idrarın penis alt yüzünden gelmesi, disparöni şikayetiyle Somali'den uluslar arası hasta transferi anlaşmaları kliniğimize kabul edildi. Hastanın alınan öyküsüne göre; yaklaşık 2 yıl önce geçirilen trafik kazası sonrasında paraplejisi olan ve yoğun bakımda uzun süreli sonda kullanımına bağlı olarak penis ventralinde defekt oluşmuş. bağlı penis ventralinde meatusla birleşik defekti ve glanstan subkoronal kesime kadar erozyonu olduğu izlendi. Hastaya mevcut muayene bulguları ve tetkikleri ile plastik cerrahi kliniğine kabul edildi. Hastaya penis ventralinde meatus eksternusa uzanan yaklaşık 3x2 cm'lik üretral fistül için öncelikle çevre dokudan üretral fistül onarımı yapıldı. Hastanın defekti için skrotum derisinde raphenin sol lateralinden distal bazlı interpolasyon flebi planlanarak penis ventralindeki defekte adapte edildi, dizgin sütürleri kondu. Hastaya postoperatif ereksiyonu önlemek amacıyla SSRI(selective seratonin reuptake inhibitor) başlandı. Postoperatif 15. günde interpolasyon seans 2 operasyonu yapılarak flep penis ventraline inset edildi. Skrotumdaki flep donör sahası primer olarak onarıldı. Hastanın seans 2 operasyonun postoperatif 7. Gününde hastanın sondası çekildi, SSRI'ı stoplandı. Hastanın postoperatif izleminde yara yerinde ayrılma, enfeksiyon, disparöni izlenmedi.

Sonuç: Sekonder kontraksiyon sebebiyle etraf dokuları skarlı olan ve lokal flep şansı düşk olan hastalarda kullanımı basit, flep güvenilirliği yüksek, öğrenme eğrisi kısa, kullanışlı ve benzer cilt özelliği sayesinde erektil fonksiyonu destekleyici kullanışlı bir fleptir.

1. Amukele SA, Lee GW, Stock JA, Hanna MK. 20-year experience with iatrogenic penile injury. J Urol 2003;170(4 Pt 2):1691–1694
2. Zhao YQ, Zhang J, Yu MS, Long DC (2009) Functional restoration of penis with partial defect by scrotal skin flap. J Urol 182: 2358-2361.
3. Mazza ON, Cheliz GM (2001) Glanuloplasty with scrotal flap for partial penectomy. J Urol 166: 887-889.

X. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği Kurultayı

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
37. Ulusal Kurultayı

DÜZENLEME KURULU

EŞ BAŞKANLAR

Dr. Hülya BULUT
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşire Pınar ERKUŞ
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

ÜYELER*

Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Sevil GÜLER DEMİR
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşire Reyhan DEVECİ
SB Dışkapı Yıldırım Bayezıt Eğitim.- Araştırma Hastanesi

Arş. Gör. Atiye ERBAŞ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Arş. Gör. Zuhal ERDOĞAN
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşire Gülcan KARAGÖZ
Ankara Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Hemşire Nihal KURT
G.Ü. Gazi Hastanesi Plastik Rekonstrüktif, Estetik ve El Cerrahisi Kliniği

Hemşire Tuğçe PAŞAOĞLU
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Hemşire Gülhan YILMAZ
Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Yanık Tedavi Merkezi

BİLİMSEL KURUL*

Dr. Neriman AKYOLCU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Gülsüm ANÇEL
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Fatma DEMİR
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Emine İYİGÜN
GATA Hemşirelik Yüksekokulu

Dr. Ayişe KARADAĞ
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Dr. Mevlüde KARADAĞ
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Azize KARAHAN
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Özgül KARAYURT
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

BİLİMSEL SEKRETERYA

Hemşire Tuğçe PAŞAOĞLU Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği E-posta: tugce.pasaoglu@gmail.com Tel: 0 312 305 14 10 -0 312 305 14 15 Cep Tel: 0 505 3066632	Dr. Sevil GÜLER DEMİR Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi E-posta: sevilgulerdemir@yahoo.com, sevil.guler@gazi.edu.tr Tel: 0 312 216 26 25 / 0 312 216 26 09 Cep Tel: 0 532 504 44 26

* İsimler soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

HS01
Türkiye'de Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği Kongrelerinde Sunulan Bildirilerin Özellikleri (2004-2014)

Semra Atasayar, Nevra Demir, Zuhal Erdoğan, Sevil Güler Demir, Ali Ay, Hülya Bulut
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

Amaç: Bu araştırma, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği kongre ve kurultaylarında sunulan bildirilerin özelliklerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Ülkemizde 2004-2014 yılları arasında ikisi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği Kongresi, yedisi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği Kurultayı olmak üzere toplam dokuz bilimsel toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu bilimsel toplantıların altısında sunulan 63 sözel bildiri araştırmanın evrenini oluşturmuş olup, araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından güncel literatür doğrultusunda geliştirien veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formunda kongre yılı, kongre adı, bildirilerin türü, konusu, araştırma metodolojisi, yazar ve kurum özellikleri ile düzenleyen kurumlara ilişkin 15 soru yer almaktadır. Veriler, sayı ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bildirilerin tamamı sözel bildiri olup, yarısı (%50.8) üniversite hastaneleri tarafından gönderilmiştir. Bildirilerin %23.80'inin (n:15) derleme, %12.69'unun (n:8) olgu sunumu, %63,5'inin (n:40) araştırma olduğu saptanmıştır. Araştırmaların %90'nı (n:36) tanımlayıcı tipte olup, yaklaşık yarısınının (%47.6, n:30) örneklemini hastalar oluşturmaktadır. Bildiri konularına bakıldığında, %17.46'sının (n:11) beden imajı ve duygu durumu ile ilgili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmamızda, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Hemşireliği Kurultayı kongre ve kurultaylarında sunulan bildirilerin çoğunlukla tanımlayıcı araştırmalar oluştuğu ve olgu sunumlarının son yıllarda artış gösterdiği belirlenmiştir. Gelecek yıllarda yapılacak olan kurultaylarda çok merkezli, tanımlayıcı, niteliksel ya da randomize kontrollü deneysel türdeki araştırmalara yer verilmesinin bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

HS02
Olgu Sunumu: Basınç Ülseri Sonrasında Flep Uygulanan Hastanın Bakımı

Ayşe Tunç*, Nevra Demir**, M. Erol Demirseren*, Dürdane Keskin*, Çağla Amutkan*
**Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara*
***Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara*

Giriş: Yaşın ilerlemesi ile birlikte subkutan dokudaki reseptörlerin işlevinde azalma, reseptörlerindeki duyarlılık kaybı sonucunda titreşim, basınç ve ağrı duyularının algılanmasında bozulma, deri perfüzyonu ve turgorunda bozulma, doku elastikiyetinin kaybı vb. değişiklikler basınç ülseri gelişimini artırmaktadır. Bunun yanı sıra yaşlının fiziksel bağımsızlığının azalması ve yatağa bağımlı olması gibi durumlar da basınç ülseri riskini artırmakta ve oluşan basınç ülserinin tedavisini güçleştirmektedir. Erken evre basınç ülserlerinde konservatif tedaviler tercih edilebilirken, ileri evrelerde hastanın genel durumunun uygun olduğu en erken dönemde flep ile defektin kapatılması tercih edilmektedir. Basınç ülserlerinin rekonstrüksiyonunda farklı flep seçenekleri olmakla birlikte, Fasyokutan Rotasyon Hatchet Flebi uygun ve güvenilir seçeneklerden biridir. Bu bildiride Fasyokutan Rotasyon Hatchet Flebi uygulanan yaşlı bir olgu tartışılmıştır.

Olgu: K.A. 70 yaşında, erkek ve emeklidir. 5 yıldır travma sonrası yatağa bağımlı olan hasta iskiyal bölgede IV evre basınç ülseri ile kliniğimize başvurmuştur. Ameliyat öncesi dönemde hastaya fiziksel harekette bozulma, anksiyete, deri bütünlüğünde bozulma ve bireysel bakımda eksiklik hemşirelik tanıları yönünde bakım verilmiştir. Hastaya Haziran 2015'te Fasyokutan Rotasyon Hatchet Flebi ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde ağrı, fiziksel harekette bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, bilgi eksikliği, kanama riski ve enfeksiyon riski sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı yapılmıştır. Ayrıca flep izlemi yapılmış; flep rengi, görünümü, kapiller dolum, flep ısısı, kan akımı, turgoru açısından değerlendirilmiştir. Hasta ve ailesine taburcu olmadan önce evde dikkat edilecek konular hakkında eğitim verilmiştir. Hasta herhangi bir komplikasyon gelişmeden ameliyat sonrası 10. günde taburcu edilmiştir.

Sonuç: Basınç ülserleri rekonstrüksiyonlarından sonra verilen uygun hemşirelik bakımı özellikle yaşlı hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini azaltmakta ve cerrahi iyileşme sürecini hızlandırmaktadır.

HS03
Komplike Bir Hastanın Bakımında Multidisipliner Yaklaşımın Önemi: Olgu Sunumu

Ali Ay, Zuhal Erdoğan, Hülya Bulut, Sevil Güler Demir, Semra Atasayar
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

Amaç: Bu olguda amaç, komplike bir hastanın bakımında ekip işbirliği ve iletişimin bakımın devamlılığı ve etkinliği açısından ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktır.

Yöntem: Veriler, hasta bakımı sırasında yapılan gözlemler, aile ile yapılan görüşmeler ve hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

Olgu: HY, 57 yaşında 79 kg ağırlığında ve 168 cm boyunda bir erkek hastadır. İleri derecede Demans ve Parkinson hastalığı nedeniyle ailesi tarafından bakılmakta olan HY, 27 Şubat 2015 tarihinde tek başına evden ayrıldıktan sonra kendisinden haber alınamamıştır. Bunun üzerine ailesi emniyet birimlerine kayıp bildirimi yapmıştır. HY, evden ayrıldıktan yaklaşık 5 gün sonra (3 Mart 2015) bir inşaat alanında baygın halde bulunmuş ve bir dış merkezde acil servise yatırılmıştır. Acilde yapılan değerlendirmeler sonucunda, HY'nin uzun süre beslenemediği için çok bitkin olduğu ve sürekli aynı pozisyonda yatmasına bağlı olarak sırtında basınç bölgelerinde 4.evrede geniş yaralar (sırtta skapula alt kenarında 10 cm çapında açık yara, sakral bölgede 6 cm çapında bası yarası) ve sol topuğunda derin doku hasarı oluştuğu belirlenmiştir.
Dış merkezde Pnömosepsis tanısı konularak bir süre takip edilen HY, 4 Mart 2015'te ileri tetkik ve tedavi amacıyla Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne sevk edilmiştir. Genel Durum Bozukluğu tanısı ile Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesine yatırılan hastanın fizik muayenesinde solunum seslerinin kaba ve her iki tarafta raller duyulduğu belirlenmiştir. Hastaya IV Serum Fizyolojik (SF) hidrasyon tedavisi ile beraber nazal kanülle 1,5 L/dk oksijen desteği ve nazogastrik yoldan antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Ayrıca Göğüs Hastalıkları Kliniği'ne danışılan hastaya bronkodilatör ve mukolitik ajan tedavisi başlanmıştır. Hastanın yatışı sırasında ayrıca, Prostat kanseri nedeniyle kür aldığının öğrenilmesi üzerine Üroloji Kliniği'ne, bilinç bulanıklığı ve Parkinson tedavisi nedeniyle de Nöroloji Kliniği'ne danışılmış ve öneriler doğrultusunda eski tedavisine devam edilmiştir. Durumu stabilleşen HY, 5 gün yoğun bakımda yattıktan sonra Kalp Damar Cerrahisi Kliniğine kabul edilmiştir.
HY, kliniğe kabul edildiğinde klinik hemşiresi tarafından değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme sonucunda hastaya ağrı, solunum örüntüsünde değişiklik, hava yolu açıklığında yetersizlik, aktivite intoleransı, beslenme örüntüsünde değişiklik, oral mukoz membran bütünlüğünde bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, cilt bütünlüğünde bozulma, özbakımı sürdürmede yetersizlik, oryantasyon bozukluğu, sözel iletişimde bozulma, sosyal izolasyon, düşme riski, kanama riski, enfeksiyon riski, sıvı-elektrolik dengesizliği riski ve konstipasyon riski hemşirelik tanıları konulmuş ve bu tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.
Yatağa bağımlı olan hastaya ilaç tedavisinin yanı sıra postural drenaj (tapotman), derin solunum-öksürük egzersizleri, iki saatte bir pozisyon değişikliği, yatak içi ROM (range of motion) egzersizleri, yatak kenarına oturtma ve destekle oda içinde yürüme egzersizleri yaptırılmıştır. Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde yattığı süreçte yara bakımı için Stomaterapi Ünitesi'ne danışılan hastanın yara bakımı günlük olarak Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi tarafından yapılmıştır. Yaralarının büyük ve nekrotik dokunun fazla olması nedeniyle Plastik ve Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne danışılan hastaya, yara debritmanı yapılmasına karar verilmiştir. HY'ye, 19 Mart 2015 tarihinde hastanemizin Plastik ve Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde genel anestezi altında yara debritmanı yapılmıştır. Yaraları debride edildikten sonra sırttaki yaraya VAC tedavisi başlanmıştır. VAC tedavisi süresince (1 hafta) hasta enfeksiyon ve kanama bulguları açısından takip edilmiş, drenaj miktarı ve özellikleri izlenmiş, pozisyon değişikliği, postural drenaj, yürüme egzersizleri, ROM egzersizleri ve solunum-öksürük egzersizleri devam ettirilmiştir. İkinci bir operasyonla (28 Nisan 2015) HY'nin sırtındaki yarası debride edilerek fasyokutan fleple onarılmış, gluteal bölgedeki yara da debride edildikten sonra yara kenarları birleştirilerek kapatılmıştır. Yara pansumanları ve flep izlemleri (ısı, renk, turgor kapiller geri dolum, perfüzyon) düzenli olarak yapılan hasta kliniğe yattıktan üç ay sonra yürüyerek eve taburcu edilmiştir.

Sonuç: Hastanın hastaneye kabulünden taburculuk aşamasına kadar olan süreçte hastanın bir birey olarak ele alınması ve bakımının tüm aşamalarında ekip işbirliğiyle multidispliner ekip yaklaşımının ve bütüncül hemşirelik bakımının sürdürülmesi son derece önemlidir. Bu vakada da görüldüğü gibi, ekip işbirliğinin hasta bakım kalitesinin artmasına, hastanın erken iyileşmesine, konforunun artmasına ve hastanede kalış süresinin azalmasına katkıda bulunduğu açık bir şekilde görülmektedir.

HS04
Derin İnferior Epigastrik Perforatör Flep İle Meme Onarımı Sonrası Pyoderma Gangrenosum Gelişen Hastada Bakım: Olgu Sunumu

Nihal Kurt*, Ali Ay**, Aylin Günay***, Sevil Güler Demir**, Hülya Bulut**, Serhan Tuncer*
** Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara*
*** Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültsi Hemşirelik Bölümü, Ankara*
****Başkent Üniversitesi Hastanesi, Ankara*

Amaç:Mastektomi sonrası Derin İnferior Epigastrik Perforatör (DİEP) flep ile meme onarımı sık kullanılan rekonstrüksiyon yöntemlerinden biridir. DİEP flep kullanılarak yapılan meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarından sonra hastalarda genellikle flep(mikrocerrahi sorunlar, hematom, parsiyal ya da total flep kaybı, yağ nekrozu, iyileşmede gecikme gibi) ya da donör bölgeyle ilgili (hematom, yara enfeksiyonu vb.) komplikasyonlar görülebilmektedir. Bununla birlikte, DİEP flep ile meme onarımı sonrası çok nadir olarak Pyoderma gangrenosumda görülebilmektedir. Pyoderma gangrenosum, prevelansı milyonda 3 olan, cilt ülserasyonu ve

nekrozu ile karakterize olan bir cilt hastalığıdır. Literatürde hastalığın otoimmun hastalıklar, hematolojik malignitler, otoinflamatuar bozukluklar ve travma nedeniyle geliştiği vurgulanmaktadır. Kliniğimizde de şu ana kadar meme biyopsisi sonrası bir, DİEP flep ile meme onarımı sonrası iki olmak üzere, toplam üç hastada Pyoderma gangrenosum geliştiği saptanmıştır.
Bu olguda amaç, DİEP flep ile meme onarımı sonrası Pyoderma Gangrenosum gelişen bir hastaya verilen hemşirelik bakımının sunulmasıdır.

Olgu: Veriler, hasta bakımı sırasında yapılan gözlemler, hasta ve aile ile yapılan görüşmeler ile hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

ST, 40 yaşında 73 kg ağırlığında ve 158 cm boyunda bayan bir hastadır.ST'ye 2012 yılında meme kanseri nedeniyle sol modifiye radikal mastektomi ve aksillar lenf nodu diseksiyonu yapılmış, sonrasında da radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT) tedavisiverilmiştir. Hasta, 3 Mart 2015 tarihinde geç dönem meme rekonstrüksiyonuyapılması amacıyla kliniğimize yatırılmış ve aynı gün genel anestezi altında DİEP flep ile meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmuştur. Ameliyat sırasında herhangi bir sorun gelişmeyen hasta kliniğimizde izlenmeye devam edilmiştir. Klinikte, hastanın flep bölgesi ilk 24 saat saatte bir, ikinci 24 saat 2 saatte bir, üçüncü 24 saat 4 saatte bir, dördüncü 24 saatte ise 6-8 saatte bir vücut ısısı, flep ısısı, perfüzyonu, kapiller geri dolunumu, rengi ve turgoru ile kanama yönünden değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası ilk üç gün flep değerlendirmeleri normal olan ST'de, postopertaif 4. gündedonor sahada ve flepbölgesinde ısı artışı, kızarıklık ve eritem ile beraber bülloz lezyonlar geliştiği belirlenmiştir. Flep takibi sırasında lezyonların hızla büyüdüğünün belirlenmesi üzerine Enfeksiyon Hastalıkları ve Dermatoloji Kliniklerine danışılmıştır. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinin önerisiyle antibiyotik tedavisi başlanan ST'ye Pyoderma Gangrenosum tanısı düşünülerek IV Prednol tedavisi başlanmıştır. Bu dönemde, aralıklarla ST'de oluşan nekrotik dokular debride edilmiştir. Yara bölgelerinden alınan kültürlerde üreme olmaması ve enfeksiyon parametrelerinin normal olması üzerine antibiyotik tedavisi 21 güne tamamlanarak sonlandırılmıştır. Bu dönemde aralıklı olarak Dermatoloji Kliniği tarafından da değerlendirilen hastaya Siklosporin tedavisi de başlanmıştır. Lezyonların iyice epitelize olması üzerine ST'ye oral Prednol tedavisi başlanarak taburcu edilmiştir. ST'ye klinikte yattığı süreç içerisinde flep perfüzyonunda bozulma, ağrı, yara iyileşmesinde gecikme, fiziksel harekette bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, gaz değişiminde bozulma, beden imajında bozulma, anksiyete, sosyal izolasyon, enfeksiyon, bilgi eksikliği, uyku düzeninde bozulma hemşirelik tanıları konulmuş ve bunlara yönelik girişimler uygulanmıştır.

Sonuç:Hastanın hastaneye kabulünden taburculuk aşamasına kadar olan süreçte hastanın bir birey olarak ele alınması ve bakımının bütün aşamalarında ekip işbirliğiyle multidispliner ekip yaklaşımının ve bütüncül hemşirelik bakımının sürdürülmesi son derece önemlidir. Bu vakada da görüldüğü gibi, ekip işbirliğinin hasta bakım kalitesinin artmasına, sorunların erken dönemde ve doğru bir şekilde tespit edilip doğru tanının konulmasına, doğru tedavi ve bakımın planlanmasına, hastanın erken iyileşmesine, konforunun artmasına ve hastanede kalış süresinin azalmasına katkıda bulunduğu açık bir şekilde görülmektedir.

HS05
DİEP Fleple Meme Rekonstrüksiyonunda Cerrahi Hemşireliği Vaka Yönetimi

Miryam Bedhiş[1], Metin Temel[2]
[1]Mustafa Kemal Üniverstesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Ameliyathane Hemşiresi, Hatay.
[2]Mustafa Kemal Üniverstesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., HATAY

Giriş-Amaç: Meme kadınlarda süt verme ve ikincil cinsiyet organı olarak büyük önem taşımaktadır. Meme kanseri nedeniyle memesi alınan hastalarda meme rekonstrüksiyonu hastanın kendini "yarım, eksik, hastalıklı ve çirkin" olarak algılaması, depresyon, çaresizlik, ümitsizlik, öfke, anksiyete, beden imajında bozulma, aile ve cinsel yaşamlarında uyum sorunları, özgüven eksikliği ve gelecek kaygısı gibi sorunlar nedeniyle yapılmaktadır. Meme rekonstrüksiyonu; Sentetik implantlar (silikon protezler),Vücudun başka bir bölümünden alınan otolog dokular (latissimusdorsi kas deri flebi, tranversus rektus abdominis flebi) ya da bu yöntemlerin birlikte kullanılması ile yeni bir meme yapılması işlemidir (1,2) Bu çalışmada kliniğimizde DİEPfleple(DerinİnferiorEpigastrikPerforatör) meme rekonstrüksiyonu yapılan hastadaki intraoperatif cerrahi hemşirelik süreçleri ve postoperatif hasta yönetimi konusunun ele alınması planlanmıştır.

Olgu: 43 yaşında evli ve 2 çocuğu olan bayan hasta yaklaşık 1,5 yıl önce meme kanseri nedeniyle total mastektomi ve aksiller diseksiyon yapılmış. Daha sonra onkoloji tarafından tamoksifen başlanmış. Meme kanseri sonrasındaki süreci atlatması için psikiatri tarafından tedavi başlanmış. Hastada mastektomi sonrasında nüks gelişmemesi ve genç olması nedeniyle rekonstrüksiyon önerilmiş. Hasta kliniğimize meme rekonstrüksiyonu yapılması talebiyle geldi. Hastaya preoperatif rekonstrüksiyon seçenekleri anlatılarak kendi dokularının kullanılarak meme rekonstrüksiyonu yapılması planlandı. Seçenekler arasında kendisine en az zarar verecek tekniklerden birisi olan DİEP fleple konstrüksiyon yapılmasına karar verildi.
Hasta operasyon günü operasyon masasına supin pozisyonda alınarak perforatörleri incelendi. Önce flep kaldırıldı ve daha sonra sağ İMA arteri diseke edilerek arter ve ven anastomozu yapıldı. İntraoperatif hemşirelik açısından yapılan ameliyat hazırlık işlemleri aşağıdaki gibi yapıldı:
-Ameliyat için gerekli cerrahi aletlerin sterilizasyon kontrolleri ve yeterliliği kontrol edilir, sarf malzeme hazırlığı yapılır.
-Anestezi hazırlığı için gerekli bilgiler verilir (Anestezi türü, beklenen kan kaybı, tahmini ameliyat süresi, ameliyat süresince uygulanması tercih edilmeyen ilaçlar, vital bulguların seyretmesi istenen aralıklar)
-Hastaya anestezi ve cerrahi ekip için en uygun pozisyon verilir.
-Ameliyat bölgesi çizim ve ölçümleri yapılarak cerrahiye hazır hale getirilir.
-Hemşire ameliyat sırasında gerekli pozisyonu koruyarak işlemin seri ve problemsiz ilerlemesi için ameliyata tam konsantre olur ve destek ekibinin çalışmasını koordine ederek operasyonun güvenli bir şekilde ilerlemesinde kilit rol oynar. Hasta ekstübe edilene kadar masanın sterilitesini korur.

Sonuç: Ameliyathane hemşiresinin DİEP flep ameliyatlarında flep cerrahisi ile ilgili önemli noktaları, ameliyat endikasyonunu, olası

komplikasyonları bilmesi ameliyata özgü malzemeleri hazır bulundurması, ameliyat/anestezi süresini kısaltmasına ve hasta güvenliğini geliştirmesine katkı sağlar. Ameliyat süresince cerrahi ekibin uyum içerisinde çalışmasını sağlar, ekibin, hasta ve ailesinin memnuniyetini artırır.

Kliniğimizin teknik alt yapı ve imkanları bakımından çok zor şartlar altında bu üst düzey operasyonları yapıyor olması koordinasyon ve iletişim bakımından üst düzeyde olmamıza yorumlanabilir. Birimimizde asistan hekim bulunmadığından cerrahımız ameliyatı cerrahi hemşireyle yürütmektedir. Ayrıca birimimize ait mikroskop bulunmadığından cerrahımız ameliyatı loop ile gerçekleştirmektedir. Genelolarakserbestflepameliyatlarındagenelvemikro olmak üzere iki cerrahi alet masası hazırlamaktayız.
-Genel masada; Kesiciler, diseksiyon makasları, tutucu klempler, elevatör ve ekartörler, bipolar ve monopolar koter bulunur.
-Mikrocerrahi masasında; Mikropensetler, değişik boylarda ve nitelikte mikromakaslar, mikroportequ, damar dilatatörleri, klips aplikatörleri, çeşitli boylarda klipsler, bacground olarak steril cerrahi eldivenden bir kesit, aspiratör (feding sondanın ucuna sünger parçası yerleştirip damar ve dokuları aspire etmesini engelliyoruz),yıkama mayisi(200ml izotonik içine 5000 ünite heparin ile damar duvarını yıkama için hazırlıyoruz). Postoperatif dönemde flep bölgesi her 15 dakikada bir değerlendirilir. Değerlendirme her 4 saatte bir azalarak 4 gün boyunca devam eder. Flep bölgesi: renk, sıcaklık, kapiller, geri dolunum ve turgor yönünden değerlendirilir. Flep izlemine ameliyat sonrası erken dönemde ayılma ünitesinde başlanmalı ve hastanın hastanede yattığı süre boyunca devam edilmelidir. Flep izlemi ayılma ünitesinde her 15 dakikada bir, hasta kiniğe geldiği zaman ise ilk 48 saat için her saat, sonraki 48 saat için 4 saatte bir yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler sırasında hemşireler memedeki rengi, görünümü tanımlarken, meslektaşları arasında aynı anlama gelecek ve farklı anlaşılmaları ortadan kaldıracak tanımlayıcı ifadeleri tercih etmeli, objektif anlaşılır bir dil kullanmaya çalışmalıdır.

Fleprengi: Pembe, siyanotik yada beyaz
Flep turgoru: normal yada gergin
Kapiller geri dolunum: normal(1-3saniye),yavaş(3 saniyeden fazla),hızlı(1 saniyeden hızlı)
Flep dokusunun ısısı: monitörlerin cilt ısısını ölçen probları yardımıyla ölçülür ve 31 -36 ◦C arasında olması normal olarak kabul edilir.
-Hastanın vücut ısısı flep dokusunun ısısıyla karşılaştırılır.
Flep bölgesinin perfüzyonu: dopler cihazı arcılığıyla atımların duyulup duyulmaması, duyulan atımların da güçlü yada zayıf olup olmamasına göre değerlendirilir.
Cerrahi uygulamalarda ameliyathane ekibi operasyonun seyri, süresi ve sonucunu etkileyebileceğinden iletişimin üst düzeyde ve intraoperatif hazırlıkları standardize edilmesi ve postoperatif takip şemasının tüm hemşire arkadaşlar tarafından bilimesi gerekmektedir. Bizde kliniğimizde stadardize etmeye çalıştığımız süreci diğer kliniklerdeki plastik cerrahi branş hemşireleri ile paylaşmak ve bu konuda önerisi olan mesleğe yıllarını vermiş tecrübelerden faydalanmak istiyoruz.

Kaynaklar:
1. Demir SG, Bulut H (2010) NursingCare of Patients WithReconstructiveBreastSurgery Using TransverseRectusAbdominisMyocutaneousFlap, Meme Sağlığı Dergisi, cilt 6, Sayı 3, ss. 95-102.
2. Djohan R, Gage E, Bernard S. (2008) Breast reconstruction options following mastectomy. Cleveland Clinic Journal Of Medicine,75(1): 17-23.

HS06
Kraniyosinostozlu Hasta ve Ailesine Hemşirelik Yaklaşımı

Burcu Yılmaz
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Kraniyosinostoz, bebeklerde kafatası süturlarının erken kapanması nedeniyle gelişen anormal bir kafatası şeklidir. Tavsiye edilen cerrahi tedavi kraniyal kemiği yeniden onarmak; kapanan süturları açarak kraniyal hacmi arttırmak ve beynin normal bir şekilde büyümesini sağlamaktır. Ebeveynler cerrahi süreç boyunca birçok güçlükle karşılaşmaktadır. Hemşire bu aşamada aileye hastalık, değerlendirme, cerrahi işlem ve hasta bakımı hakkında bilgi vermesi oldukça önemlidir.

Yöntem: Bu makalede Kraniyosinostozlu hasta ve ailesine hemşirelik yaklaşımı tartışılacaktır.

Bulgular: Kraniyosinostoz ameliyatı öncesi ailenin ameliyat hakkındaki endişeleri konuşulur. Aile destek amaçlı benzer ameliyat geçirmiş aileyle görüştürülebilir. Ameliyat hakkında bilgilendirme yapılır. Ameliyat sonrası dönemde çocuğun yoğun bakımda takip edileceği anlatılır. Aileye ameliyat sonrası bakımda dikkat edilecek hususlar hakkında bilgi verilir.
Ameliyat sonrası dönemde ise, hasta anestezi veya beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesine alınmakta ve 24 saat boyunca izlenmektedir. Erken ameliyat sonrası dönemde hemodinamik dengenin sağlanması en önemli noktayı oluşturmaktadır. Hastanın bilinç durumu, drenler, idrar çıkışı, hemodinamik durumu, oksijenizasyonu ilk 24 saat boyunca yakın takip edilir. Ailenin endişeleri azaltmak için her aşamada bilgi verilmelidir. Yakın hasta takibi ile gelişebilecek komplikasyonlar erken dönemde tespit edilir.

Sonuç: Kraniyosinostozlu bebek ve ailelerine iyi bir hemşirelik bakımı verildiğinde, ailelerin endişeleri azaltılır, ailelerin bakıma katılması sağlanır.

HS07
Beden Dismorfik Bozukluğu ve Estetik Cerrahi

Emine Öksüz, Gamze Sarıkoç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Beden dismorfik bozukluğu bir kişinin gerçekte olmayan ama var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur. Bu hayali ya da hafif kusurla ilgili obsesif düşünceler, buna yönelik kompülsif davranışlar, depresyon belirtileri, sosyal içe çekilme, sosyal fobi, sosyal izolasyon, özkıyım düşünceleri ve girişimi, anksiyete ve olası panik ataklar, kronik düşük özgüven, sosyal ortamlarda kusurlarının başkaları tarafından fark edildiğini düşünme, bağımlı kişilik, bir işe odaklanamama ve çalışmada güçlük gibi belirtiler görülebilir. Beden dismorfik bozukluğu olan hastaların birçoğunun psikiyatriste müracaat etmedikleri, düşündükleri fiziksel kusurları yok etmek amacıyla başta estetik cerrahlar olmak üzere psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları belirtilmektedir. Psikiyatrik yardım almadan estetik girişim yapılan hastalar bedenlerinden çok büyük değişim bekledikleri için hem sonuçtan memnun kalmamakta hem de görünümleri ile ilgili kaygılarında azalma olmamaktadır. Hastanın estetik cerrahi için uygun aday olup olmadığını belirlemek ve başarılı sonuç elde etmek için ameliyat öncesinde psikososyal durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda estetik cerrahi hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle estetik cerrahi hemşiresinin temel rol ve sorumluklarının yanında psikososyal değerlendirme yapabilme becerisine de sahip olması gerekmektedir. Bu beceriyi eğitim alarak geliştirebilen estetik cerrahi hemşireleri beden dismorfik bozukluğu olan hastaların cerrahi tedavi yerine asıl tedavileri olan psikiyatrik tedaviyi almalarında etkin rol alacaklardır.

HS08
Abdominoplasti Uygulanan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Zühal Erdoğan*, Semra Atasayar*, Nihal Kurt**, Ali Ay*, Sevil Güler Demir*, Hülya Bulut*, İsmail Barut**
**Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara*
***Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara*

Giriş: Abdominoplasti yaygın olarak gerçekleştirilen estetik işlemlerden biridir. Karın bölgesindeki kilo vermeye dirençli fazla yağ ve derinin cerrahi olarak alınıp kasların gerginleştirilmesi ve karın duvarının yeniden şekillendirilmesi olarak tanımlanır. Bu cerrahi girişim sonrası hastalar fiziksel sorunların yanı sıra psikososyal sorunlarla da karşılaşmaktadır. Olumsuz durumların ve komplikasyonların önlenmesi, iyileşmenin hızlandırılması hasta ve ailenin bir bütün olarak ele alındığı hemşirelik yaklaşımı ile mümkündür.
Bu sunuda perioperatif süreç boyunca bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile ele alınan bir olgu yer almaktadır.

Olgu: S.Y, 46 yaşında ilkokul mezunu, evli, 2 çocuk annesi bir bayandır. Ritim bozukluğu, hiperlipidemi, venöz yetmezlik ve depresyon tanıları bulunan hasta, antihiperlipidemik, beta bloker, vazoprotektif ve antidepresan tedavi almaktadır. BKI 37.5 olan hasta 21 yıldır kilolu olduğunu, ancak özellikle son 2 yıldır karın bölgesindeki sarkmanın kendini rahatsız ettiğini ve "karnını taşımaktan yorulduğunu" ifade etmiştir. Bu nedenle S.Y, hastanemizin Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne başvurmuş ve 09.09.2015 tarihinde cerrahi girişim amaçlı kliniğe yatışı yapılmıştır. Aynı gün içerisinde çizimi takiben genel anestezi altında abdominoplasti ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde S.Y akut ağrı, beden gereksiniminden az beslenme, fiziksel harekette bozulma, öz bakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, bilgi eksikliği mevcut hemşirelik tanıları ile gaz değişimde bozulma, kanama, enfeksiyon, konstipasyon, tromboemboli, travma, bireysel baş etmede yetersizlik ve yara iyileşmesinde gecikme riskleri yönünden izlenerek hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

S.Y. postoperatif 4.günde, evde bakımı, dikkat edilecek durumlar ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmiş ve herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edilmiştir.

Sonuç: Abdominoplasti uygulanan hastalara verilen bütüncül yaklaşım ve danışmanlık ile bireyler komplikasyon gelişmeden daha kısa sürede iyileşerek günlük yaşamlarına daha hızlı uyum sağlamaktadır.

HS09
Flep Sağkalımının Arttırılmasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Hemşiresinin Rolü

Aylin Günay[1], Sevil Güler Demir[2]
[1]Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

Amaç: Plastik ve rekonstrüktif cerrahinin temel ilgi alanı yanık, travma, kanserli dokunun çıkarılması gibi çeşitli sebeplerle oluşan doku eksikliklerinin ya da kas iskelet sistemini ilgilendiren vücut şekil bozukluklarının düzeltilmesi, estetik ve fonksiyonel olarak kişiye özel tatmin edici bireysel çözümler bulunmasıdır. Bu amaçla, şekil ve işlevde mükemmelliğe ulaşılmasında çeşitli flepler kullanılmaktadır. Flep uygulanan hastalarda, gerek ameliyat gerekse flep ile ilgili gelişebilecek komplikasyonlar, flep kaybına neden olarak hastaları fiziksel ve psikosoyal yönden olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, ameliyat sonrası erken dönemden itibaren, flep canlılığının sürdürülmesi için yapılacak hemşirelik girişimleri hayati önem taşımaktadır.
Bu sunuda, flep sağkalımının arttırılmasında plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hemşiresinin rolü ele alınması amaçlanmıştır.

Yöntem: Flep sağkalımının arttırılmasında plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hemşiresinin rolü

kanıta dayalı araştırmalar ve güncel literatür bilgileri doğrultusunda ele alınarak sunulacaktır.

Bulgular: Flep sağkalımının arttırılmasında, hastanın yakın takip ve değerlendirmesini içeren flep izlemi, hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Flep izlemi sırasında flep bölgesindeki rengin, ısının, turgorun, kanamanın, kapiller geri dolumun değerlendirilmesi, Doppler ile bölgedeki kanlanmanın değerlendirilmesi, değerlendirmeler sırasında objektif bir dilin kullanılması önemlidir. Buna ek olarak, flep canlılığının sürdürülmesi ile ilgili hemşirelik girişimleri de uygulanmalıdır. Bu girişimler arasında; hipotansiyonun ve hipertansiyonun önlenmesi, flep perfüzyonunun arttırılması ile ilgili medikal tedavinin uygulanması, hastanın sıvı elektrolit dengesinin normal sınırlarda sürdürülmesi, flep bölgesinde vazokonstruksiyona ve yetersiz kanlanmasına neden olabilecek durumların (sigara içme, oda ısısının soğuk olması, kanama, anemi vb.) önlenmesi, flep izlemleri sırasında komplikasyonların olabilecek en erken dönemde farkedilerek gerekli flep kurtarıcı girişimlerin uygulanması yer almaktadır.

Sonuç: Flep canlılığının sürdürülmesi ile ilgili hemşirelik girişimlerinin uygulanması flep ile ilgili komplikasyonların gelişmesini önleyerek flep sağkalımını arttıracaktır. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin flep canlılığının sürdürülmesi ve sağkalımının arttırılması ile ilgili uyguladıkları girişimler, hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasında hayati önem taşımaktadır.

HS10
Rektus Diyastazı ve Meme Asimetrisi Olan Hastanın Operasyon Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Gülcan Karagöz
A.Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Rektus diyastazı; aşırı kilo alıp veren ya da doğum yapan hastalarda rektusabdominus kası denilen iki kasın arasının açılmasıdır. Karnın sıkı görünmesi ve sonuçlarının uzun vadeli olması nedeni ile karın germe (abdominoplasti) ameliyatı ile onarım yapılıp düzeltilebilir. Karın germe ameliyatı; ameliyat izinin dışardan görünmemesi için kasık bölgesinden yapılır ve göbek deliği çevresinde fazla dikkat çekmeyen bir kesi izi olur.
Meme asimetrisi ise, memelerdeki şekil değişiklikleridir. Memelerdeki küçük bir asimetri olması kadınların, memelerini gizlemeye çalışmasına, beden imgesinde rahatsızlık ve psikolojik travma yaşamasına neden olabilmektedir. Cerrahi işlemde küçük meme, protezler yardımı ile büyütülebilir ya da küçük meme ideal boyutta ise büyük olan meme küçültülüp dikleştirilebilir.
Amaç; bu olguda rektus diyastazı ve meme asimetrisi olan hastanın operasyon öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı tartışılacaktır.
Olgu: Kliniğimizde 10 gün süreyle takip edilen hastamız; 39 yaşında, kadın 1 yıl obeziteile mücadele etmesinin ardından şu anda BKİ' ne göre olması gereken kiloda. Karnın sağ tarafında şişlik, ağrı ve meme asimetrisi şikayetleri ile polikliniğe başvuran hastanın, 04.09.2015 tarihinde rektus diyastazı ve meme asimetrisi tanısıyla kliniğe kabulü sağlanmıştır. 07.09.2015 tarihinde opere edilen hastanın rektus diyastazı onarılmış ve meme protezi ile meme asimetrisi düzeltilmeye çalışılmıştır.
Hastaya hemşirelik girişimi olarak; operasyon öncesi; güven ilişkisi kuruldu, yapılacak her işlem açıklandı, duygularını ifade etmesi için fırsat verildi, soruları kısa ve anlaşılır şekilde cevaplandı.Operasyon sonrası ise; hastanın düşme riski değerlendirilerek gerekli önlemler alındı, semifowler pozisyonu verildi, oral beslenmeye geçildikten sonra uygun aralıklarla mobilizasyonu sağlandı ve hasta cesaretlendirildi. Karın ve meme bölgesindeki sutür hattı hematom, şişlik, akıntı vb. lokal enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden gözlemlendi. Her uygulama öncesi ve sonrası (tedavi, pansuman vb.) aseptik tekniklere uyuldu. Kanama riski değerlendirildi, takibi yapıldı, Dr. istemine uygun kan kompenenti temin edildi, kan transfüzyonu yapıldı ve transfüzyon reaksiyonları belirti ve bulguları yönünden hasta gözlemlendi, numerik ağrı skalası kullanılarak ağrısı değerlendirildi ve takibi yapıldı.Hastamız operasyonunun 7. günü aralıklı takibi yapılmak üzere evde bakımına ilişkin bilgi eksikliği giderildikten sonra taburcu edildi.
Sonuç: Operasyon sonrasında var olan ağrı ve şişlik şikayetinin olmadığı gözlemlenmiştir. Hasta, kilo kontrolü ve beslenme yönetimine ilişkin uygulanan hemşirelik girişimlerine olumlu geri bildirim vermiştir. Meme asimetrisine ilişkin yapılan operasyonun sonuçlarından memnun kaldığını, beden imgesi ile ilgili olumlu duygu ve düşüncelere sahip olduğunu ifade etmiştir. Eş zamanlı gerçekleştirilen operasyonlar, uygulanan hemşirelik süreci ve multidisipliner yaklaşımın hastanın yaşam kalitesini yükseltmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

POSTER BİLDİRİLER

HP01
Doku Genişleticilerin Kullanımında Hemşirelik Bakımı

Atiye Erbaş
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doku genişleticiler yumuşak doku defektlerinin kapatımasında kullanılan yöntemler arasındadır. Bu yöntem silikon bazlı bir doku genişleticinin subkutan dokuya implante edilmesinden sonra yeterli flap sahası elde edilene kadar şişirilmesi esasına dayanmaktadır. Doku genişleticiler yanık ve diğer yaraların kapatılmasında, skar dokusu ve vasküler mallformasyonların düzeltilmesinde, alopesi, tümör ve nevusların onarımında kullanılmaktadır. Bu yöntemin geniş flap dokusu elde edilebilmesi, ince flep yapısında olduğu için primer kontraksiyon oranının az olması, minimal skar dokusu ile tedavi sağlayabilmesi, defekt dokusuna benzer yapı ve renkte kapamaya olanak sağlayabilmesi ve mikrocerrahi ihtiyacının az olması gibi avantajları bulunmaktadır. Ancak doku genişletici kullanımından sonra birden fazla rekonstrüktif cerrahi gerekebilmekte, yara yerinde enfeksiyon gelişebilmekte, cerrahi sonrası hematom, kısmi flap nekrozu ve port problemleri görülebilmekte ve cerrahi yara iyileşmesi gecikebilmektedir. Ayrıca doku genişleticilerin patlaması, sönmesi, sızıntı ve implante edilen yerden başka yere göçü gibi sorunlara da rastlanabilmektedir.

Doku genişleticilerin kullanımı sırasında hemşireler postoperatif devrede enfeksiyonlardan korunmak için temel asepsi kurallarına uymalı, drenaj takibi yapmalı ve yara yerini sızıntı açısından izlemelidir. Yara alanının dışarıdan görülebileceği pansuman malzemeleri tercih edilmelidir. Yara iyileşmesi için yeterli nemli ortam oluşturulmalı, hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı, yara yeri ve çevresinin her kontrolden sonra kayıtları düzenli tutulmalıdır. Flep sahası travmalardan korunmalı ve hastalar bu yönden eğitilmelidir. Hasta ve yakınları taburculuk için eğitilmeli bu eğitim yara bakımı, travmalardan korunma, komplikasyon belirti ve bulguları içermelidir. Hastanın uzun dönem takibinde ise doku genişleticilerin hacmi arttırıldıkça flep sahası, sinir ve damar basısı olasılığına karşı duyu kaybı, kapiller geri dolum ve ağrı açısından gözlenmelidir. Doku genişletici kullanımı sonrası birden fazla cerrahi gerekebildiği için bu durum hastalarda stres kaynağı olabilmektedir bu nedenle perioperatif evrede hastaların psikolojik olarak desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca doku genişletici prosedürü sonlandırılmaya yakın bir zamanda hastalarla istenilen sonuca ne kadar ulaşılabileceği ve tedaviden beklentileri konusunda konuşulması gerekmektedir.

HP02
Estetik Cerrahilerde Hemşirelik Bakımı

Özlem Göksu
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Estetik cerrahi insan yaşamına, yaşam kalitesi ve mutluluğuna büyük katkılarda bulunan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahinin her geçen gün uygulamaları artan ve alanı genişleyen bir dalıdır. Estetik cerrahi, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de son yıllarda büyük bir ilerleme kaydetmiş ve estetik ameliyat olanların sayısı gözle görülür oranda artmıştır. Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği'nin (ISAPS) 2014 de Asya, Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika, Afrika ve Okyanusya kıtalarından 40.000 plastik cerrahın katılımıyla yaptığı araştırmaya göre, 2014 yılında 20 milyon invaziv ve invaziv olmayan operasyon yapılmış, Türkiye en çok estetik operasyon yapılan ülkeler sıralamasında 13. Sırada yer almıştır. Estetik amaçlı cerrahi işlemler, kişinin doğuştan mevcut veya sonradan bir etken sonucu ya da kendiliğinden meydana gelmiş görünüm bozukluklarını düzeltmek veya böyle bir şekil bozukluğu olmamasına rağmen kişinin daha güzel görünmesini sağlamak amacına yönelik tıbbi girişimlerdir. Türkiye'de estetik operasyonlarda ilk üç sırayı liposuction, meme büyütme ve burun estetiği yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı, ülkemizdede en çok uygulanan estetik ameliyatlardan biri olan rinoplasti ameliyatının Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde ameliyat sonrası dönemde uygulanan hemşirelik bakımını değerlendirmektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine rinoplasti için başvuran ameliyat sonrası dönemde bakım verilen bir vaka sunumudur. Hastanın sosyo-kültürel, demografik, fiziksel özellikleri Hastanın kendisinden alınmış olup bilgiler hemşire değerlendirme formuna kaydedilmiştir, hastanın sağlık durumu hakkındaki bilgileri ise hastanın doktorundan elde edilmiştir. Ayrıca sunumun hazırlanması aşamasında literatür taraması yapılmış ve uzman görüşleri alınmıştır.

Bulgular: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde başvuran ve nazal deformite tanısı ile kliniğe yatışı olan hastanın rinoplasti sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonları, iyileşme süresini, hastanın stresini azaltmak, psikolojik desteği de içeren hemşirelik bakımı, izlem ve değerlendirilmesi ele alınmştır.

Sonuç: Hastanın rinoplasti sonrası yeni bir burun görünümüne kavuşmuştur. Uygulanan hemşirelik bakımı ile kendisini umursandığını ve dikkate aldığını düşünen hasta, ameliyat sonrası hastada tıbbi komplikasyon görülmemesinin yanı sıra iyileşme sürecinin kısaldığı görülmüştür. Bu yüzden estetik cerrahide hemşirelik bakımı önemli yer tutmaktadır.

HP03
Meme Rekonstrüksiyonu ve Psikososyal Yönleri

Gamze Sarıkoç, Emine Öksüz
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Meme rekonstrüksiyonu (meme onarımı) meme kaybının ardından memenin normal şekil, görünüm ve büyüklüğe döndürülmesi için uygulanan çeşitli plastik cerrahi tekniklerinden oluşmaktadır. Bir kadın için kadınlığın ve cinselliğin sembollerinden olan memenin cerrahi olarak alınması kadının ruhsal ve cinsel yaşamını etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada mastektominin beden algısını bozduğu, cinsel problemlere ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir. Bu anlamda meme rekonstrüksiyonu kadının meme kanseri ya da başka bir nedenden dolayı yapılan mastektomi sonrası bozulan beden imajını, yaşam kalitesini ve cinsel olarak çekiciliğini tekrar kazanabilmesi için uygun bir tedavi seçeneğidir. Araştırmalarda bu cerrahi girişimin kadının beden algısını, ruhsal ve sosyal durumunu, cinsel yaşamını olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde iyileşme sağladığı belirtilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastaya işlem hakkında bilgi verilmesi, ameliyata dair duygu, düşünce ve beklentilerinin konuşulması ve sonuçların anlatılması ameliyat sonrası dönemde psikososyal komplikasyonların oluşmasını önleyecek ve hastanın memnuniyetini arttıracaktır.

HP04
Sindaktili Anomalisi Olan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Dilek Bulak
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Sindaktili, elde ve bazen ayakta iki veya daha fazla parmak arasında perde oluşması veya tamamen birbirlerine yapışık olmasıdır. Doğum öncesi gelişim esnasında bazı parmakların birbirlerinden ayrılması gerçekleşmez ve birbirlerine yapışık kalırlar. Bu durum, sindaktili denen konjenital el anomalisinin oluşumuna sebep olur. Genetik olarak geçiş gösterebilen bu hastalığın, çoğu doğumsal hastalıkta olduğu gibi tam olarak hangi sebeple oluştuğunu söylemek güçtür. Sindaktilinin farklı şekillerde karşımıza çıkan çok farklı tipleri mevcuttur. Yan yana duran parmaklar kısmi olarak birbirlerine yapışık olabilir veya parmağın elde başladığı yerden uç kısmına kadar parmağın tüm uzunluğu boyunca yapışık olabilir. Ayrıca, parmakların sadece derileri birbirlerine yapışık olabilir; bu duruma basit sindaktili denir, veya deriyle beraber kemikler de birbirlerine yapışık olabilir. Bu duruma ise komplike sindaktili adı verilir.
Bu çalışmanın amacı; konjenital anomalilerden biri olan sindaktili tanısı almış ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde preoperatif ve postoperatif dönemde izlenen hastanın hemşirelik bakımını tartışmaktır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine başvuran konjenital sindaktili anomalisi olan dokuz yaşındaki hastanın preoperatif ve postoperatif dönemde izlenmesiyle yapılan bir olgu sunumudur. Hastanın sosyokültürel, demografik, fiziksel özellikleri hastanın ebeveyninden bilgi edinerek alınmış olup hastanın sağlık durumu hakkındaki bilgileri hastanın doktorundan elde edilmiştir.

Olgu: E.K, 32 yaşındaki annenin 6. doğumu olup, 40. gebelik haftasında normal doğumla doğmuştur. Daha önce hiç ameliyat olmayan 9 yaşındaki E.K, fiziksel muayene sonrası, konjenital sindaktili tanısı ile 03.09.2015 tarihinde cerrahi amaçlı kliniğimize yatışı yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde E.K, psikolojik destek, ağrı, kanama, enfeksiyon, bilgi eksikliği, öz bakımda yetersizlik, yara iyileşmesinde gecikme mevcut hemşirelik tanıları ile gelişebilecek komplikasyonları önlemek hedef alınarak hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.
E.K ebeveyni, evde bakımı, dikkat edilecek durumlar, gerekli ilaç kullanımı ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmiş ve E.K postoperatif 10. günde, herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edilmiştir.

Sonuç: Hastanın sol el 2. ve 3.parmak sindaktili açılması sonrası elini daha aktif kullanma şansına sahip olması sağlanmıştır. Sindaktili açılması amacıyla hastaneye başvuran hastanın preoperatif ve postoperatif dönemde hemşirelik bakım ve izlemini değerlendirildi.

HP05
Dudak ve Damak Yarığı Olan Hastalarda Beslenmenin Önemi: Olgu Sunumu

Tuğçe Paşaoğlu
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Dudak ve damak yarıkları baş-boyun bölgesinin sık görülen konjenital malformasyonlarıdır. Dudak ve damak yarıklarında tedavi pek çok uzmanlık dalı ile bir takım anlayışı içinde yapılmalıdır. Dudak ve damak yarığı olan hastalarda postoperatif hemşirelik bakımını karşılamak ve beslenme eğitimini vererek ailelerin beslenmede karşılaşılan zorluklar konusunu değerlendirmektir.

Bu olgu sunumda, 3 aylık dudak damak yarıklı bir hastanın beslenmesinde hemşirenin rolü tartışılmaktadır.

Olgu: Dudak damak yarığı olan 3 aylık bir kız çocuğu Hacettepe Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisinde dudak yarığı ameliyatı sonrası postoperatif hemşirelik bakımı ve planlı beslenme eğitimi verilmiştir.

Sonuç: Bu olgu, dudak damak yarıklı hastalarda beslenmenin yeterliliğinin sağlanmasında hemşirenin etkin rolü olduğunu göstermektedir.

HP06
Anotia Tanısıyla Opere Edilen Hastada Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Gülcan Karagöz
A. Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, polikliniğimize sağ kulakta anotia tanısı ile başvuran, sağ kulağa rekontrüksiyon planlanan hastaya ameliyat sonrası dönemde uygulanan negatif basınç uygulaması ve hemşirelik girişimleri tartışılmıştır.

Olgu: Hastamız 5 yaşında, kız, doğuştan sağ ve sol kulakta şekil bozuğu var. Sol kulakta dış kulak yapısı mevcut, biraz bozuk, iç kulak var ve işitme az. Sağ kulakta anotia nedeni ile kulak iç ve dış yapısı olmayan hastamız; beden imgesinde rahatsızlık hissetmesi nedeni ile şekil bozukluğuna ilişkin bant kullanıyor, hiperaktivitesi mevcut, sözel iletişim kurmaktan kaçınıyor, göz göze iletişim kurmak istemiyor, anne ve babası dışında diğer insanlar ile daha az konuşuyor. Hastanede iletişim daha çok anne ve baba ile sağlanıyor.

Hastaya sağ kulak rekont planlandı ve operasyonu yapıldı. Operasyonda sağ kulağa uygulanan mini vac dren çıkarılıp yerine negatif basınç cihazı takıldı, ilk saat 15 dakika aralıklı olarak basınç değişimi yapıldı, 300 mm/Hg ile 500mm/Hg olarak basınç uygulandı ve sonrasında 500 mm/Hg da sabitlendi. Kıkırdak greftin ilk 48 saat negatif basınç ile o bölgeye sabitlenmesi sağlandı.48 saatin sonunda kulağa uygulanan negatif basınç ve kostaya yerleştirilen dren ekibin kararı ile sonlandırıldı. Bölgenin uygun pansumanlarla günlük takibi yapıldı, operasyonun 3. günü pansuman sonlandırıldı ve tenisçi bandı ile taburculuğu sağlandı. Operasyonunun 14. üncü gününde süturların alınması ve kontrol muayenesi için geldiğinde hastanın güler yüzlü, göz temasından kaçınmadığı ve sözel iletişim kurabildiği gözlemlendi.

Sonuç: Hastanın greft bölgesinin dikkatli takibi ve bakımı ile hastanın yara bölgesinin iyileştiği ve iletişim sorununun ortadan kalktığı görüldü.